



**UNIVERSIDAD
PANAMERICANA**

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE MÉXICO

ESCUELA DE MEDICINA

PROGRAMA DE MAESTRIA EN BIOÉTICA

TESIS:

**“REPERCUSIONES BIOÉTICAS EN LA SELECCIÓN DE
RESIDENTES CONFORME A PERFIL DE PERSONALIDAD EN LA
UMAE H. ONCOLOGÍA CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI”**

POSTULANTE:

DR. HUMBERTO BAUTISTA RODRIGUEZ

TUTOR:

DR. GUILLERMO RAFAEL CANTÚ QUINTANILLA

ASESOR:

DR. JOSE ANTONIO SANCHEZ BARROSO

AGOSTO

2014

Índice

| | |
|--|-----|
| Agradecimientos | vii |
| Resumen..... | 1 |
| Introducción | 4 |
| Planteamiento del Problema..... | 10 |
| Justificación | 10 |
| Objetivos | 13 |
| Objetivo General | 13 |
| Objetivos particulares | 13 |
| Marco Metodológico..... | 15 |
| Fuentes Primarias..... | 16 |
| Fuentes Secundarias. Primera Mano..... | 17 |
| Fuentes Secundarias. Segunda Mano..... | 18 |
| Tabla de Contenidos..... | 19 |
| | |
| 1. Capítulo I. Problemas Bioéticos..... | 23 |
| | |
| 1.1. Definición del problema bioético..... | 23 |
| 1.2. Análisis de Códigos, Tratados y Leyes que pueden ser vinculadas a quejas sobre el actuar médico-quirúrgico..... | 24 |
| 1.2.1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos..... | 24 |
| 1.2.2. Código Civil..... | 27 |
| 1.2.3. Ley General de Salud..... | 32 |
| 1.2.4. Ley Federal del Trabajo | 34 |
| 1.2.5. Ley Federal de Daño Patrimonial | 38 |

| | |
|---|-----|
| 1.2.6. Contrato Colectivo de Trabajo | 40 |
| 1.2.7. Declaración Universal de los Derechos Humanos | 44 |
| 1.2.8. Código de Conducta del Personal Salud | 53 |
| 1.2.9. Código de Bioética Personal de Salud | 56 |
| 1.2.10. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes | 64 |
| 1.2.11. Carta de los Derechos Generales de los Médicos | 67 |
| | |
| 1.3. Conocimiento de quejas y problemas presentes en la UMAE H. Oncología, mediante un análisis bajo los principios Bioéticos | 70 |
| | |
| 1.3.1. Problemas y quejas referidas por pacientes contra el personal médico- quirúrgico. Análisis bajo principios Bioéticos, comparando con Declaración Universal de los Derechos Humanos, Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, Código de Conducta del Personal Sanitario y el Código de Bioética del Personal de Salud | 70 |
| | |
| 1.3.2. Problemas y quejas referidas por médicos residentes contra el personal médico-quirúrgico. Análisis bajo principios Bioéticos. Comparando con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Carta a los Derechos Generales del Médico, el Código de Conducta del Personal Sanitario y el Código de Bioética del Personal de Salud | 99 |
| | |
| 1.4 Conocimiento y clasificación de Demandas presentadas en contra de la UMAE H. Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI | 111 |

| | |
|--|-----|
| 2. Capítulo II. Investigación Documental de Personalidad..... | 114 |
| 2.1. Definición de personalidad | 114 |
| 2.2. Conocimiento de tipología de personalidad..... | 116 |
| 2.3. Inventario Multifásico de la personalidad MMPI-2..... | 119 |
| 2.4. Definición de Personalidad Patológica, tipologías y evolución ante la interacción social | 121 |
| 3. Capítulo III. Investigación de Campo UMAE H. Oncología..... | 137 |
| 3.1. Recopilación de los perfiles de personalidad de los médicos residentes valorados mediante MMPI-2, entrevista clínica dirigida sobre psicopatología y focos de alteración en salud mental | 134 |
| 3.2. Relación entre Perfil de Personalidad Base con índice y tipo de quejas presentadas sobre el actuar médico que ha afectado la relación médico-paciente realizando el análisis mediante los principios bioéticos..... | 175 |
| 3.3. Entrevista cerrada y estructurada con pacientes y familiares derechohabientes de la Unidad Médica | 200 |
| 3.4. Recopilación de los datos arrojados por las entrevistas con los pacientes y familiares..... | 201 |
| 3.5. Análisis de los resultados catalogando problemas bioéticos encontrados | 216 |

| | |
|---|-----|
| 4. Capítulo IV. Revisión de Propuesta de Selección ante Integración de Resultados | 230 |
| 4.1. Propuesta de selección de residentes con respecto a perfil de personalidad como un criterio de aceptación para realizar la residencia médica en la UMAE H. Oncología..... | 230 |
| 4.2. Integración de quejas, problemas y situaciones en las cuales no se respetaron, afectaron o violaron los principios bioéticos ante el interactuar del personal sanitario con el paciente. Comparando el resultado con la Declaración Universal de los Derechos Humanos Carta de los Derechos Generales de los Pacientes | 231 |
| 4.3. Integración de perfiles de personalidad base conflictivos o con tendencia a no actuar conforme a una ética de mínimos afectando la interacción entre iguales, con pacientes y familiares. Comparando con la Declaración Universal a los Derechos Humanos, Carta a los Derechos Generales del Médico, Carta de los Derechos Generales de los Pacientes..... | 243 |
| 4.4. Análisis de principios bioéticos respetados y que se harán valer con la propuesta de selección.. | 305 |
| 4.5. Análisis de principios bioéticos afectados o violados con la propuesta de selección..... | 307 |
| 4.6. Beneficios para la UMAE H. Oncología con la selección | 309 |
| 4.7. Demérito para la UMAE H. Oncología con la selección..... | 310 |

| | |
|--|-----|
| 5. Capítulo V. Comparación de Resultados Bioéticos entre propuesta de selección y problemas presentes en la UMAE H. Oncología..... | 311 |
| 5.1. Análisis de principios involucrados afectados ante los dos resultados | 311 |
| 5.2. Análisis de principios involucrados beneficiados ante los dos resultados | 313 |
| 6. Resultados | 315 |
| 7. Conclusiones | 318 |
| 8. Bibliografía | 322 |
| 9. Anexos..... | 331 |

Agradecimientos.

Durante lo largo y corta que ha sido mi vida, me he encontrado con personas que son altamente productivas y ricas en espíritu, que me han guiado con el ejemplo; y no precisamente para ser como ellas sino que con su ejemplo me ha inspirado a llegar a donde nunca me he imaginado y cuando he llegado a esa meta, me he percatado que todavía me falta mucho para lograr mis objetivos; debido a que mis prioridades han cambiado y han transmutado para trazar más caminos y lograr más sueños; lo rico y reconfortante en ese andar es... que he consolidado equipos de trabajo, competencia productiva, amistades y hermandades, todo en vísperas de lograr la mejora continua de nuestra sociedad ya que con el ejemplo se logra más beneficio que con las palabras.

He reconocido y aprendido que el fracaso solo es la derrota de uno mismo; mientras que el error es un paso más en el camino de nuestra vida, el cual te enseña a mejorar y siempre te dolerá porque te demuestra que no eres perfecto y que la perfección solo se alcanza caminando en la vida; porque un error es un escalón que hay que saber utilizar a favor de uno.

Retomo una frase altamente criticada pero muy cierta argumentada por mi madre “Caminando y Miando para no hacer hoyo” haciendo referencia a que nunca dejes de avanzar en tu vida porque solo tu eres el responsable de esta y es a esa mujer a quien le debo mi formación como Persona en mis primeros años de vida.

Ya que mi esposa, Berenice; ella es quien me ha tenido paciencia en todos estos años y me hace ser una mejor persona; ya que con paciencia y fundamento me enseña mis errores; pero sobretodo con su Amor y entendimiento vamos forjando nuestro futuro para el cual los dos hemos nacido... estar unidos para siempre; y que además... en este día, Nuestra Familia fruto de mucho amor, ha dejado el “periodo embrionario” iniciando ahora el “periodo fetal”... a ti mi futuro hijo/hija te dedicaré cada instante de mi alma para ayudarte y enseñarte las maravillas de esta vida para que logres alcanzar todas y cada una de tus metas planteadas, porque recuerda...

“La única limitante en tu vida... eres TU” Humberto Bautista. Ph

RESUMEN

El presente trabajo se plantea como medio de análisis bioético sobre una propuesta futura de carácter correctivo generada por una creciente problemática que se ha desarrollado en la Unidad Médica; correspondiendo esta situación a la interacción del personal que en ella labora, el cual se encuentra en contacto directo sobre las necesidades médicas y psicológicas del paciente oncológico. Refiriéndome así al actuar médico que afecta a la relación del binomio médico- paciente. El planteamiento se hace para analizar y determinar cuáles podrían ser las repercusiones bioéticas al realizar la selección del personal médico residente, tomando en consideración su perfil de personalidad base y no solamente su perfil académico. Porque al conocer el perfil de personalidad cada médico residente se podrá determinar y pronosticar el cómo será su actuar para con el paciente.

Se analizarán las quejas que fueron presentadas de carácter formal al servicio de atención al derechohabiente del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional durante los años 2010, 2011, 2012 y 2013, empleando un enfoque Bioético, realizando el análisis conforme a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Carta a los Derechos Generales de Pacientes y Médicos, El Código de Conducta del Personal Sanitario, el Código Bioético del Personal Sanitario. Al realizar la comparación y conociendo los Derechos, Principios y Códigos que no fueron respetados, se conocerá solo una fracción de la realidad en el trato otorgado por el personal médico, al paciente; debido a que esa cantidad de quejas corresponde solo a las quejas realizadas por escrito y presentadas al departamento de atención al derecho habiente de la Unidad Médica; porque bien se sabe que, en muchas ocasiones el paciente al tener una queja, malentendido o disgusto con el personal sanitario, no presenta su queja mediante una vía formal por miedo a la represaría que pudiera acontecer. Ante esto se entrevistarán a pacientes y familiares de forma anónima para conocer la percepción de estos conforme

al trato recibido por el personal de la unidad médica y los resultados se analizarán conforme a la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Carta a los Derechos Generales de Pacientes y Médicos, El Código de Conducta del Personal Sanitario, el Código Bioético del Personal Sanitario. Al realizar la comparación y conociendo los Derechos, Principios y Códigos que no fueron respetados.

Se realizarán encuestas anónimas a los médicos residentes para investigar y analizar las quejas presentadas contra otros médicos residentes, procediendo mediante Principios Bioéticos, carta de los derechos Generales de los Médicos, Códigos de Conducta, Declaración de Derechos Humanos. Así como también se analizarán todas las quejas o demandas referidas a la Dirección de Jurídico de esa Unidad Médica, analizando dichas demandas bajo la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Códigos de Conducta, Carta a los Derechos Generales de los Pacientes y Carta a los Derechos Generales de los Médicos.

Así que el objetivo de este trabajo es el de realizar un análisis bioético ante una propuesta correctiva de selección de los médicos residentes para ingresar a la Unidad Médica, a realizar su formación como médicos especialistas; pero la revisión y análisis de la propuesta se realizará conforme a un enfoque Personalista y un enfoque Utilitarista, tomando en consideración los resultados arrojados en todo el desarrollo del trabajo de investigación con los Médicos Residentes y sobretodo con los pacientes que son los que reciben el trato y a los que afecta de forma directa los problemas de interrelación e interacción entre los integrantes del personal de salud.

Por consiguiente se realizará el análisis de una propuesta que intentará poner fin a una problemática de interrelación personal que afecta de forma directa la relación médico- paciente en la UMAE H.

Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

1.-INTRODUCCIÓN.

En muchos ámbitos laborales se ha implementado diferentes procesos de selección y reclutamiento del personal; evalúan las capacidades cognoscitivas mediante la aplicación de un Test de Coeficiente Intelectual, se realiza una evaluación de conocimientos generales y varias entrevistas con el fin de conocer la historia y las características del candidato; y en otras ocasiones, dependiendo del giro y la dimensión de la empresa, el que también incluyan en la evaluación una valoración de las capacidades y competencias en sus candidatos, siendo en la mayoría de las ocasiones las empresas que se encuentran enfocadas al ámbito de los servicios; pero no solo se limitan a evaluar sus capacidades, sino que realizan una evaluación en el perfil de personalidad de sus futuros trabajadores con el objetivo de conocer las características de su personalidad y así evitar alteraciones y problemas. El aspecto médico-quirúrgico es un área de trabajo muy delicado de estudiar y de desarrollar; debido a que el trabajo está enfocado sobre personas con necesidades que depositan su confianza sobre el médico. Y retomando a Pellegrino y Thomasma, los cuales hacen referencia que el *Thelos* de la medicina que es el bien del paciente; y es definido como:

Ese bien [del paciente] es una idea compleja que incluye diversos bienes en una jerarquía ascendente: 1) el bien médico, que consiste en la restauración de las funciones fisiológicas y del equilibrio emocional; 2) el bien definido por el paciente, a partir de lo que éste percibe como su bien; 3) lo que es bueno para los seres humanos como humanos y como miembros de la comunidad de los seres humanos y 4) lo que es bueno para los seres humanos como

seres espirituales¹

Siendo así; como en muchas áreas laborales, se realiza la selección de sus empleados conforme al perfil de personalidad, tomando ese factor como fundamental para su aceptación; países como Estados Unidos y Australia someten a todos los candidatos que desean estudiar medicina a varias pruebas psicométricas junto con la aplicación de escalas cognitivas y entrevistas dirigidas, con el objetivo de predecir el desempeño de sus candidatos².

Eso ayudará a distinguir y clasificar cuales serán los candidatos que tendrán un buen desempeño académico clínico-quirúrgico, cumpliendo con el actuar médico, pero dejando a un lado el desempeño y desarrollo del Telos con el paciente y su familiar, cuestión que hoy en día es más que necesario porque el aspecto de la medicina ha transmutado a un aspecto económico meramente, reduciendo el actuar medico-humano a un actuar médico-utilitario. En Australia se ha implementado una batería de evaluación para los candidatos a medicina; llamada por sus siglas en ingles PQA “Personal Qualities Assesment” que consiste en tres pruebas, las cuales miden las diferencias entre las habilidades del razonamiento cognitivo; identifica las características de personalidad por acercamiento (empatía y confianza) o alejamiento (narcisismo) y también determina la orientación ética/moral mostrando validez y confiabilidad al ser comparada con pruebas de personalidad³

A la fecha, se ha reportado un incremento considerable en los problemas con y entre los médicos

¹ “The Virtues, 58” en Ferrer J, Álvarez J. *Para fundamentar la bioética, teorías y paradigmas de una bioética contemporánea*. Brasil: Ediciones Loyola, 179-200.

² Koenig JA, Sireci SG, Wiley A., (1998). “Evaluation the predictive validity of MCAT scores across diverse applicant groups”. *Acad Med.* 73:1095–106.

³ B. Miles., (2005). “Selection of medical students according to their moral orientation”. *Ltd MEDICAL EDUCATION.* 39: 266–275.

residentes. Siendo los principales problemas a nivel de desarrollo laboral (integración en trabajo, apego a reglas, interacción laboral, actitud y apego al trabajo entre superiores e iguales); así como problemas a nivel emocional (alteración y afectación en el estado de Ánimo); incluyendo además problemas a nivel personal y relaciones interpersonales (agresiones físicas y verbales entre semejantes). Actualmente en la Unidad Médica se realizan tres especialidades médicas (clínico- quirúrgicas) para la formación de médicos especialistas; siendo estas especialidades: Oncología Médica, Oncología Radioterápica y Oncología Quirúrgica. Para lograr ser aceptado y realizar la especialidad en la unidad médica, el residente debe de cubrir requisitos académicos y haber realizado una especialidad médica previa; como en el caso de Oncología Médica que se requiere tener la especialidad de Medicina Interna; para poder realizar la especialidad de Oncología Quirúrgica, el residente debe de haber realizado Cirugía General; y anteriormente para la especialidad en Oncología Radioterápica, se requería que tuvieran la especialidad en Medicina Interna, situación que ha sido modificada pero actualmente solo se les pide que tengan la Licenciatura de Médico Cirujano; pero en ninguna de las tres subespecialidades médicas se incluye como criterio de aceptación, el tener un perfil de personalidad optimo para formarse y lograr desarrollar un buen trabajo clínico-quirúrgico necesario para atender y trabajar con las personas portadoras de una enfermedad oncológica (paciente y familiar).

Al ingresar al Instituto Mexicano del Seguro Social se especifica que a todo médico residente le es realizado una evaluación en cuanto su perfil de personalidad; pero se desconocen los mecanismos de evaluación y los resultados generados en dichas evaluaciones; es decir, se desconoce que perfil de personalidad presentan todos los médicos residentes que se encuentran en las diferentes especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social. Y un estudio presentado por Wright, especifica que un médico estable en su personalidad que presenta conciencia, siendo extravertido y abierto a nuevas

experiencias suelen desarrollar una carrera exitosa y placentera, sin importar la especialidad que desea realizar; pero un médico con personalidad neurótica está más predispuesto al estrés y principios de burn-out⁴. Y la instancia que realiza esa evaluación inicial, al no dar a conocer los resultados; se desconocerá el tipo y forma de estructura de personalidad que presentan nuestros residentes, así como el tipo de predisposición y apego a normas y estatutos; pero más evidente, se desconoce el desarrollo del trabajo profesional y humano que aportará el médico.

En el año 2010 se realizaron varias modificaciones en el área de Oncología Médica debido a que existían muchos problemas con el desempeño académico de sus residentes, problemas en el ámbito laboral y de relaciones interpersonales; se realizaron cambios en los hábitos de estudio, en los tutores, los días de descanso, derivación de pacientes e inclusive periodos de vacaciones para intentar mejorar el desempeño de los médicos residentes, pero no fue suficiente para mejorar la dinámica del área; porque se ha demostrado que los peligros de las largas horas y la privación del sueño para la salud y la seguridad de los médicos y los pacientes están bien reconocidos. Médicos cansados no funcionan bien y no logran retener lo que han aprendido, como lo afirma Lockley en su artículo “Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance”⁵. Así que ante la nulidad en el cambio o reducción de la problemática, se procedió a la exploración del perfil de personalidad de los médicos residentes de dicha especialidad médica oncológica,

Al realizar la valoración y obtener los resultados, se esclareció que el motivo de alteraciones y problemas de funcionamiento del área de oncología médica y es que se debía a la presencia de

⁴ Wright N, Tanner MS., (2002) “Medical students’ compliance with simple administrative tasks and success in final examinations: retrospective cohort study”. *Br. Med. J.* 324: 1554–5.

⁵ Lockley SW, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Czeisler CA, Landrigan CP., (2007) “Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance”. *Jt Comm. J. Qual. Patient Saf.* 33 (11 Suppl.), 7–18.

psicopatología psiquiátrica y procesos de neurosis no adaptativa entre sus residentes; siendo estas alteraciones:

Trastorno de Personalidad de tipo Esquizofrenia de Tipo Paranoide, 4.17 %.. Trastorno de Personalidad Antisocial, 4.17 %; Trastorno Neurótico de Personalidad, 4.17 %; Trastorno Bipolar, 4.17 %; Trastorno Obsesivo- Compulsivo, 8.33 %; Trastorno Depresivo, 8.33 %; Sin alteración psíquica, 20.83 %; Síntomas Depresivos, 45.83 %⁶

Debido a esto, se planteo la necesidad de realizar la valoración de todos los médicos residentes que ingresan a la Unidad Médica, a fin de conocer, discriminar y evitar futuras alteraciones en el correcto desempeño y atención a los pacientes que son atendidos en la esta Unidad Médica. A lo que se realizó otro estudio en el año 2012 con los todos los médicos residentes de 1er año de las tres especialidades médicas que fueron aceptados y que ingresaron a realizar su residencia; estos son los rasgos dominantes de las personalidades que se encontraron en los 21 médicos evaluados:

Personalidad Límite, 4.76%; Hipocondría, 4.76%; Obsesión-Compulsión, 4.76%; Personalidad Pasivo- Dependiente, 4.76%; Personalidad Pasivo-Agresivo, 4.76%; Personalidad Antisocial, 9.52%; Personalidad Histérica, 9.52%; Inestabilidad Emocional, 9.52%; Personalidad Paranoide, 9.52%; Narcisismo, 9.52%; Baja Autoestima, 14.3%;

⁶ Bautista, H., (2010). *Evaluación de Personalidad en Médicos Residentes de Oncología Médica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, como medio de conocimiento del personal a fin de reducir alteraciones en el trabajo con el paciente y del servicio*. Tesis de Maestría. Centro de Postgrados de Estado de México. México, D.F.

Trastorno Bipolar, 14.3%⁷

Al ver este tipo de personalidades se especifica que La capacidad de conflicto con los residentes de especialidades oncológicas del Primer año de la generación 2012 del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI es bastante alto, correspondiendo a un 71.42% de la población de residentes para generar y desarrollar conflictos entre ellos, con figuras de autoridad, con alteraciones de normas y reglas internas; harán caso omiso figuras de jerarquía; se apoyarán sobre pretensiones falsas y arbitrarias con el fin de obtener su beneficio; presentarán poca y muy reducida capacidad de frustración así como serán los iniciadores de conflictivas y revueltas dirigidas a su propio beneficio. Siendo estos altamente reactivos y no aceptando sus faltas; y en contra-parte se cuenta solo con el 28.56% de los residentes con una baja capacidad para generar o desarrollar conflictos; pero estos desarrollarán procesos de identificación y afiliación ante situaciones que consideran injustas o con presencia de alevosía y ventaja sobre ellos, notificando al posible iniciador de la conflictiva, no siendo iniciadores de algún proceso negativo. Desarrollarán periodos de enojo, rebeldía y malestar traducidos en baja capacidad de trabajo y desempeño académico.

Cuando el profesional sanitario presenta alteraciones a nivel emocional o psicológico, se presentará afectación en el desempeño laboral, repercutiendo de forma directa en el trabajo y desarrollo terapéutico del paciente; generando a su vez problemas en el funcionamiento del servicio clínico o quirúrgico. Que a la larga conllevará a desviaciones que se manifestarán como problemas a nivel Legal (materia civil o penal).

⁷ Bautista, H., (2012). *Predicción de Problemas en áreas de trabajo Clínico- Quirúrgicas del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, mediante la Evaluación de Personalidad de los Médicos Residentes del Hospital; como medio de conocimiento del personal a fin de evitar alteraciones en el trabajo con el paciente y el servicio*, Tesis Doctoral. Centro de Postgrados de Estado de México. México, D.F.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo se plantea como medio de análisis bioético sobre una propuesta futura de carácter correctivo generada por una creciente problemática que se ha desarrollado en la Unidad Médica; correspondiendo esta situación a la interacción del personal que en ella labora, el cual se encuentra en contacto directo sobre las necesidades médicas y psicológicas del paciente oncológico. Refiriéndome así al actuar médico que afecta a la relación del binomio médico- paciente. El planteamiento se hace para analizar y determinar cuáles podrían ser las repercusiones bioéticas al realizar la selección del personal médico residente, tomando en consideración su perfil de personalidad base y no solamente su perfil académico. Porque al conocer el perfil de personalidad cada médico residente se podrá determinar y pronosticar el cómo será su actuar para con el paciente.

En el año 2010, el servicio de atención al derechohabiente del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional registró 70 quejas contra el personal médico, constituyendo el 25 % del total de las quejas; para el año 2011, se registraron 31 quejas en contra del personal médico, correspondiendo al 7% de las quejas; para el año 2012 fueron 27 quejas correspondiendo al 30%⁸; pero aun no se cuenta con el índice de quejas del año 2013.

8

Estadística, Departamento Atención al Derecho-Habiente UMAE. H. Oncología. 2013

Pero esa cantidad de quejas corresponde solo a las quejas realizadas por escrito y presentadas al departamento de atención al derecho habiente de la Unidad Médica; porque bien se sabe que, en muchas ocasiones el paciente al tener una queja, malentendido o disgusto con el personal sanitario, no presenta su queja mediante una vía formal por miedo a la represaría que pudiera acontecer.

La estadística mostrada anteriormente sobre las quejas presentadas en contra del personal Médico-Quirúrgico solo corresponde a las quejas de los pacientes y/o familiares del paciente exhibidas al departamento de atención al derechohabiente de la Unidad. Pero no ha sido la única instancia de la unidad en recibir notificaciones o aclaraciones sobre la conducta del médico residente, sino que también el Departamento de Enseñanza del mismo Hospital ha recibido quejas presentadas por los médicos de base manifestando conflictos que se han desarrollado con y entre los médicos residentes. Entre las quejas y conflictos se encuentran: poco apego y seguimiento al tratamiento de pacientes; falta de empatía para el trato y abordaje clínico- quirúrgico del paciente y su familiar, llegándose en algunas ocasiones a desarrollar procesos de intervencionismo sin el consentimiento informado firmado por el paciente y/o su familiar, afectando así la autonomía y beneficencia del paciente al realizar procedimientos sin tener el principio de permiso de acción. Se ha manifestado falta de reconocimiento a figuras de autoridad, debido a que no se ha respetando la cadena ni el nivel de jerarquía, desarrollando omisión a órdenes directas de sus superiores. Se han reportado problemas de actitud entre los mismos residentes; llegando a presentar agresiones verbales, psicológicas, emocionales e inclusive también agresiones de tipo físico (no se han reportado agresiones de tipo sexual); y finalmente se han presentado también problemas en hábitos de estudio, llegando a sorprender a algunos médicos residentes copiando durante sus evaluaciones; todo esto derivando de forma directa en desenlaces

negativos sobre la atención médica que se otorga en el Hospital de Oncología. Estas desviaciones en la atención afectan directamente a los pacientes, traducándose en quejas que llegan a transmutar en demandas de materia civil, alcanzando a ser montos desde \$120,000 M.N hasta \$25,000,000 M.N⁹.

Así que el objetivo de este trabajo es el de realizar un análisis bioético ante una propuesta correctiva que pondrá fin a una problemática de interrelación personal que afecta de forma directa la relación médico- paciente en la UMAE H. Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

⁹ Estadística Departamento Jurídico y Legal UMAE. Hospital Oncología, 2013

OBJETIVOS.

Objetivo General:

- Especificar cuáles podrían ser las repercusiones bioéticas para la UMAE H. Oncología, si incluyera el análisis de personalidad del residente como criterio de aceptación a su residencia.

Objetivos particulares:

1. Definir que es un problema bioético.
2. Analizar las quejas presentadas en la UMAE H. Oncología y conocer cuáles corresponden a problemas Bioéticos.
3. Identificar problemas Bioéticos presentes pero no referidos por los pacientes y familiares atendidos en la unidad médica
4. Analizar las repercusiones de los problemas bioéticos que se han presentado en la UMAE Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.
5. Evaluar perfiles de personalidad de los Residentes de Oncología Médica, Radioterápica y Quirúrgica, determinando pronóstico de acción y evolución en relación a una ética de mínimos; alcances para beneficio y/o violación sobre los Derechos Humanos, Carta de Derechos del Médico, Carta de los Derechos del Paciente.
6. Analizar la propuesta de selección de residentes con respecto a su perfil de personalidad como

un criterio de aceptación para realizar la residencia médica de Oncología Médica, Radioterápica o Quirúrgica en la UMAE H. Oncología.

MARCO MÉTODO LÓGICO- SELECCIÓN DE MÉTODOS Y TÉCNICAS.

El trabajo tiene un enfoque mixto; porque se realizará un análisis documental y análisis de campo; empleando fuentes primarias y fuentes secundarias de primera y segunda mano, así como análisis cualitativo y cuantitativo; recopilando información documental y obteniendo datos que serán estadísticos a ser interpretativos, para generar hipótesis y crear teorías. En un inicio se realizará un razonamiento deductivo, revisando las alteraciones reportadas en la UMAE y se clasificarán con respecto al hecho, analizándolas para especificar si corresponden a problemas bioéticos.

Se procederá a realizar un razonamiento inductivo cuando se realicen las entrevistas a los pacientes y familiares que acuden a la Unidad Médica a recibir atención o consulta por el personal clínico-quirúrgico; el objetivo de la entrevista es conocer “el cómo” ha sido el trato que han recibido, clasificando tipo de respuestas y comparando conforme a la Carta de Derechos Humanos y la Carta de los Derechos de los Pacientes analizando y buscando alteraciones, problemas o conflictos Bioéticos en el actuar médico; también se analizarán las quejas impuestas por el personal médico sobre otros médicos de la unidad, comparando este actuar con la Carta de los Derechos de los Médicos analizándolo bajo los principios Bioéticos; se procederá a realizar entrevistas al personal médico-quirúrgico con el objetivo de conocer “el tipo y forma de relación interpersonal” para clasificar y analizar el cómo ha sido el desarrollo de la relación entre profesionales de la salud, comparando este actuar con la Carta de los Derechos de los Médicos, para a su vez analizar los resultados buscando alteraciones, problemas o conflictos Bioéticos en el actuar entre profesionales.

Se procederá a la obtención del perfil de personalidad de los médicos residentes para clasificar

tipología de personalidad y su evolución social, analizando posibles alteraciones, conflictos o problemas Bioéticos que se pudieran presentar por perfil de personalidad presente. Para establecer relación entre la personalidad y su capacidad de acción directa con Pacientes, Familiares y Médicos, que pueda llegar a afectar principios Bioéticos.

Al tener los resultados aportados por las quejas presentadas al departamento de atención al derechohabiente y las entrevistas de los pacientes sobre el trato recibido por el personal médico-quirúrgico; aunado a las quejas presentadas en contra del personal sanitario por otros profesionales y las entrevistas dirigidas sobre exploración de necesidades y malestares de los médicos, así como el alcance de las personalidades analizadas de los residentes; se analizarán los problemas o conflictos bioéticos que se han presentado.

Mediante razonamiento Inductivo, se analizará la propuesta de selección de residentes conforme a sus perfiles de personalidad, especificando y aclarando cuales serán las repercusiones bioéticas de realizar dicha selección; pero al tener el resultado del análisis bioético de la propuesta, se procederá a realizar la comparación sobre los problemas bioéticos presentados en la Unidad Médica y los problemas bioéticos que pudieran ser generados ante la aplicación de ese criterio de selección en los residentes.

Fuentes Primarias.

- Se realizarán entrevistas clínicas dirigidas a todos los médicos residentes de la Unidad Médica con el objetivo de conocer y discriminar alteraciones y rasgos de personalidad base en los médicos residentes; así como también se realizará la aplicación de Inventario Multifásico de la

Personalidad de Minnesota MMPI-2. Este es un inventario en el cual se presentan tres escalas clínicas para el análisis de la personalidad, enfocadas en detectar y discriminar cualquier alteración en el estado de personalidad del sujeto en cuestión a evaluar; estas escalas están conformadas por: escalas clínicas básicas, escalas suplementarias (tradicionales y adicionales), escalas de contenido. Para la escala clínica básica, se presenta la evaluación de la hipocondría, la depresión reactiva, la histeria, la desviación psicopática, la identificación de la masculinidad y la femineidad, evaluación de la paranoia, psicastenia, presencia de esquizofrenia, hipomanía así como introversión social.¹⁰

- Entrevistas clínicas cerradas y centradas en pacientes y familiares, enfocadas a explorar “el cómo recibió y sintió el trato que le otorgó el médico ese día de consulta”; con el objetivo de explorar y conocer la relación médico paciente que se desarrolla y en qué forma es percibida por el usuario y familiar de la unidad médica. Para realizar de forma posterior la comparación de esta con la carta de los Derechos del Paciente.
- Se realizarán entrevistas clínicas cerradas y centradas en médicos de base y médicos residentes enfocadas a explorar “cual y cómo son las relaciones interpersonales entre profesionales sanitarios” con el objetivo de explorar y conocer la relación profesional entre estos, para realizar de forma posterior la comparación con la carta de Derechos del Profesional Sanitario.

Fuentes Secundarias de Primera Mano.

¹⁰ Gómez, E., (2005) “Características MMPI-2” en: R. Hathaway, *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2*. Estados Unidos de América: Manual Moderno, p. 38-41.

- Los registros de quejas del Departamento de Atención a Derechohabientes de la UMAE H. Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- El acerbo del Comité de Quejas de la Unidad Médica.
- El registro de quejas de la Dirección de Investigación y Enseñanza.
- Los casos que hayan sido presentados para evaluación por el Comité de Bioética de la misma Unidad Médica.
- El registro de quejas del Departamento de Honor y Justicia de la Delegación 3 Suroeste que rige a la Unidad Médica. El registro de quejas de la Oficina de Conflictos de la Delegación 3 Suroeste que rige a la Unidad Médica.

Fuentes Secundarias de Segunda Mano.

- Artículos de revistas indexadas con análisis de casos.
- Resultados de investigaciones previas realizadas con médicos residentes en la misma unidad médica obteniendo perfiles de personalidad.

Contenido.

1. Capítulo I. Problemas Bioéticos.

1.1. Definición del problema bioético.

1.2. Análisis de Códigos, Tratados y Leyes que pueden ser vinculadas a quejas sobre el actuar médico-quirúrgico.

1.2.12. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

1.2.13. Código Civil.

1.2.14. Ley General de Salud.

1.2.15. Ley Federal del Trabajo.

1.2.16. Ley Federal de Daño Patrimonial.

1.2.17. Contrato Colectivo de Trabajo.

1.2.18. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

1.2.19. Código de Conducta del Personal Salud.

1.2.20. Código de Bioética Personal de Salud.

1.2.21. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

1.2.22. Carta de los Derechos Generales de los Médicos.

1.3. Conocimiento de quejas y problemas presentes en la UMAE H. Oncología, mediante un análisis bajo los principios Bioéticos.

1.3.3. Problemas y quejas referidas por pacientes contra el personal médico- quirúrgico. Análisis bajo principios Bioéticos, comparando con Declaración Universal de los Derechos Humanos, Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, Código de Conducta del Personal Sanitario y el Código de Bioética del Personal de Salud.

1.3.4. Problemas y quejas referidas por médicos residentes contra el personal médico- quirúrgico. Análisis bajo principios Bioéticos. Comparando con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Carta a los Derechos Generales del Médico, el Código de Conducta del Personal Sanitario y el Código de Bioética del Personal de Salud.

1.4 Conocimiento y clasificación de Demandas presentadas en contra de la UMAE H. Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

2. Capítulo II. Investigación Documental de Personalidad.

2.1. Definición de personalidad.

2.2. Conocimiento de tipología de personalidad.

2.3. Inventario Multifásico de la personalidad MMPI-2.

2.4. Definición de Personalidad Patológica, tipologías y evolución ante interacción social.

3. Capítulo III. Investigación de Campo UMAE H. Oncología.

- 3.1. Recopilación de los perfiles de personalidad de los médicos residentes valorados mediante MMPI-2, entrevista clínica dirigida sobre psicopatología y focos de alteración en salud mental.
 - 3.2. Relación entre Perfil de Personalidad Base con índice y tipo de quejas presentadas sobre el actuar médico que ha afectado la relación médico-paciente realizando el análisis mediante los principios bioéticos.
 - 3.3. Entrevista cerrada y estructurada con pacientes y familiares derechohabientes de la Unidad Médica.
 - 3.4. Recopilación de los datos arrojados por las entrevistas con los pacientes y familiares.
 - 3.5. Análisis de los resultados catalogando problemas bioéticos encontrados.
-
4. Capítulo IV. Revisión de Propuesta de Selección ante Integración de Resultados.
 - 4.1. Propuesta de selección de residentes con respecto a perfil de personalidad como un criterio de aceptación para realizar la residencia médica en la UMAE H. Oncología.
 - 4.2. Integración de quejas, problemas y situaciones en las cuales no se respetaron, afectaron o violaron los principios bioéticos ante el interactuar del personal sanitario con el paciente. Comparando el resultado con la Declaración Universal de los Derechos Humanos Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.
 - 4.3. Integración de perfiles de personalidad base conflictivos o con tendencia a no actuar conforme a una ética de mínimos afectando la interacción entre iguales, con pacientes y familiares. Comparando con la Declaración Universal a los Derechos Humanos, Carta a los Derechos Generales del Médico, Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

4.4. Análisis de principios bioéticos respetados y que se harán valer con la propuesta de selección.

4.5. Análisis de principios bioéticos afectados o violados con la propuesta de selección.

4.6. Beneficios para la UMAE H. Oncología con la selección.

4.7. Demérito para la UMAE H. Oncología con la selección.

5. Comparación de Resultados Bioéticos entre propuesta de selección y problemas presentes en la
UMAE H. Oncología.

5.1. Análisis de principios involucrados afectados ante los dos resultados.

5.2. Análisis de principios involucrados beneficiados ante los dos resultados.

6. Resultados.

7. Conclusiones.

8. Bibliografía.

9. Anexos.

1. Capítulo I. Problemas Bioéticos.

1.1. Definición del problema bioético.

La bioética está definida como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto que tal conducta se examina a la luz de los valores y de los principios morales"¹¹ ante esto; la bioética trata cuestiones del actuar humano incluyendo cuestiones morales, epistemológicas y ontológicas. Aceptando la diversidad de enfoques para construir un acuerdo moral de unidad, dando así su lugar como un estudio pluralista cuyo contenido se va descubriendo mediante la evaluación y discusión crítica de la racionalidad humana que busca el bien y la justicia para la misma Humanidad.

Pero el problema de la bioética es lograr llegar a un acuerdo en el que se desarrolle el Bien y la Justicia para todas las personas que se encuentren ante un hecho concreto; porque este hecho por muy pequeño que sea al ser aceptado, rechazado o modificado generará cambios para todo sector que se encuentre en la onda concéntrica; pero, esta onda concéntrica desconoce sus alcances hasta que logra llegar a la orilla que la reporta. Llegando en algunos sectores a hacer un bien y en otros en hacer un mal.

El problema bioético es aquel que se presenta ante una decisión en la cual se afecta a una de las partes, pero siendo afectada no por un acto de "dolo" sino por una afectación secundaria; también un problema bioético es una cuestión conflictiva que se presenta en salud y que requiere un análisis detallado a la luz de valores y principios para resolverse.

¹¹ Reich, W. T (editor principal) (1995): Encyclopedia of Bioethics (2nd Edicition). MacMillan. Nueva York.

1.2. Análisis de Códigos, Tratados y Leyes que pueden ser vinculadas a quejas sobre el actuar médico- quirúrgico.

Todo actuar humano, personal y social, se encuentra regido por Declaraciones, Códigos, Tratados y Leyes; los cuales se encuentran formulados por diversos organismos de carácter Nacional e Internacional; siendo su objetivo, definir y proteger el proceder ante las relaciones entre iguales para mantener una estabilidad; llegando, alguno de ellos a ser vinculantes hacia alguna penalización. Mas no siendo el objetivo de este trabajo el explorar sobre esta; pero es necesario realizar e indicar que Artículos, Cláusulas contenidos en estas Declaraciones, Códigos, Tratados y Leyes pueden verse afectados o beneficiados durante el desarrollo de la propuesta inicial y del contenido de esta misma.

1.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Esta es la es la norma suprema de un Estado de Derecho soberano, siendo esta, la organización establecida o aceptada para regirlo; es la que fija límites y define relaciones entre poderes del Estado y ciudadanos, estableciendo bases para su gobierno y organización de instituciones. Buscando garantizar derechos y libertades del pueblo¹². Encontrando en el Primer Artículo de Nuestra Constitución Política, el cual afirma que todas las personas gozarán de igualdad y derechos. “En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las

¹²

Bidart Campos, Germán J. (2007). *Tratado Elemental de Derecho Constitucional Argentino*. Buenos Aires: Ediar

condiciones que esta Constitución establece¹³. Realizando esta afirmación no solo a las personas que han nacido en el territorio mexicano, sino haciendo extensa esta disposición a toda aquella persona que se encuentre en territorio nacional “Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia”¹⁴. Pero esta declaración hace referencia a todo tipo de personas tanto Físicas como Morales, generando una promulgación incluyente en todas las áreas de la sociedad, dejando claro que es obligación de todas las personas el garantizar una convivencia de respeto mutuo y es el Estado el que se encargará de ver cumplir y hacer valer esta garantía “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”¹⁵

Continuando con la revisión de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se encuentra el Artículo 4 que hace referencia a la Salud de las personas y Ciudadanos que se encuentran en ella "toda persona tiene derecho a la protección de la salud. la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del Artículo 73 de esta constitución"¹⁶

¹³ Art. 1º. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917. *Párrafo reformado DOF 10-06-2011*

¹⁴ Art. 1º. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917. *Párrafo reformado DOF 10-06-2011*

¹⁵ Art. 1º. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917. *Párrafo reformado DOF 10-06-2011*

¹⁶ Art. 4º. Cap. 1. Título 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917 *Adicionado DOF 03-02-1983*

Pero la Salud solo puede ser procurada mediante un servicio que el Estado o medios privados proporcionan a la ciudadanía mediante la contratación de estos, siendo otorgados por otras personas; las cuales, brindan un servicio y cumplen con un contrato; personas que prestan servicio en calidad de trabajadores o prestadores de servicios de Salud en el ámbito Público o Privado respectivamente; a lo que actuarán en función a los requisitos del Estado y una Constitución Política; la cual, presenta el Artículo 113 dirigido hacia sus trabajadores, estando destinado dicho artículo a responsabilidades:

“Las leyes sobre responsabilidades administrativas de los servidores públicos, determinaran sus obligaciones a fin de salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones, empleos, cargos y comisiones; las sanciones aplicables por los actos u omisiones en que incurran, así como los procedimientos y las autoridades para aplicarlas. dichas sanciones, además de las que señalen las leyes, consistirán en suspensión, destitución e inhabilitación, así como en sanciones económicas y deberán establecerse de acuerdo con los beneficios económicos obtenidos por el responsable y con los daños y perjuicios patrimoniales causados por sus actos u omisiones a que se refiere la fracción III del artículo 109”¹⁷

Continuando con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las personas que fungen como trabajadores del Estado realizando un servicio público en unidades médicas, en especial haciendo referencia al Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual cuenta con el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social, que realiza la prestación de servicio con sus trabajadores, se encuentra

¹⁷

Título 4. Art. 113. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917 (reformado mediante decreto publicado en el DOF 14- 06- 2002)

regido por un Contrato Colectivo de Trabajo; se presenta el Artículo 123 del Título Sexto, el cual esta destinado al Trabajo y de la Previsión Social, que hace referencia a “toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la ley”¹⁸. Y especifica en el mismo artículo en la sección B) XII que cuando se presente un conflicto entre sus trabajadores, colectivos o intersindicales, este conflicto será sometido a un Tribunal Federal de conciliación y arbitraje, integrado según la ley reglamentaria que se encuentre en curso¹⁹

1.2.2. Código Civil.

Toda civilización cuenta con reglas y normas, concentradas en un Código Civil, siendo este “un conjunto unitario, ordenado y sistematizado de normas de Derecho privado, es decir, un cuerpo legal que tiene por objeto regular las relaciones civiles de las personas físicas y jurídicas, privadas o públicas, en este último caso siempre que actúen como particulares desprovistas de *imperium*”²⁰. Ante este regular de acciones y relaciones civiles se nos presentan varios artículos pero enfocados solo ante las “Obligaciones que nacen de los Actos Ilícitos”, pero no se encuentran artículos en el Código Civil que especifique el bien actuar o el mejor proceder entre los civiles para mantener un orden regulado entre las relaciones de estos mismos. Aun así, dentro de las obligaciones ante actos ilícitos, se encuentran las responsabilidades a las que esta atenido un ciudadano ante otro ciudadano derivadas de un daño; por lo que es necesario el señalar dichos artículos contenidos en el Capítulo V de las

¹⁸ Título 6. Art. 123. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917 (adicionado mediante decreto publicado en el DOF 19 -12-1978)

¹⁹ Título 6. Art. 123. Sección B) XII. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917 (adicionado mediante decreto publicado en el DOF 5-12-1960 modificado DOF 6- 10-1986)

²⁰ Guzmán Brito, Alejandro (2000). *La codificación civil en Iberoamérica. Siglos XIX y XX*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.

Obligaciones que Nacen de los Actos Ilícitos, publicado en el Diario Oficial de la Nación el 8 de Abril del 2013 con sus respectivas consecuencias:

Artículo 1910.- El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Artículo 1912.- Cuando al ejercitar un derecho se cause daño a otro, hay obligación de indemnizarlo si se demuestra que el derecho sólo se ejercitó a fin de causar el daño, sin utilidad para el titular del derecho.

Artículo 1913.- Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o substancias peligrosas por sí mismos, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Artículo 1914.- Cuando sin el empleo de mecanismos, instrumentos, etc., a que se refiere el artículo anterior, y sin culpa o negligencia de ninguna de las partes se producen daños, cada una de ellas los soportará sin derecho a indemnización.

Artículo 1915.- La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el

restablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios.

Cuando el daño se cause a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponda se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario más alto que esté en vigor en la región y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas señala la Ley Federal del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima.

Los créditos por indemnización cuando la víctima fuere un asalariado son intransferibles y se cubrirán preferentemente en una sola exhibición, salvo convenio entre las partes. Las anteriores disposiciones se observarán en el caso del artículo 2647 de este Código.

Artículo 1916.- Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas.

Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero, con

independencia de que se haya causado daño material, tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá quien incurra en responsabilidad objetiva conforme a los artículos 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme a los artículos 1927 y 1928, todos ellos del presente Código.

La acción de reparación no es transmisible a terceros por acto entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida.

El monto de la indemnización lo determinará el juez tomando en cuenta los derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable, y la de la víctima, así como las demás circunstancias del caso.

Cuando el daño moral haya afectado a la víctima en su decoro, honor, reputación o consideración, el juez ordenará, a petición de ésta y con cargo al responsable, la publicación de un extracto de la sentencia que refleje adecuadamente la naturaleza y alcance de la misma, a través de los medios informativos que considere convenientes. En los casos en que el daño derive de un acto que haya tenido difusión en los medios informativos, el juez ordenará que los mismos den publicidad al extracto de la sentencia, con la misma relevancia que hubiere tenido la difusión original.

Estarán sujetos a la reparación del daño moral de acuerdo a lo establecido por este ordenamiento y, por lo tanto, las conductas descritas se considerarán como hechos ilícitos:

El que comunique a una o más personas la imputación que se hace a otra persona física o moral, de un hecho cierto o falso, determinado o indeterminado, que pueda causarle deshonra, descrédito, perjuicio, o exponerlo al desprecio de alguien;

El que impute a otro un hecho determinado y calificado como delito por la ley, si este hecho es falso, o es inocente la persona a quien se imputa;

III. El que presente denuncias o querellas calumniosas, entendiéndose por tales aquellas en que su autor imputa un delito a persona determinada, sabiendo que ésta es inocente o que aquél no se ha cometido, y Al que ofenda el honor, ataque la vida privada o la imagen propia de una persona.

La reparación del daño moral con relación al párrafo e incisos anteriores deberá contener la obligación de la rectificación o respuesta de la información difundida en el mismo medio donde fue publicada y con el mismo espacio y la misma circulación o audiencia a que fue dirigida la información original, esto sin menoscabo de lo establecido en el párrafo quinto del presente artículo.

Cada uno de los artículos del Código Civil que se han mencionado atañe a este trabajo; debido a que al no presentarse dentro del Código Civil un artículo o capítulo referente al Bien Actuar o Bien Proceder de la Ciudadanía Civil sobre si misma; se presentan las obligaciones de la ciudadanía ante un Actuar Ilícito y las repercusiones del mismo actuar. Incurriendo o cubriendo a la ciudadanía que será analizada en el presente.

1.2.3 LEY GENERAL DE SALUD

Al realizarse este trabajo en una unidad médica y desarrollando una revisión y supervisión del actuar del personal médico es necesario incluir la Ley General de Salud, haciendo referencia al Título III el cual especifica sobre la Prestación de Servicios de Salud; pero en especial hacer referencia a los Usuarios de los Servicios de Salud y Participación de la Comunidad, presentando al Artículo 50 el cual especifica “se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables”²¹. Así que nuevamente, en esta Ley se encuentra enunciado los derechos del receptor más no se encuentran el como debe de ser proceder del trabajador o prestador de servicios de salud. Porque en el Artículo 51, se presentan los derechos del usuario y el como debe de recibir la atención, entendiendo este último como las Obligaciones del Sector de Salud.

Artículo 51.- Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con

²¹

Título III. Cap. IV. Art. 50. Ley General de Salud (Última Reforma DOF 27-04-2010)

base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, sólo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios

Artículo 51 Bis 1.- Los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen²²

También se presenta el Artículo 54 de la Ley General de Salud, en el que se hace referencia al derecho de comunicación e información del paciente, así como la obligación de la unidad médica de dar respuesta a las inquietudes e inconformidades del paciente “Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como mecanismos para que los usuarios o solicitantes presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos”²³. Estos artículos están enfocados a desarrollar y mejorar la autonomía del paciente, debido a que mediante más información contenga mayor capacidad tendrá para poder decidir y ejercer su autonomía. Pero estos tres artículos están enfocados en los derechos del paciente delimitando solo un poco la obligación del médico ante la información del padecimiento. Así que ante esto se hace referencia al Artículo 77 Bis 36 del Capítulo IX en el que se hace mención a los Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios; el cual, especifica que “Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir

²² Título III. Cap. IV. Art. 51. Ley General de Salud (Última Reforma DOF 27-04-2010)

²³ Título III. Cap. IV. Art. 54. Ley General de Salud (Última Reforma DOF 27-04-2010)

bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud”²⁴, pero también en el artículo 77 bis 37. Frac. III, refiere que el usuario tiene el derecho a recibir un “Trato digno, respetuoso y atención de calidad”²⁵

1.2.4 Ley Federal del Trabajo.

Como se realizará la revisión del trabajo desempeñado por los médicos residentes en la unidad médica; estos estarán presentando un servicios a los usuarios, servicio considerado como trabajo, por lo tanto también es necesario incluir los derechos y obligaciones del trabajador para su empresa o desempeño de lugar de trabajo, haciendo referencia al Artículo 134, del Capítulo II en el Título IV, que hacer referencia a las Obligaciones de los Trabajadores “I.- Cumplir con las disposiciones de las normas de trabajo que les sean aplicables; IV.- ejecutar el trabajo con la intensidad, cuidado y esmero apropiados y en la forma, tiempo y lugar convenidos; VII.- observar buenas costumbres durante el servicio; XIII. Guardar escrupulosamente los secretos técnicos, comerciales y de fabricación de los productos a cuya elaboración concurren directa o indirectamente”²⁶. Pero también es necesario incluir en este análisis cuales son las causas de rescisión en la relación de trabajo generados por el actuar del trabajador en contra de la empresa o unidad a la cual presta servicios. Recurriendo al artículo 47 que esta contenido en el Título Segundo del Capítulo IV, el cual hace referencia a las relaciones de trabajo pero en especial a la Rescisión de las relaciones de Trabajo y este dice:

²⁴ Cap. IX, Art. 77 Bis 36. Ley General de Salud (Última Reforma DOF 27-04-2010)

²⁵ Cap. IX, Art. 77 bis 37. Frac. III. Ley General de Salud (Última Reforma DOF 27-04-2010)

²⁶ Título 4o, Cap. II. Art. 134. Ley Federal de Trabajo 1970. Última Reforma DOF 30-11-2012

Art. 47. Ley Federal de Trabajo.²⁷

I. Engañarlo el trabajador o en su caso, el sindicato que lo hubiese propuesto o recomendado con certificados falsos o referencias en los que se atribuyan al trabajador capacidad, aptitudes o facultades de que carezca. Esta causa de rescisión dejará de tener efecto después de treinta días de prestar sus servicios el trabajador;

II. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia;

III. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo;

V. Ocasionar el trabajador, intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo;

VII. Comprometer el trabajador, por su imprudencia o descuido inexcusable, la seguridad

²⁷

Titulo 2o, Cap. IV. Art. 47. Ley Federal de Trabajo 1970. Última Reforma DOF 30-11-2012

del establecimiento o de las personas que se encuentren en el;

VIII. Cometer el trabajador actos inmorales en el establecimiento o lugar de trabajo;

IX. Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa;

XI. Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes, sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado;

XII. Negarse el trabajador a adoptar las medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades;

XIII. Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que, en este ultimo caso, exista prescripción medica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presentar la prescripción suscrita por el medico;

Estas reglas y artículos son aplicables a todas las personas que presentan servicios y reciben remuneración económica por el mismo, pero el presente trabajo hace referencia a un sector que además de prestar servicios se encuentra en formación académica, y que ya cuenta con un certificado de profesionalismo aunque en este periodo se encuentra en calidad de médico estudiante conocido como médico residente de alguna especialidad. Para este sector, trabajador en formación- especialización

académica la Ley Federal de Trabajo presenta derechos y obligaciones además de las presentadas con anterioridad; siendo que esta reglamentación es aplicable a todo médico residente sin importar edad o jerarquía. Destinando así la Ley Federal de Trabajo del Artículo 353-A al Artículo 353-I del Título Sexto, Capítulo XVI. Para efectos de este trabajo se hace referencia al Artículo 353- D, que enfatiza las obligaciones especiales del médico residente pero en especial la fracción II y III que notifican sobre “II. Acatar las ordenes de las personas designadas para impartir el adiestramiento o para dirigir el desarrollo del trabajo, en lo concerniente a aquel y a este; III. Cumplir las disposiciones internas de la unidad medica receptora de residentes de que se trate, en cuanto no contraríen las contenidas en esta ley”²⁸. Y el Artículo 353-G de la Ley Federal de Trabajo que especifica cuales son las causas especiales de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón, además de la que se establecen en el artículo 47 de la misma Ley que argumenta:

“I. El incumplimiento de las obligaciones a que aluden las fracciones I, II, III y VI del artículo 353.d; II. La violación de las normas técnicas o administrativas necesarias para el funcionamiento de la unidad medica receptora de residentes en la que se efectúe la residencia; y III. La comisión de faltas a las normas de conducta propias de la profesión medica, consignados en el reglamento interior de trabajo de la unidad medica receptora de residentes.”²⁹

Habiendo presentado las obligaciones y responsabilidades del personal sanitario como personal presentador de servicio, el cual atenderá de forma directa las necesidades de una población para dar protección a la salud de la ciudadanía y habiendo presentado las obligaciones específicas por la Ley

²⁸ Artículo 353-D. Título Sexto, Capítulo XVI. Ley Federal de Trabajo 1970. Última Reforma DOF 30-11-2012

²⁹ Artículo 353-G. Título Sexto, Capítulo XVI. Ley Federal de Trabajo 1970. Última Reforma DOF 30-11-2012

Federal del Trabajo hacia el sector a analizar

1.2.5 Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial.

Esta ley esta destinada para presentar reclamaciones por la parte afectada hacia el causante del daño y exigir el intento de reparación por el daño generado ante la agresión; porque agrego el aspecto de “intento de reparación” porque una vez que el daño sobre una persona se encuentra hecho, la reparación será muy improbable. Pero aun así es necesario realizarlo, debido a como el Artículo 18 afirma “La parte interesada deberá presentar su reclamación ante la dependencia o entidad presuntamente responsable u organismo constitucional autónomo, conforme a lo establecido en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo. Los particulares en su demanda, deberán señalar, en su caso, el o los servidores públicos involucrados en la actividad administrativa que se considere irregular”³⁰. Porque en la mayoría de las ocasiones se realiza el señalamiento en contra de la Unidad Administrativa o Unidad Médica, siendo esta responsable de la actividad de sus empleados y las repercusiones de esta, sin importar cuanto se ha aportado a la ciudadanía o al estado. Pero como en un inicio de este párrafo se mencionó; el daño ya esta realizado e intentar reparar el altercado es difícil; así que se recurre al aspecto de indemnización de la parte afectada como lo señala el Artículo 14 de la misma ley.

ARTÍCULO 14.- Los montos de las indemnizaciones se calcularán de la siguiente forma³¹:

³⁰ Artículo 18. Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial 2004. Última Reforma DOF 12-06-2009

³¹ Artículo 14. Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial 2004. Última Reforma DOF 12-06-2009

I. En el caso de daños personales:

a) Corresponderá una indemnización con base en los dictámenes médicos correspondientes, conforme a lo dispuesto para riesgos de trabajo en la Ley Federal del Trabajo, y

b) Además de la indemnización prevista en el inciso anterior, el reclamante o causahabiente tendrá derecho a que se le cubran los gastos médicos que en su caso se eroguen, de conformidad con la propia Ley Federal del Trabajo disponga para riesgos de trabajo.

II. En el caso de daño moral, la autoridad administrativa o jurisdiccional, en su caso, calculará el monto de la indemnización de acuerdo con los criterios establecidos en el Código Civil Federal, debiendo tomar en consideración los dictámenes periciales ofrecidos por el reclamante.

La indemnización por daño moral que el Estado esté obligado a cubrir no excederá del equivalente a 20,000 veces el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal, por cada reclamante afectado, y

III. En el caso de muerte, el cálculo de la indemnización se hará de acuerdo a lo dispuesto en el Código Civil Federal en su artículo 1915.

1.2.6 Contrato Colectivo de Trabajo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social y el Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social establecen en este Contrato Colectivo las normas que regulan sus relaciones de trabajo. Son estas normas en su conjunto un esfuerzo de mutuo entendimiento y respeto, actitudes siempre presentes en el trato cotidiano. Se presenta a continuación los artículos que interesan para el presente trabajo.

Reglamento Interior de Trabajo/ Contrato Colectivo de Trabajo

En este apartado del Contrato Colectivo de Trabajo se especifican las obligaciones en el proceder del personal trabajador; siendo especificado en el Artículo 1o “Sus trabajadores cumplirán con todo celo sus obligaciones y desempeñarán con eficiencia las funciones que les correspondan”³². Pero no se especifica el como deberán de desempeñar sus funciones; a lo que se presenta el artículo 3o que refiere “Los trabajadores del Instituto que tengan trato directo con derechohabientes y público en general, lo harán con la más cuidadosa cortesía y oportunidad, claridad y exactitud en la información que deban proporcionar o solicitar”³³, en este artículo comienza a presentarle la importancia a la atención del paciente otorgándole el derecho a la información y un trato con cortesía hacia el receptor de la atención, ante esto también se plantea el siguiente artículo que hacer referencia al trato entre trabajadores del mismo instituto, el cual afirma que “Los funcionarios y empleados vigilarán la debida observancia de este Reglamento, dictando en términos comedidos las órdenes e instrucciones que correspondan, sin actitudes ofensivas para la dignidad de sus subalternos, con la claridad y firmeza que demande la disciplina; así como la atención de los servicios y el despacho de los asuntos de su

³² Art. 1, Cap I. Reglamento Interior, Contrato Colectivo de Trabajo IMSS

³³ Art. 3, Cap I. Reglamento Interior, Contrato Colectivo de Trabajo IMSS

competencia³⁴ este artículo hace referencia al trato humanitario, que debe de ser otorgado entre los mismos trabajadores haciendo referencia a la carta de los derechos generales de los Médicos. Pero así como se presentan los derechos, existen las obligaciones del trabajador y están incluidos en el Artículo 64 del Capítulo VIII del Contrato Colectivo de Trabajo, el cual especifica en sus apartados el como debe de ser el proceder del trabajador durante su jornada de trabajo; pero de los apartados de dicho artículo solo le atañen a este trabajo los presentados a continuación.

Artículo 64. Son obligaciones de los trabajadores³⁵:

- I.** Desempeñar con eficiencia y responsabilidad las labores que les correspondan de acuerdo con los Profesiogramas;
- II.** Conducirse con probidad y honradez en el desempeño de su trabajo;
- III.** No incurrir en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra de otros trabajadores o derechohabientes y demás personas que ocurran al lugar dónde presten sus servicios;
- IV.** Presentarse con puntualidad al desempeño de sus trabajos;
- V.** Proceder en el desarrollo de sus labores con el cuidado, precaución y sentido de responsabilidad necesarios para no causar daños o perjuicios a personas o bienes de la Institución;
- VI.** Obedecer las órdenes o instrucciones de sus superiores relacionadas con sus labores;
- VII.** No revelar o dar a conocer los asuntos de carácter privado o confidencial del Instituto;
- IX.** Acatar las medidas preventivas adoptadas por el Instituto para evitar riesgos de trabajo;

³⁴ Art. 4, Cap I. Reglamento Interior, Contrato Colectivo de Trabajo IMSS

³⁵ Art. 64, Cap VIII. Reglamento Interior, Contrato Colectivo de Trabajo IMSS

- X.** Asistir a su trabajo sin encontrarse en estado de embriaguez o bajo la influencia de narcóticos o drogas enervantes, ni provocarse esas condiciones durante su jornada de labores;
- XIV.** A cumplir estrictamente el presente Reglamento en la parte que les corresponda;
- XV.** Dedicarse a las labores que les han sido asignadas en función de sus categorías y profesiogramas;
- XVII.** No acompañarse durante la jornada de labores de familiares, adultos o niños;

Pero como la población a la cual principalmente se encuentra dirigida esta investigación es al médico Residente del Instituto Mexicano del Seguro Social y así como en la Ley Federal del Trabajo se presenta un apartado exclusivo para esta persona; también en el Contrato Colectivo del Trabajo del IMSS se encuentra un apartado correspondiente al “Reglamento de Médicos Residentes en periodo de adiestramiento”; encontrando el Artículo 15 fracción a), el cual especifica sobre el actuar del médico residente en los trabajos de la investigación que “la participación de los médicos residentes se deberá basar en el cumplimiento, tanto de los principios éticos y científicos inherentes a todo trabajo de investigación en medicina como de los instructivos y procedimientos vigentes en el Instituto”³⁶. Pero el médico residente no solo realiza funciones de investigación y docencia, sino que en su mayoría es trabajo asistencial sobre la población mexicana; encontrando en el Artículo 26 del mismo apartado que las fracciones e), f), g) e i), hacen referencia a su actuar y proceder como se indica a continuación:

36

Artículo 15 fracción A). Reglamento de Médicos Residentes en periodo de adiestramiento. Contrato Colectivo de Trabajo IMSS

Artículo 26³⁷.

- e) Acatar las órdenes correspondientes a la instrucción académica y el adiestramiento del personal designado para impartirlo;
- f) Observar las normas éticas propias de la profesión médica; brindar a los derechohabientes un trato con sentido humanístico y observar una conducta disciplinada y respetuosa;
- g) Cumplir las disposiciones internas de la Unidad Médica Receptora de Residentes;
- i) Cumplir con el Reglamento de Médicos Residentes en período de adiestramiento en una especialidad y con las disposiciones aplicables del Contrato Colectivo de Trabajo y de la Ley Federal del Trabajo.

Continuando con el Contrato Colectivo de Trabajo del IMSS, se tiene que especificar sobre el profesiograma en el que esta incluido el Médico Residente; porque ya se ha analizado los deberes y obligaciones de su persona; más no se ha revisado cuales son sus funciones en el Instituto Mexicano del Seguro Social y en especial en las Unidades de Atención de Tercer Nivel como lo es la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI; encontrando al Médico Residente con la categoría de Médico No Familiar por la especialidad que se encuentra desarrollando en la Unidad Médica y se encuentra atendido a las obligaciones de “Atención médica en hospitales, sanatorios y demás establecimiento de este tipo, examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento médico- quirúrgico a derechohabientes ambulatorios y hospitalizados, labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, así como en

³⁷

Artículo 26. Reglamento de Médicos Residentes en periodo de adiestramiento. Contrato Colectivo de Trabajo IMSS

nutriología. Todo esto según las normas e instructivos vigentes en el Instituto. Funciones técnico-administrativas (expedición de incapacidades, prescripción de medicamentos, etcétera)³⁸. Pero en este apartado no se menciona el como debe de ser el proceder del médico no familiar, dejando o relevando ese actuar a los artículos contenidos en el Reglamento de Trabajo y Reglamento para Médicos Residentes.

1.2.7. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Este es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la que se encuentran 30 artículos de los Derechos Humanos, encontrando la unión de esta declaración y los Pactos Internacionales de los Derechos Humanos y sus protocolos mejor lo conocido como la Carta Internacional de Derechos Humanos; también es considerada el fundamento de normas internacionales sobre derechos humanos. Fue aprobada hace 60 años, generando tratados internacionales de derechos humanos vinculantes Esta Declaración supone el primer reconocimiento universal de que los derechos básicos y que las libertades fundamentales son inherentes a todos los seres humanos, inalienables y aplicables en igual medida a todas las personas, y que todos y cada uno de nosotros hemos nacido libres y con igualdad de dignidad y de derechos. Independientemente de nacionalidad, residencia, género, origen nacional o étnico, color de piel, religión, idioma o cualquier otra condición; siendo así, que el 10 de diciembre de 1948 la comunidad internacional se comprometió a defender la dignidad y la justicia para todos los seres humanos.³⁹ Siendo estos 30 artículos necesarios para esta investigación debido a que se presentan en un ámbito de relaciones humanas entre personas que prestan un servicio

³⁸ Medico No Familiar. Profesiograma Contrato Colectivo de Trabajo IMSS.

³⁹ <http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>

de atención, personas en formación académica de especialización y personas que reciben una atención médica de este sector, siendo otorgado en unidades médicas que enfrentan el problema de sobresaturación y sobrepoblación usuaria, generando fricción y diferencia en la atención, sin ser ejecutada de forma directa por el personal médico.

Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.
2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su

país.

Artículo 14

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.

2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.

3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.

3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones

Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.

2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad

democrática.

3. Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30

Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendentes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

1.2.8 Código de Conducta del Personal Salud.

La Secretaría de Salud, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social y otras Instituciones del Sector Salud elaboraron y ofrecen a todos los profesionales de la salud que se desempeñan en el Sector un Código de Conducta para que este guíe sus actividades y acciones; además con este Código se busca el mejorar la calidad de los servicios y favorecer la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, así como de los profesionales que los atienden, para que se incremente la confianza en las instituciones y en su personal. Este Código de Conducta interpreta normas morales y de trato social, especificando el comportamiento ideal de los profesionales de la salud. Presentando Estándares de Comportamiento como: Estándares de Trato Profesional, Estándares de Trato Social y Estándares de Conducta Laboral.

II. Estándares de Comportamiento⁴⁰

1. Estándares de trato Profesional:

- Aplicará el conocimiento científico, técnico y humanístico vigente y comúnmente aceptado en la atención de la salud en la forma debida oportuna y experta.
- Defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona, vedando las maniobras u operaciones y tratamientos innecesarios, controvertidos o experimentales no autorizados, o que contravengan la práctica médica aceptada, o bien sus propios valores personales u objeción de conciencia, en cuyo caso lo deberá hacer del conocimiento de sus superiores.
- Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.
- Mantendrá informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, el resultado de los exámenes practicados y las alternativas de tratamiento, a fin de que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios el que considere adecuado.

40

Estándares de Comportamiento. Código de Conducta para el Personal de Salud 2002.

- Informará al paciente el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de administración, siguiendo estrictamente las órdenes médicas,

2.- Estándares de trato social.

- La relación profesional será amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes y quien tutele sus derechos, a los que habrá que dirigirse por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades.

- De la misma manera el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución.

- El trato de los integrantes del equipo de salud habrá de ser digno y considerado respecto de la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad, género y circunstancias personales.

- Proporcionar información clara, oportuna y veraz, corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.

3.-. Estándares de conducta laboral

- La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora.

1.2.9 Código de Bioética Personal de Salud.

La Comisión Nacional de Bioética es el conducto de la Secretaría de Salud de México para establecer este Código en cumplimiento del derecho constitucional de protección a la salud. Este Código de Bioética representa una guía de conducta en el ejercicio profesional, con el fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los pacientes y familiares, abarcando también al profesional sanitario. Para la conformación del Código de Bioética para el Personal de Salud de México fueron consultados profesionales de la salud, académicos, investigadores, profesores y estudiantes de medicina y enfermería y de ámbitos sociales afines a la salud; y mediante el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se determinaron estrategias y el compromiso de su conformación, se establecieron aspectos genéricos de las conductas éticas en la prestación de los servicios de salud, que son marco referencial para las guías específicas que se consideren necesarias en la operatividad de las unidades aplicativas del Sector Salud; así como instituciones formadoras de personal para la salud e instituciones universitarias y de enseñanza superior afines a la bioética. A continuación se presentan algunos artículos afines a este trabajo:

Código de Bioética para el Personal de Salud⁴¹

Capítulo I. Principios Básicos:

- 1.- Toda persona tiene, en principio, derecho a la protección de su salud. Los habitantes de la República Mexicana y los mexicanos que habiten en el extranjero deben gozar de este mismo derecho. El personal de salud está obligado a buscar los medios para que se cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la Bioética.
- 2.- Las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas en beneficio de la población en un marco científico y humanitario.
- 3.- El personal de salud debe atender a todos los que demanden sus servicios sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, religión, ideología política, posición socio-económica; sin escatimar tiempo, ni espacio, respetando siempre la dignidad y derechos humanos.
- 4.- El personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de la profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.
- 5.- Es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor.

41

Código de Bioética para el Personal de Salud, 2002

Capítulo II. Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud:

6.- La población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante.

7.- El personal de salud tiene la obligación de participar en el ámbito de su competencia en actividades que contribuyan al beneficio de la salud de la comunidad, así como en la atención médica en casos de emergencia y desastres.

8.- La actitud del equipo de salud debe mantener e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y personal que los asiste, puesto que el humanitarismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación.

9.- Las instituciones de salud, conforme con sus posibilidades, deberán asignar a cada médico u otros prestadores de servicios el número adecuado de personas de acuerdo con la complejidad de su atención de salud, considerando que la sobrecarga de trabajo y la fatiga son poco propicias para otorgar servicios de alta calidad.

10.- Con base en las políticas de la Institución y en casos urgentes, si el paciente es incapaz de tomar una decisión para su diagnóstico y tratamiento y en ausencia de su representante legal, el personal de salud podrá aplicar las medidas que considere pertinentes y sean profesionalmente aceptadas.

11.- Es deber de los médicos y de las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica o aguda y no abandonarlos mientras dure su enfermedad o se rehabilite.

12.- El prestador de servicios de salud tiene la responsabilidad de sus enfermos a los que debe estar dispuesto a atender. Tratará de resolver cualquier diferencia o falta de afinidad con algún paciente, reconociéndole su autonomía, y presentándole alternativas en su tratamiento y, sólo cuando lo amerite por no contar con los medios adecuados, lo derivará a otro colega o nivel para su atención.

Capítulo III. El Enfermo como centro de Interés de la Bioética:

13.- Los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto. Esto mismo es aplicable a sus familiares, que comúnmente presentan angustias e inquietudes.

14.- El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad.

15.- La información que pudiera producir inquietud o daño psicológico al paciente debe proporcionársele con la prudencia debida, en el momento oportuno, en la extensión que el paciente determine y del modo que el equipo de salud considere más adecuada a las circunstancias para el beneficio del enfermo.

16.- La información de la enfermedad de un paciente debe guardarse con confidencialidad, salvo cuando la normatividad epidemiológica determine su notificación o que sea requerida por orden judicial o instancias legales que correspondan.

17.- La responsabilidad del manejo confidencial de los expedientes clínicos, escritos o en registros electrónicos, recae en todas aquellas personas que tienen acceso a esa información.

18.- Todo paciente tiene derecho a que se le respete su privacidad cuando proporciona información al prestador de servicios, cuando se comunica con sus familiares o cuando su pudor así lo exige. Las instituciones de salud deben contar con los medios para que este precepto se cumpla y el personal cuidará que no se quebrante.

19.- El paciente estará informado de los nombres y cargos del personal de salud que lo trata, sobre la probabilidad de ser atendido por otras personas y dónde acudir a presentar alguna queja.

20.- El enfermo, en cualquier momento de su vida, puede expresar por escrito su voluntad

anticipada para evitar que si sus condiciones no le permiten tomar decisiones o expresarlas, se le apliquen medidas extraordinarias por su alta complejidad o desproporcionadas en relación con los resultados esperados, con las que se intente prolongarle la vida, si no existen probabilidades razonables de regresar a una vida física, psicológica o socialmente aceptable.

Capítulo IV. Potestades Bioéticas del Personal de Salud:

21.- El personal de salud debe realizar, en coordinación con las autoridades competentes, las medidas preventivas pertinentes que sean estrictamente necesarias para el bien de la población y adicionales a la normatividad establecida, tales como saneamiento básico, agua potable, eliminación sanitaria de excretas, control de fauna nociva, inocuidad de alimentos, vacunaciones, aislamiento de pacientes infecto-contagiosos o agresivos y otras acciones que considere convenientes en provecho colectivo.

22.- Las instituciones de salud, de acuerdo con su nivel de atención, deberán proporcionar con oportunidad en calidad y cantidad suficientes, el equipo, instrumental, materiales de consumo y medicamentos que requiere el personal para proporcionar la adecuada atención.

23.- Los prestadores de servicios de salud, deben actualizar y certificar sus conocimientos y destrezas para otorgar a sus pacientes la mejor atención posible. Las instituciones oficiales o privadas donde laboran estarán comprometidas a realizar actividades académicas y proporcionar los medios de aprendizaje como libros, revistas, programas electrónicos y otros, de acuerdo con los servicios que otorguen.

24.- Es responsabilidad de los directivos y docentes de las instituciones académicas que preparen profesionales y técnicos en las ramas del cuidado de la salud, que la capacitación sea del más alto nivel, con el apoyo de las instituciones de salud.

25.- Los miembros del equipo de salud tienen derecho a percibir una remuneración adecuada por su trabajo, en relación con su capacidad profesional y el número de horas que laboran en la institución, o según el acuerdo previo que hayan tenido con un paciente privado. Esta remuneración debe tener relación con las costumbres y el nivel socioeconómico de la población, sin caer en abusos y con un espíritu de condescendencia y compasión por los pacientes con escasos recursos.

26.- El personal de salud puede expresar a las autoridades directivas y administrativas de la institución con toda libertad y respeto las ideas que considere pueden beneficiar a la institución y a los pacientes. Con este criterio, si un miembro del equipo de salud considera que algún reglamento o alguna ley son injustos, pondrá su empeño en que las instancias modifiquen esas disposiciones por los canales debidos.

27.- El personal de salud deberá contar con las instalaciones, equipos, instrumentos y materiales para el desempeño de sus actividades con las medidas de higiene, protección y seguridad. De no contar con ellos, podrá rehusarse a aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sin contravenir los principios bioéticos, manifestándolo por escrito y procurando que el paciente sea referido a otra unidad médica.

28.- El personal de salud podrá rehusarse a aplicar medidas diagnósticas y terapéuticas que a su juicio pongan en riesgo la vida, la función de los pacientes o su descendencia, bien sea a petición de los propios pacientes, de sus superiores jerárquicos o autoridades institucionales, cuando se oponga a la práctica médica comúnmente aceptada, a los principios bioéticos, a sus capacidades profesionales o a razones de objeción de conciencia.

Capítulo VI. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud:

36.- La capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios de salud.

37.- Es deber del equipo de salud transmitir sus conocimientos a sus colegas, alumnos, pacientes y a la sociedad en general. La enseñanza y la información sobre los medios para proteger la salud han de ser consideradas como unas de las obligaciones más relevantes de los prestadores de salud.

38.- Las dicotomías o dividendos económicos entre el personal de salud por la derivación de pacientes a otros médicos, laboratorios y gabinetes, o por la prescripción de tratamientos son actos inaceptables, contrarios a la dignidad y a la ética de los profesionales y técnicos de la salud y al bienestar del paciente.

39.- El personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo.

1.2.10 Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

En el año 2001, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico definió un proyecto en el cual se plantearon los derechos de los pacientes frente al médico que le otorga la atención y se finalizó con el diseño de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes; los cuales se encuentran amparados en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud, todos los derechos fueron resumidos en 10 artículos; los cuales son:

Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.⁴²

1. Recibir atención médica adecuada.

La paciente o el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2.- Recibir trato digno y respetuoso.

⁴² Carta de los Derechos Generales de las Paciente y los Pacientes, 2001.

La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3.- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4.- Decidir libremente sobre su atención.

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5.- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un

riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

6.- Ser tratado con confidencialidad.

La paciente o el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sometido de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

7.- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

La paciente o el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8.- Recibir atención médica en caso de urgencia.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, la paciente o el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9.- Contar con un expediente clínico.

La paciente o el paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la

atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10.-Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

La paciente o el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

1.2.11 Carta de los Derechos Generales de los Médicos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico tuvo que definir un proyecto como el que fue planteado para los Derechos Generales de los Pacientes; y esto debido a que, al realizar la carta de derechos para el paciente, se recurría a excluir a una de las partes implicadas en el proceso, porque una parte brinda atención, pero otra la otorga; es decir, que existe un binomio paciente- médico formando una relación de carácter bilateral entre estos dos; así que se concluyó con el diseño de la Carta de los Derechos Generales de las Médicas y los Médicos. Y cuyo objetivo es hacer explícitos los principios básicos de la práctica médica, de los que brindan servicios de atención médica; pero estos derechos no son para ser confrontados con los derechos del paciente, pues ambos se vinculan con un conjunto de valores universales propios de una actividad profesional profundamente humanista como la medicina.

Carta de los derechos Generales de los Médicos.⁴³

1.- Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.

El médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutico) y su libertad prescriptiva, así como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.

2.- Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.

El médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medidas de seguridad e higiene, incluidas las que marca la ley, de conformidad con las características del servicio a otorgar

3.- Tener a su disposición los recursos que requiere su practica profesional.

Es un derecho del médico, recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar.

4.- Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.

El médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.

⁴³ Carta de los Derechos Generales de las Médicas y los Médicos, 2001.

5.- Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.

El médico derecho tiene al recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud.

6.- Tener acceso a educación medica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.

El médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.

7.- Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.

El médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.

8.- Asociarse para promover sus intereses profesionales.

El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la Ley.

9.- Salvaguardar su prestigio profesional.

El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad y en su caso el

resarcimiento del daño causado.

10.- Percibir remuneración por los servicios prestados.

El médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

El objetivo de presentar los derechos del médico en este trabajo, es debido a que se encuentra vinculado a la exploración de tipo y forma de relación en la cual se desarrolla entre los médicos de base, pero principalmente entre los médicos residentes de las diferentes áreas de especialización.

1.3. Conocimiento de quejas y problemas presentes en la UMAE H. Oncología, mediante un análisis bajo los principios Bioéticos.

1.3.1. Problemas y quejas referidas por pacientes contra el personal médico- quirúrgico. Análisis bajo principios Bioéticos, comparando con Declaración Universal de los Derechos Humanos, Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, Código de Conducta del Personal de Salud y el Código de Bioética del Personal de Salud.

Análisis de Quejas presentadas en el año 2010 al Departamento de Atención al Derechohabiente

Se realizó una recolección de quejas registradas con carácter formal en el departamento de Atención al Derechohabiente de la Unidad Médica; en el entendido que una queja de carácter formal es la que

interpone el derechohabiente o usuario del Instituto mediante un escrito, especificando tipo y forma de queja, relatando hechos ocurridos y llegando a identificar el agente del motivo de queja. Al realizar la clasificación de las quejas presentadas con carácter formal al departamento de atención al derechohabiente, se encontró que en el año 2010, fueron presentas 259 quejas; de las cuales se presenta la siguiente tabla:

| Concepto | % | No. |
|------------------------------|---------|-----|
| Maltrato | 48% | 124 |
| Demora para recibir atención | 29% | 75 |
| Falta de información | 9% | 23 |
| Error | 6% | 16 |
| Falta de Higiene | 5% | 13 |
| Infraestructura | 3% | 8 |
| | 100.00% | 259 |

Al analizar las categorías sobre la tipología de quejas se encuentra que en primer lugar se ubica la queja con el rubro “Maltrato”, entendiendo esta palabra como “Tratar mal a alguien de palabra u obra; y menoscabar, echar a perder”⁴⁴. siendo que las quejas que se presentaron, especifican haber sido de tipo verbal ante la comunicación, sin llegar a presentar “maltrato físico”; siendo así, ninguna hace alusión a algún aspecto físico o sexual, solo concretando el “Maltrato” al aspecto verbal sobre el paciente y familiar.

Pero el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben

⁴⁴

Diccionario de Real Academia Española 2013

comportarse fraternalmente los unos con los otros”⁴⁵. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”⁴⁶ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”⁴⁷. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioetica en la Prestación de Servicios

⁴⁵ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

⁴⁶ Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

⁴⁷ Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”⁴⁸ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”⁴⁹. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”⁵⁰.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 124 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 744 |

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2010 124 quejas de “Maltrato” dando un total de 744 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No

⁴⁸ Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

⁴⁹ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

⁵⁰ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Vinculantes que no fueron respetados.

Al continuar con el análisis se encuentra el concepto de “Demora para recibir Atención”, el cual podría afectar al Artículo 8 de la carta de los derechos Generales; pero en la carta se especifica que atención médica en caso de urgencia y la queja esta enfocada sobre el tiempo de espera entre consulta y consulta, por lo tanto no se encuentra afectado el Artículo 8 de la misma Carta.

Ante el concepto de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el

personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”⁵¹, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”⁵².

Realizando más detenidamente el análisis de quejas y al revisar los agentes agresores, se encontró que las categorías que las generaron fueron:

| Categoría | % | No. |
|-------------------|---------|-----|
| Médicos | 33% | 85 |
| Asistente Médica | 19% | 49 |
| Enfermeras | 17% | 44 |
| A.U.O. | 13% | 34 |
| Vigilante | 7% | 18 |
| Servicios Básicos | 7% | 18 |
| Trabajo Social | 4% | 10 |
| | 100.00% | 259 |

Ante el análisis y clasificación de los agentes agresores, se encontró que en el 2010 los Médicos de la Unidad generaron mayor alteración en la atención al paciente, registrando un total de 33% de las quejas

⁵¹ Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

⁵² Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

presentadas de carácter formal en la Unidad Médica descrita; seguido por el personal de Asistentes Médicas con el 19% de las quejas; posteriormente se encuentran las Enfermeras con el 17% de quejas. Representando estas tres ramas el 69% de todas las quejas presentadas en la atención en el medio hospitalario con el paciente y su familiar y siendo estas tres mismas categorías las que realizan la atención del paciente.

Pero que el personal médico sea el causante del 33% de las quejas, refleja una alteración en la relación del Binomio Médico- Paciente, no realizando el *Telos de la Medicina*.

Análisis de Quejas presentadas en el año 2011 al Departamento de Atención al Derechohabiente.

Se realizó una recolección de quejas registradas con carácter formal en un departamento de Atención al Derechohabiente de una Unidad Médica de Tercer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el entendido que una queja de carácter formal es la que interpone el derechohabiente o usuario del Instituto mediante un escrito, especificando tipo y forma de queja, relatando hechos ocurridos y llegando a identificar el agente del motivo de queja. Al realizar la clasificación de las quejas presentadas con carácter formal al departamento de atención al derechohabiente de la Unidad Médica en cuestión, se encontró que en el año 2011, fueron presentas 204 quejas; de las cuales se presenta la siguiente tabla:

| Concepto | % | No. |
|------------------------------|---------|-----|
| Maltrato | 47% | 95 |
| Demora para recibir atención | 27% | 56 |
| Falta de información | 10% | 21 |
| Error | 8% | 17 |
| Falta de Higiene | 5% | 10 |
| Infraestructura | 1% | 2 |
| Divulgación de Datos | 1% | 3 |
| | 100.00% | 204 |

Al analizar las categorías sobre la tipología de quejas se encuentra que en primer lugar se ubica la queja con el rubro “Maltrato”, entendiendo esta palabra como “Tratar mal a alguien de palabra u obra; y menoscabar, echar a perder”⁵³. siendo que las quejas que se presentaron, especifican haber sido de tipo verbal ante la comunicación, sin llegar a presentar “maltrato físico”; siendo así, ninguna hace alusión a algún aspecto físico o sexual, solo concretando el “Maltrato” al aspecto verbal sobre el paciente y familiar.

Pero el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”⁵⁴. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus

⁵³ Diccionario de Real Academia Española 2013

⁵⁴ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”⁵⁵ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”⁵⁶. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”⁵⁷ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”⁵⁸. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y

55 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

56 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

57 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

58 Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”⁵⁹.

Al realizar la clasificación de la queja bajo el concepto de “Maltrato” y comparar sobre las categorías que generaron la acción se encuentra que:

| Maltrato | % | No. |
|------------------|---------|-----|
| Trabajo Social | 22% | 21 |
| Asistente Médica | 19% | 18 |
| Enfermería | 19% | 18 |
| Médico | 19% | 18 |
| A.U.O. | 9% | 9 |
| Vigilante | 6% | 6 |
| Técnico | 4% | 4 |
| Psicóloga | 1% | 1 |
| | 100.00% | 95 |

Ante el análisis y clasificación de los agentes que generaron maltrato en el paciente, se encontró que en el 2011 las Trabajadoras Sociales de la Unidad generaron mayor alteración en la atención al paciente, registrando un total de 22% de las quejas presentadas de carácter formal en la Unidad Médica descrita; seguido por el personal de Asistentes Médicas con el 19% de las quejas; posteriormente se encuentran las Enfermeras con el 19% de quejas y en ese mismo porcentaje de causante de queja se encuentra el personal médico también con 19%; siendo estas las figuras responsables de la atención del paciente, pero el médico y enfermera de la atención médica, que representaría el 36% de las quejas de maltrato y para las categorías de Trabajadoras Sociales y Asistentes médicas que son categorías que se encuentran en contacto con el paciente de forma asistencial; estas, en conjunto representan el 39% de las quejas por el concepto de “Maltrato”.

⁵⁹

Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2011 , 95 quejas de “Maltrato” dando un total de 570 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 95 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 570 |

Al continuar con el análisis se encuentra el concepto de “Demora para recibir Atención”, el cual podría afectar al Artículo 8 de la carta de los derechos Generales; pero en la carta se especifica que atención médica en caso de urgencia y la queja esta enfocada sobre el tiempo de espera entre consulta y consulta, por lo tanto no se encuentra afectado el Artículo 8 de la misma Carta.

Al realizar la clasificación de la queja bajo el concepto de “Demora para recibir la atención” y comparar sobre las categorías que generaron la acción se encuentra que:

| Demora para recibir atención | % | No. |
|------------------------------|---------|-----|
| Médico | 34% | 19 |
| Asistente Médica | 21% | 12 |
| A.U.O. | 16% | 9 |
| Técnico | 13% | 7 |
| Auxiliar General | 5% | 3 |
| Dietista | 5% | 3 |
| Enfermería | 5% | 3 |
| | 100.00% | 56 |

Ante el concepto de “Falta de Información”, ante esta queja se está afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y

calidez, respetando la dignidad humana”⁶⁰, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”⁶¹.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2011, 21 quejas de “Falta de Información” dando un total de 63 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Falta de Información | Art. | No. |
|-------------------------------------|------|-----|
| | | 21 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 | 63 |

Al realizar la clasificación de la queja bajo el concepto de “Falta de Información” y comparar sobre las

⁶⁰ Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

⁶¹ Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

categorías que generaron la acción se encuentra que:

| Falta de información | % | No. |
|----------------------|---------|-----|
| Médico | 67% | 14 |
| Asistente Médica | 24% | 5 |
| A.U.O. | 10% | 2 |
| | 100.00% | 21 |

En este análisis se muestra que el agente que genero más alteraciones en el proceso de comunicar información para ayudar al paciente en la toma de decisiones, fue el mismo médico tratante; al cual, le son atribuidas el 67% de las quejas presentadas bajo este concepto y aun siendo el responsable sanitario; ante esto, se puede traducir que el medico no procura al paciente con información sobre su estado actual y proceso médico, pudiendo generar alteraciones futuras que pudieran llegar a afectar la capacidad de decisión en el paciente. El 24% de las quejas sobre este mismo rubro corresponden al área de asistentes médicas, en esta área el problema de comunicación o falta de información será traducida en problemas para concretar citas, generando retraso en estudios de gabinete o citas médicas.

Al realizar la clasificación de la queja bajo el concepto de “Robo” y comparar sobre las categorías que generaron la acción se encuentra que:

| Robo | % | No. |
|-------------------|---------|-----|
| Servicios Básicos | 50% | 2 |
| Técnico | 25% | 1 |
| Vigilante | 25% | 1 |
| | 100.00% | 4 |

Análisis de Quejas presentadas en el año 2012 al Departamento de Atención al Derechohabiente.

Se realizó una recolección de quejas registradas con carácter formal en un departamento de Atención al Derechohabiente de una Unidad Médica de Tercer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el entendido que una queja de carácter formal es la que interpone el derechohabiente o usuario del Instituto mediante un escrito, especificando tipo y forma de queja, relatando hechos ocurridos y llegando a identificar el agente del motivo de queja. Al realizar la clasificación de las quejas presentadas con carácter formal al departamento de atención al derechohabiente de la Unidad Médica en cuestión, se encontró que en el año 2012, fueron presentas 158 quejas; de las cuales se presenta la siguiente tabla:

| Concepto | % | No. |
|------------------------------|---------|-----|
| Maltrato | 34% | 54 |
| Demora para recibir atención | 35% | 55 |
| Negativa | 13% | 21 |
| Higiene | 10% | 16 |
| Información | 8% | 12 |
| | 100.00% | 158 |

Al analizar las categorías sobre la tipología de quejas se encuentra que en primer lugar se ubica la queja con el rubro “Maltrato”, entendiendo esta palabra como “Tratar mal a alguien de palabra u obra; y menoscabar, echar a perder”⁶². siendo que las quejas que se presentaron, especifican haber sido de tipo verbal ante la comunicación, sin llegar a presentar “maltrato físico”; siendo así, ninguna hace alusión a algún aspecto físico o sexual, solo concretando el “Maltrato” al aspecto verbal sobre el paciente y familiar.

⁶²

Diccionario de Real Academia Española 2013

Pero el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”⁶³. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”⁶⁴ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones

⁶³ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

⁶⁴ Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

personales y morales”⁶⁵. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”⁶⁶ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”⁶⁷. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”⁶⁸.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2012 , 54 quejas de “Maltrato” dando un total de 324 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

⁶⁵ Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

⁶⁶ Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

⁶⁷ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

⁶⁸ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 54 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 324 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Al continuar con el análisis se encuentra el concepto de “Demora para recibir Atención”, el cual podría afectar al Artículo 8 de la carta de los derechos Generales; pero en la carta se especifica que atención médica en caso de urgencia y la queja esta enfocada sobre el tiempo de espera entre consulta y consulta, por lo tanto no se encuentra afectado el Artículo 8 de la misma Carta.

En la queja interpuesta bajo el concepto de “Negativa” los pacientes hacían referencia a la forma de contestación del personal, refiriendo que el trato era de forma “despectiva”, entendiendo como significado “Dicho de una palabra o de un sufijo: Que manifiesta idea de menosprecio en la significación del positivo del que procede”⁶⁹, pudiendo ser evaluada como una forma de maltrato con todas las condicionantes que se han mencionado para la misma queja.

⁶⁹

Diccionario de Real Academia Española 2013

Analizado la queja de “Negativa” entendida como “despectiva” ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”⁷⁰. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”⁷¹ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la

70

Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

71

Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”⁷². así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”⁷³ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”⁷⁴. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”⁷⁵.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2012 , 21 quejas de “Negativa” dando un total de 126 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

⁷² Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

⁷³ Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

⁷⁴ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

⁷⁵ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

| Negativa | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 21 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 126 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “Negativa” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Ante la queja de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado

de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”⁷⁶, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”⁷⁷.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2012, 12 quejas de “Falta de Información” dando un total de 36 artículos provenientes de

⁷⁶ Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

⁷⁷ Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Falta de Información | Art. | No. |
|-------------------------------------|------|-----|
| | | 12 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 | 36 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

Análisis de Quejas presentadas en el año 2013 al Departamento de Atención al Derechohabiente.

Se realizó una recolección de quejas registradas con carácter formal en un departamento de Atención al Derechohabiente de una Unidad Médica de Tercer Nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el entendido que una queja de carácter formal es la que interpone el derechohabiente o usuario del Instituto mediante un escrito, especificando tipo y forma de queja, relatando hechos ocurridos y llegando a identificar el agente del motivo de queja. Al realizar la clasificación de las quejas presentadas con carácter formal al departamento de atención al derechohabiente de la Unidad Médica

en cuestión, se encontró que en el año 2013, fueron presentas 279 quejas; de las cuales se presenta la siguiente tabla:

| Concepto | % | No. |
|------------------------------|---------|-----|
| Maltrato | 39% | 110 |
| Demora para recibir atención | 16% | 46 |
| Higiene | 8% | 22 |
| Información | 14% | 38 |
| Infraestructura | 23% | 63 |
| | 100.00% | 279 |

Al analizar las categorías sobre la tipología de quejas se encuentra que en primer lugar se ubica la queja con el rubro “Maltrato”, entendiendo esta palabra como “Tratar mal a alguien de palabra u obra; y menoscabar, echar a perder”⁷⁸. siendo que las quejas que se presentaron, especifican haber sido de tipo verbal ante la comunicación, sin llegar a presentar “maltrato físico”; siendo así, ninguna hace alusión a algún aspecto físico o sexual, solo concretando el “Maltrato” al aspecto verbal sobre el paciente y familiar.

Pero el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”⁷⁹. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato

⁷⁸ Diccionario de Real Academia Española 2013

⁷⁹ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”⁸⁰ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”⁸¹. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”⁸² y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto

80 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

81 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

82 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”⁸³. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”⁸⁴.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2013 , 110 quejas de “Maltrato” dando un total de 660 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 110 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 660 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el

⁸³ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

⁸⁴ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Al realizar la clasificación de la queja bajo el concepto de “Maltrato” y comparar sobre las categorías que generaron la acción se encuentra que:

| Maltrato | % | No. |
|------------------|---------|-----|
| Médico | 24% | 26 |
| Asistente Médica | 20% | 22 |
| Enfermería | 17% | 18 |
| A.U.O. | 13% | 14 |
| Otros | 26% | 28 |
| | 100.00% | 108 |

Ante el análisis y clasificación de los agentes que generaron maltrato en el paciente, se encontró que en el 2013 el personal Médico de la Unidad genero mayor alteración en la atención al paciente, registrando un total del 24% de las quejas presentadas de carácter formal en la Unidad Médica descrita; seguido por el personal de Asistentes Médicas con el 20% de las quejas; posteriormente se encuentran las Enfermeras con el 17% de quejas, siendo estas tres las figuras responsables de la atención del paciente, pero el Médico y Enfermera de la atención directa, que representa el 44% de las quejas de maltrato presentadas de carácter formal. El personal auxiliar de oficinas también figura como agente agresor con el 13%; y restando el 26% a personal de limpieza, seguridad, mantenimiento.

Al continuar con el análisis se encuentra el concepto de “Demora para recibir Atención”, el cual podría afectar al Artículo 8 de la carta de los derechos Generales; pero en la carta se especifica que atención médica en caso de urgencia y la queja esta enfocada sobre el tiempo de espera entre consulta y

consulta, por lo tanto no se encuentra afectado el Artículo 8 de la misma Carta.

Ante la queja de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”⁸⁵, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha

85

Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”⁸⁶.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2013, 38 quejas de “Falta de Información” dando un total de 114 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Falta de Información | Art. | No. |
|-------------------------------------|------|-----|
| | | 38 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 | 114 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el

86

Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

1.3.2. Problemas y quejas referidas por médicos residentes contra el personal médico- quirúrgico. Análisis bajo principios Bioéticos. Comparando con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Carta a los Derechos Generales del Médico y el Código de Conducta del Personal Sanitario.

Junto con la Dirección de Educación e Investigación Clínica de la Unidad Médica de Alta Especialidad, se realizó la aplicación de un test con carácter anónimo que consta de doce items para responder por el médico residente, el objetivo del test es para conocer la evolución en la relación entre iguales, superiores e inferiores en jerarquía de mando en las Residencias Médicas de la misma Unidad Médica. El test se realizó tomando en consideración la Carta de los Derechos Generales de los Médicos y el Código de Conducta del Personal Sanitario así como la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se aplicó en una sola sesión en el Auditorio de la Unidad Médica el día 1 de Noviembre del 2013; encontrándose presentes 57 residentes de las Diferentes Sub-especialidades Oncológicas; faltando 28 residentes, siendo estos los de menor jerarquía; ya que no les fue permitido acudir a ser evaluados; al solicitar explicación del motivo, se manifestó que “por necesidades de la unidad y de los servicios los residentes no les fue permitido acudir” siendo esta información referida por médicos de base de los servicios a la Dirección de Enseñanza de la Unidad Médica.

De los 57 residentes que realizaron la encuesta, se encontró que:

- 3 residentes que corresponden al 5% de los residentes encuestados, refirieron haber presentado problemas con residentes de mayor jerarquía; entre los que se refirieron “Acoso Sexual, Falta de respeto e Injusticia”.
- 5 residentes que corresponden al 9% de los residentes encuestados, refirieron haber presentado problemas con residentes de menor jerarquía; entre los que se refirieron “Falta de Respeto e Injusticia”.
- 1 residente que corresponde al 2% de los residentes encuestados, refirió haber presentado problemas con residentes de igual jerarquía; entre los que se refirió “Falta de Respeto”.
- 3 residentes que corresponden al 5% de los residentes encuestados, refirieron haber presentado problemas con médicos de base; entre los que se refirieron “Falta de Respeto”.
- 18 residentes que corresponden al 5% de los residentes encuestados, refirieron haber presentado problemas con residentes de mayor jerarquía; entre los que se refirieron “Falta de Respeto, Injusticia, Maleficencia y Atentado”.

Al realizar la exploración sobre cada queja que fue reflejada en el cuestionario anónimo, se encuentra que:

Acoso Sexual.

Ante el problema de “Acoso Sexual” se encuentra que no fueron respetado el artículo 1o de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”⁸⁷. Y al realizar una insinuación de tipo sexual a una persona que no esta dispuesta a tener ese tipo de contacto, no se le esta respetando su derecho a la libertad como sujeto- persona a ejercer su sexualidad de forma que ella desee; evidentemente se esta recayendo en generar maleficencia directamente. Continuando con esta problemática reflejada en las encuestas y analizando esta acción con el Código de Conducta para el Personal de Salud; no se respetó el estándar 3o referente a los estándares de conducta y especifica que “La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora”⁸⁸, evidentemente ante el actuar sobre un hecho de acoso sexual, no se esta respetando dicho código; siguiendo con el mismo análisis, pero aplicando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se respeto el artículo 36, que refiere “La capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios de salud”⁸⁹ y tampoco se respetó el artículo 5 de la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal

⁸⁷ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

⁸⁸ Estándares de Comportamiento. Código de Conducta para el Personal de Salud 2002.

⁸⁹ Art. 36. Cap. IV Código Bioética Personal de Salud 2002

relacionado con su trabajo profesional⁹⁰, este actuar sobre el “Acoso Sexual” se esta recayendo en la maleficencia de forma directa sobre la persona y al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” que se encuentran afectado el concerniente concepto “Acoso Sexual” siendo derivado de la relación entre los residentes (personal médico-sanitario), se manifiesta que se encuentran afectados en total 4 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron 1 queja en las encuestas anónimas da un total de 4 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Acoso Sexual | Art. | No. |
|------------------------------------|------|-----|
| | | 1 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 36 | |
| Derechos Generales del Médico | 5 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 4 | 4 |

No respetando los Principios Biéticos de: Justicia, porque al ser catalogado por la persona receptora como “Acoso” evidentemente se encuentra en el desacuerdo de recibir dicho trato; no Respetando la Beneficencia de la persona porque esta recibiendo retroalimentación que no desea y le perjudica, generando así el Nulo respeto a la No Maleficencia y generando dicha acción, un Maleficio sobre esta. Solo encontrándose respetada la Autonomía porque la ejerció al negar dicha acción.

⁹⁰

Art. 5. Carta de los Derechos Generales de las Médicas y los Médicos, 2001.

Falta de Respeto.

Ante el problema de “Falta de Respeto” se encuentra que no fue respetado el artículo 1o de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”⁹¹. Y al realizar una acción en la cual no se respeta a la otra persona, no se le está dando el lugar que merece como persona, recayendo en generar maleficencia directamente. Continuando con esta problemática reflejada en las encuestas y analizando esta acción con el Código de Conducta para el Personal de Salud; no se respetó el estándar 3o referente a los estándares de conducta y especifica que “La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora”⁹², evidentemente ante el faltar al respeto no se está respetando dicho código; siguiendo con el mismo análisis, pero aplicando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se respetó el artículo 36, que refiere “La capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios de salud”⁹³; del mismo código no se respetó el artículo 39, el cual menciona que “El personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo”⁹⁴ y ante la exhibición del error de forma “irrespetuosa o “burlona” no se está haciendo valer este artículo; pero tampoco se respetó el artículo 5 de la Carta de los

91 Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

92 Estándares de Comportamiento. Código de Conducta para el Personal de Salud 2002.

93 Art. 36. Cap. IV Código Bioética Personal de Salud 2002

94 Art. 39. Cap. IV Código Bioética Personal de Salud 2002

Derechos Generales de los Médicos, “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional⁹⁵, este actuar sobre “Falta de Respeto” se esta recayendo en la maleficencia de forma directa sobre la persona y analizando bajo los códigos y al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” que se encuentran el concerniente concepto “Falta de Respeto” hacia el Médico residente derivado de la relación entre los residentes (personal médico- sanitario) y los pacientes, se manifiesta que se encuentran afectados en total 5 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron 9 quejas en las encuestas anónimas dando un total de 45 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Falta de Respeto | Art. | No. |
|------------------------------------|---------|-----|
| | | 9 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 36 y 39 | |
| Derechos Generales del Médico | 5 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 5 | 45 |

No respetando los Principios Biéticos de: No Maleficencia porque al no respetar a la persona se esta recayendo sobre la Maleficencia evidentemente haciendo todo lo contrario a lo que sería el Beneficiar a la Persona (residente) realizando por así decirlo la No Beneficencia; negando en todo momento la Justicia sobre la persona, porque al no darle el respeto que se merece por el simple hecho de ser persona, no se le resta dignidad, pero si se le otorga un trato No Justo. Generando así el Nulo respeto a la No Maleficencia y generando dicha acción Maleficencia. Encontrándose respetada como único principio la Autonomía del residente porque siempre la

⁹⁵

Art. 5. Carta de los Derechos Generales de las Médicas y los Médicos, 2001.

ejerció.

Injusticia.

Ante el problema de “Injusticia”, se encontrarían afectados el artículo 1o de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”⁹⁶. Y al realizar una acción injusta sobre una persona, no se le está dando el lugar que merece como persona generando maleficencia directamente. También se podría analizar esta acción con el Código de Conducta para el Personal de Salud; viéndose afectado el artículo 3o de los estándares de conducta que especifica sobre “La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora”⁹⁷, pero ante las quejas reportadas no se presentan dichas afirmaciones; siguiendo con el mismo análisis, pero aplicando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se respetó el artículo 36, que refiere “La capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios de salud”⁹⁸; y ante las aclaraciones sobre la “Injusticia” referida no se hizo valer dicho artículo; pero se respetó el artículo 5 de la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal

⁹⁶ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

⁹⁷ Estándares de Comportamiento. Código de Conducta para el Personal de Salud 2002.

⁹⁸ Art. 36. Cap. IV Código Bioética Personal de Salud 2002

relacionado con su trabajo profesional⁹⁹, sobre las quejas de “Injusticia” referidas así que sobre la analizando bajo los códigos y al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” que se encuentran afectados ante el concerniente concepto “Injusticia” hacia el Médico residente derivado de la relación entre los residentes (personal médico- sanitario) y los pacientes, se podrían encontrar afectados 5 artículos; pero sobre la “injusticia de sobre carga de trabajo” solo se encuentra afectado 1 artículo proveniente de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fue respetado.

| Injusticia | Art. | No. |
|------------------------------------|------|-----|
| | | 1 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 0 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 36 | |
| Derechos Generales del Médico | 0 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 1 | 1 |

Los residentes han manifestado como “Injusticia” el hecho de presentar “sobrecarga de trabajo”; “muy poca ayuda por parte de otros residentes”. No encontrándose respetado el Principio de Justicia, sobre la distribución de trabajo, pero dependerá la carga de trabajo de las necesidades del servicio o del como se encuentre la consulta ese día en el servicio en el que se encuentre rotando el médico residente. Se respetaron los Principios de Beneficencia, No Maleficencia y Autonomía ante el manifiesto de quejas bajo el rubro de “injusticia” que fueron presentadas en las encuestas, solo llegando a ser ligeramente cuestionada la Justicia sobre la distribución de trabajo.

⁹⁹

Art. 5. Carta de los Derechos Generales de las Médicas y los Médicos, 2001.

Maleficencia.

El problema de “Maleficencia” y el registro sobre esa queja, se presenta “Agresión Verbal” llegando a ser analizada como “Falta de Respeto” o inclusive como “Maltrato”. Pero será analizada con la problemática descrita por los residentes y ante la composición de la queja “Maleficencia” se encuentra que no fueron respetado el artículo 1o de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”¹⁰⁰. Y al realizar una acción en la cual no se respeta a la otra persona, no se le esta dando el lugar que merece como persona. recayendo en generar maleficencia directamente. Continuando con esta problemática reflejada en las encuestas y analizando esta acción con el Código de Conducta para el Personal de Salud; no se respetó el estándar 3o referente a los estándares de conducta y especifica que “La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora”¹⁰¹, evidentemente ante el agredir de forma Verbal, no se esta respetando dicho código; siguiendo con el mismo análisis, pero aplicando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se respeto el artículo 36, que refiere “La capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios de salud¹⁰²; y ante la agresión verbal no se esta haciendo valer este artículo; pero tampoco se respetó el artículo 5 de la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, “Recibir

¹⁰⁰ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

¹⁰¹ Estándares de Comportamiento. Código de Conducta para el Personal de Salud 2002.

¹⁰² Art. 36. Cap. IV Código Bioética Personal de Salud 2002

trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional¹⁰³, este actuar sobre “Maleficencia” y el tipo de problemas descritos por el residente en este rubro, evidentemente se esta recayendo en la maleficencia de forma directa sobre la persona y analizando bajo los códigos y al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” que se encuentran el concerniente concepto “Maleficencia” hacia el Médico residente derivado de la relación entre los residentes (personal médico- sanitario) y los pacientes, se manifiesta que se encuentran afectados en total 4 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron 2 quejas en las encuestas anónimas dando un total de 8 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maleficencia | Art. | No. |
|------------------------------------|------|-----|
| | | 2 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 36 | |
| Derechos Generales del Médico | 5 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 4 | 8 |

No respetando los Principios Biéticos de: No Maleficencia porque al no respetar a la persona se esta recayendo sobre la Maleficencia evidentemente haciendo todo lo contrario a lo que sería el Beneficiar a la Persona (residente) realizando por así decirlo la No Beneficencia; negando en todo momento la Justicia sobre la persona, porque al no darle el respeto que se merece por el simple hecho de ser persona, no se le resta dignidad, pero si se le otorga un trato No Justo. Generando así el Nulo respeto a la No Maleficencia y generando dicha acción Maleficencia. Encontrándose respetada como único principio la Autonomía del residente porque siempre la

¹⁰³

Art. 5. Carta de los Derechos Generales de las Médicas y los Médicos, 2001.

ejerció.

Atentado

Ante el problema de “Atentado” se encuentra que el residente fue obligado a realizar una acción en contra de su forma de pensar y actuar, teniendo que realizarla; así que se encuentra que no fueron respetado el artículo 1o de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”¹⁰⁴. Y al realizar una acción en la cual no se respeta a la otra persona, no se le esta dando el lugar que merece como persona. recayendo en generar maleficencia directamente. Continuando con esta problemática reflejada en las encuestas y analizando esta acción con el Código de Conducta para el Personal de Salud; no se respetó el estándar 3o referente a los estándares de conducta y especifica que “La relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o de la institución donde labora”¹⁰⁵, evidentemente al obligar a una persona no se le esta respetando no se esta respetando dicho código; siguiendo con el mismo análisis, pero aplicando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se respeto el artículo 36, que refiere “La capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios de salud¹⁰⁶; y ante la acción

104 Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

105 Estándares de Comportamiento. Código de Conducta para el Personal de Salud 2002.

106 Art. 36. Cap. IV Código Bioética Personal de Salud 2002

descrita por el residente no se actuó de forma armónica de del médico de base para con este mismo; pero tampoco se respetó el artículo 5 de la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional¹⁰⁷, porque al obligarle a una persona a actuar como no desea no se le esta dando un trato digno se esta recayendo en la maleficencia de forma directa sobre la persona y analizando bajo los códigos y al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” que se encuentran el concerniente concepto “Atentado” hacia el Médico residente derivado de la relación entre los residentes (personal médico- sanitario) y los pacientes, se manifiesta que se encuentran afectados en total 4 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registro 1 queja en las encuestas anónimas dando un total de 4 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Atentado | Art. | No. |
|------------------------------------|------|-----|
| | | 1 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 36 | |
| Derechos Generales del Médico | 5 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 4 | 4 |

No respetando los Principios Biéticos de: Autonomía, debido a que al obligarle al residente a actuar en contra de su forma de pensar y que con su actuar generará un mal buscando un bien, no se puede hablar de un principio de Doble efecto, ya que en primera instancia el primer actuar esta intencionado a generar un mal. No se esta respetando la Justicia, ya que con la coerción se afecta al residente y a la persona que al tener mejor rango no puede cuestionar al médico de base. No se

¹⁰⁷

Art. 5. Carta de los Derechos Generales de las Médicas y los Médicos, 2001.

esta respetando la Beneficencia en el residente, ya que al obligarle a realizar algo que va en contra de su voluntad se esta recayendo en la Maleficencia.

1.4 Conocimiento y clasificación de Demandas presentadas en contra de la UMAE H. Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Se han presentado y ejecutado 6 juicios en Material Civil, correspondiendo a demandas por Daño Moral en contra de la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Y actualmente se encuentran 6 casos en revisión que son potencialmente instancias de Materia Civil para Daño Moral.

Del Año 2011 a la fecha se contaba con 8 reclamos, llevados en dos instancias diferentes; 2 de estos casos se encuentran en los Juzgados Civiles del Tribunal Superior de Justicia del DF y 6 en los Juzgados Competentes del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa (a esta instancia se han comenzado a turnar todos los casos desde el año 2012). Dando un total de 8 reclamos presentados en dos instancias; los conceptos en los cuales fueron presentados son:

- 2 reclamos bajo el concepto de “Indemnización por Gastos Médicos”
- 6 reclamos bajo el concepto de “Indemnización por Gastos Médicos e Indemnización por Responsabilidad Civil y Daño Moral”

De estos 8 reclamos:

- 2 reclamos han sido resueltos de forma “Desfavorable” para la unidad médica, porque ha tenido que realizar pagos a forma de reintegro por los gastos médicos que le fueron generados al paciente y al familiar por no contar con la infraestructura para poder realizar la intervención oportuna sobre el paciente. Amparando el reclamo, queja al Artículo 77 Bis 36 del Capítulo IX de la Ley General de Salud, en el que se hace mención a los Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios; el cual, especifica que “Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a recibir bajo ningún tipo de discriminación los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública, tanto federal como local, acreditados de su elección de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud”¹⁰⁸, ante esta disposición, la Unidad Médica, se encontraba reparando el equipo; así que por el momento no contaba con la posibilidad de otorgar el procedimiento; siendo canalizada a otra unidad médica, pero a la par también presentaba reparaciones en su equipo. El paciente dispuso de su autonomía y recurrió al medio privado para realizar el procedimiento requerido. En todo caso, al paciente siempre se le otorgó el beneficio y al demostrarse la necesidad del procedimiento y el no tener la posibilidad de otorgársele se tuvo que realizar el pago del mismo.
- 1 reclamo fue resuelto de forma “Favorable”, debido a que la queja fue improcedente tanto para el concepto de “Indemnización por Gastos Médicos” como “Indemnización por Responsabilidad Civil y Daño Moral”. Siendo un caso en el que la paciente se encontraba en fase terminal de la enfermedad quedando solo con medidas de soporte, acudiendo

108

Cap. IX, Art. 77 Bis 36. Ley General de Salud (Última Reforma DOF 27-04-2010)

- 5 reclamos actualmente se encuentran calificados como “Riesgoso” y se encuentran registradas bajo el concepto “Indemnización por Gastos Médicos” e “Indemnización por Responsabilidad Civil y Daño Moral”. Transmutando 3 de estos 5 reclamos a juicios, acumulando un total de \$80,000,000 de pesos por concepto de “Importe Demandado”. Quedando 2 reclamos “Riesgosos” ante el concepto de “Importe Demandado” como “indeterminado”. Por cuestiones de confidencialidad y no maleficencia de la Unidad Médica se omitirá el análisis de estos casos para función de esta tesis, pero si serán integrados y evaluados bajo un Comité de Bioética Hospitalaria; así como la Dirección Médica y Jurídica.

2. Capítulo II. Investigación Documental de Personalidad.

2.1. Definición de personalidad.

En la vida del ser humano siempre se presentan múltiples etapas del desarrollo, llegando a citar a varios autores- psicólogos que ha dedicado su vida profesional a la búsqueda y explicación de las modificaciones que se experimentan en la vida de este, puedo mencionar a Jean Piaget con sus teorías y postulados del “Desarrollo Cognoscitivo”; siendo estas, cuatro etapas, clasificándolas en: la etapa sensoriomotriz, la etapa preoperacional, la etapa de las operaciones concretas y la etapa de las operaciones formales¹⁰⁹; conformando esté postulado tan solo la parte del desarrollo cognoscitivo. Tomando de referencia a Sigmund Freud, este se refiere al desarrollo de la personalidad con respecto a la sexualidad del ser humano, dividiendo y clasificando tres grandes estructuras, siendo estas: Yo, Ello y Super Yo; así como también en el Pre-consciente, Consciente e Inconsciente¹¹⁰. Pero aun así, se pueden mencionar a un sinnúmero de autores que pertenecen a distintas corrientes psicoanalíticas para intentar esclarecer o definir el proceso de cambio, maduración en el ser humano; es decir, etapa de desarrollo en la cual se encuentra un sujeto; pero de cada una de estas se obtendría una respuesta distinta.

Se puede hacer referencia al proceso de maduración de la persona conforme a su personalidad, tomando de base para esta el temperamento y el carácter en la personalidad, realizando una recapitulación de dichos términos; bajo el concepto de Temperamento se pueden englobar todos los aspectos que provienen de la herencia de la persona con respecto al linaje de sus padres y abuelos,

¹⁰⁹ Diane, *Papalia. Desarrollo Humano*, Colombia, Editorial Mc. Graw-Hill, 1995, P 57-93

¹¹⁰ Nicholas, *Dicaprio, Teorías de la Personalidad*, México, Editorial Trillas. 1989, p 37-64

siendo todos estos factores los correspondientes a los factores genéticos. Y bajo el concepto de Carácter a todo aquello de la personalidad que se va formando y adquiriendo con forme el ser humano se encuentra viviendo e interactuando, llegando a asimilar e integrar su personalidad por los procesos de socialización en vida; dentro de estos parámetros de la personalidad se puede hacer referencia a Erick Fromm bajo su definición de “carácter”¹¹¹. Pero aun así, son simples procesos y teorías descriptivas sobre el proceso de personalidad de cada sujeto. Sin llegar a tomar en cuenta o analizar su procesos de socialización- asimilación con referencia a su sociedad- rol- ética- moral.

Cuando una persona puede presentar un proceso introspectivo “consciencia de su autodefinición” presenta un gran avance sobre el resto de las personas, ya que esta es capaz de discriminar sus procesos de interacción con respecto a su sociedad- cultura; llegando a manifestar diferentes personalidades ante diferentes eventos o hechos; siendo esta característica de la personalidad conocida como “automonitoreo” donde la cual es el mismo sujeto- un objeto de estudio sobre su propio perfil de personalidad ante su sociedad; llegando a desarrollar estados de personalidad sobre cada hecho o evento aislado; para así, poder desenvolverse e interactuar sin presentar conflictos de interacción; desarrollando así, procesos de “personalidad estado”¹¹². Todos los seres humanos presentamos procesos y estados de personalidad ante la interacción social, no siendo estos “estados” los definitivos o dominantes sobre nuestra forma de actuar o interactuar sobre el mundo; ya que los estados de personalidad se encuentran principalmente regidos por los conocidos “Rasgos de Personalidad” los cuales llegan a manifestarse sobre todo “estado de personalidad” ante un momento determinado. Siendo el principal factor de descripción del humano sus “Rasgos de personalidad”.

¹¹¹ Nicholas, *Dicaprio, Teorías de la Personalidad*, México, Editorial Trillas. 1989, p 156-174

¹¹² Nicholas S. *Dicaprio, Teorías de la Personalidad*, 2da. Edición. Editorial Trillas. México. 1989

Los rasgos de la personalidad son aquellos rasgos dominantes sobre nuestro actuar cotidiano; llegando a regir y determinar todo nuestro actuar sobre el mundo a interactuar. Pondré este ejemplo a forma de facilitar la diferenciación sobre el “Estado de la Personalidad” y el “Rasgo de Personalidad”. Cuando se dice que una persona es nerviosa, haciendo referencia a su actuar ante cualquier hecho cotidiano y se presenta alguna alteración de tipo ansiosa- nerviosa, se puede estar hablado de rasgos de personalidad correspondientes a ansiedad; pero si la persona solamente presenta o manifiesta alteraciones sobre un hecho aislado como el inicio de actividades completamente nuevas, llegando a manifestar alteraciones de tipo ansiosa- nerviosa se esta hablando sobre un hecho completamente aislado- específico, correspondiendo directamente a un estado de la personalidad.

2.2. Conocimiento de tipología de personalidad.

La clasificación de la personalidad del sujeto ha tenido infinidad de explicaciones y teorías como la teoría de Kretschmer, que estudio los tipos físicos más frecuentes en las diversas clases de enfermedades mentales¹¹³. Halló que los trastornos del estado de ánimo y emocionales (psicosis maniaco-depresiva tienden a presentarse con mayor frecuencia en personas gruesas (picnicas). Mientras que las perturbaciones del curso del pensamiento (como esquizofrenia) se asocian de preferencia a un tipo físico delgado (asténico). Pero Kretschmer empleaba métodos de medición imprecisos y descuidaba el factor de la edad. Ante esto se presenta Sheldon¹¹⁴. Que ideó un esquema para determinar que proporción de cada uno de los tres tipos corporales (somatotipos) tenía una persona determinada; siendo estos:

¹¹³ Kretschmer, E; Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Kosntitions problem und zur Lehre von den Temperamenten, Berlin, 1921; trad. Cast. Constitución y Carácter, Labor Barcelona, 1961, p. 105- 135.

¹¹⁴ Sheldon, W; Stevens, S, the varieties of human physique, trad. Cast. Las variedades de la constitución física del hombre, Buenos Aires, Paidós, 1956, p. 56.

- El endomórfico o Viscerotónico (correspondiente al pícnico de Kretschmer). Relajado, le gusta de la comodidad, reacciones lentas; aprecia mucho de buenos manjares; sociable; afabe, complaciente, duerme profundamente, si pasa penas o contrariedades desea compañía.
- El mesomórfico o somatotónico (atlético), se presenta agresividad, gusto por las aventuras físicas, enérgico, necesidad de ejercicio, tendencia a dominar, ama el riesgo, decisión, actividad, si presenta contrariedades presenta necesidad de actuar.
- El ectomórfico o cerebrotónico (asténico), se presenta contención de las actividades y los movimientos, gran intensidad, ansiedad, reservado, inhibido, duerme mal, pensamiento introvertido, cuando pasa contrariedades busca de su soledad.

Pero aun así, no se había podido consolidar una tipología fisiológica característica a la personalidad del sujeto; tampoco se considera correcto clasificar al sujeto o etiquetarlo en una personalidad dependiendo de su constitución fisiológica; ya que esta durante el transcurso del tiempo se verá modificada; por cambios en hábitos alimenticios o por cambios en el metabolismo; así como enfermedades físicas; existe otra definición o intento de explicación- clasificación; siendo esta...

Definición de los cinco factores.

El neuroticismo se relaciona con la probabilidad de que un individuo experimente emociones desagradables y perturbadoras (ansiedad, hostilidad, inseguridad y culpa) así como pensamientos y acciones correspondientes. La extroversión pertenece a las preferencias de interacción y actividad

social, en tanto que la apertura alude a la receptividad de un individuo a nuevas ideas y experiencias. La agradabilidad representa el grado de compasión bondad, cooperación y motivación a evitar el conflicto que muestra una persona. La conciencia se relaciona con la autodisciplina, organización, ambición y logro. Siendo estos cinco factores descritos por McCrae y Costa representan aspectos generales de la personalidad.

McCrae y Costa ofrecen evidencias convincentes de que los rasgos de la personalidad, como se describen en el modelo de los cinco factores permanecen estables de una situación a otra y durante el ciclo vital. Siendo que una persona extravertida en la adolescencia probablemente lo siga siendo en la mediana edad. Se ha señalado que “los mismos rasgos de personalidad pueden expresarse en un variedad infinita de maneras, cada una de las cuales se adecua a la situación”¹¹⁵. Funder y Colvin, concuerdan con esto y llegan a la conclusión de que si bien la situación puede ejercer un efecto profundo en lo que la gente hace, los individuos aún pueden preservar sus propios estilos distintivos de una situación a otra; así que se puede decir que “la personalidad forma un aspecto inmutable del sí mismo”¹¹⁶. Pero que existan factores- rasgos estables en la personalidad no significan que sean constantes “Nuestro hallazgo de la estabilidad en esta parte del sí mismo no implica que otras partes de éste no cambien”¹¹⁷.

McCrae y Costa definen los rasgos psicológicos como “dimensiones de las diferencias individuales en las tendencias a mostrar pautas constantes de pensamientos, sentimientos y acciones”¹¹⁸. El empleo de la palabra dimensiones señala que las personas pueden clasificarse con base en los rasgos que poseen.

115 McCrae, R y Costa P, Personality in Adulthood, New York: Guilford Press, 1990, p 175

116 McCrae, R y Costa P, Personality in Adulthood, New York, Guilford Press, 1990, p. 174

117 McCrae, R y Costa P, Personality in Adulthood, New York, Guilford Press, 1990, p. 162

118 McCrae, R y Costa P, Personality in Adulthood, New York, Guilford Press, 1990, p. 23

Cada uno de los rasgos de la personalidad se encuentra en todos los seres humanos en cierto grado; su distribución en la población aproximadamente equivalente a la curva normal. Esto quiere decir que la mayoría de la gente posee el rasgo en un grado moderado y pocas personas muestran manifestaciones extremas. Cuanto más de un rasgo tenga una persona, más probable será que el individuo manifieste los comportamientos asociados con el, aunque el comportamiento se ve modificado, desde luego, por las expectativas de rol social, el contexto inmediato, el estado de ánimo y los hábitos adquiridos. Por tanto los rasgos representan tendencias o predisposiciones a comportarse en cierta forma, pero no son los únicos determinantes de la conducta.

Ante todo esto, se ha desarrollado un instrumento cuyo objetivo primario es la evaluación de la personalidad del candidato, siendo un instrumento de empleo a nivel global para la determinación y detección alteraciones a nivel psicológico- psiquiátrico; determinando y dictaminando el perfil base de personalidad del evaluado; así como los rasgos de personalidad que se presentan en este; siendo el MMPI.

2.3. Inventario Multifásico de la personalidad MMPI-2.

MMPI-2

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Iniciado por Starke R. Hathaway, psicólogo Clínico y J Charnley Mckinley, neuropsiquiatra de la Universidad de Minnesota, de la cual se cuenta con la versión revisada y estandarizada del MMPI-2.¹¹⁹ El inventario fue traducido por R, Nuñez en 1960; desde entonces, se han realizado estudios sobre el MMPI.

¹¹⁹ R. Hathaway, Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Estados Unidos de América, Vol. 1, Manual Moderno, 1992. p. XX-XXI.

La edición del MMPI-2 presenta la versión revisada del inventario, traducida al español, en donde el contenido y lenguaje de los reactivos se adecuó a la población mexicana. La nueva versión fue aplicada a una muestra de la localidad universitaria de la UNAM, con el objetivo de adaptar la prueba estableciendo normas y puntuaciones T, además de obtener un análisis del funcionamiento de los reactivos con población mexicana. Esta muestra estuvo constituida por 1920 sujetos: 813 del sexo masculino y 1107 del género femenino.

Qué es lo que evalúa el MMPI-2.

Se presentan tres escalas clínicas para el análisis de la personalidad, enfocadas en detectar y discriminar cualquier alteración en el estado de personalidad del sujeto en cuestión a evaluar; estas escalas están conformadas por: escalas clínicas básicas, escalas suplementarias (tradicionales y adicionales), escalas de contenido. Para la escala clínica básica, se presenta la evaluación de la hipocondría, la depresión reactiva, la histeria, la desviación psicopática, la identificación de la masculinidad y la femineidad, evaluación de la paranoia, psicastenia, presencia de esquizofrenia, hipomanía así como introversión social.¹²⁰

Las escalas adicionales o suplementarias se presentan para mejorar y enriquecer el diagnóstico obtenido en las escalas clínicas; y se aplican para mejorar y pulir el conocimiento de problemas y desórdenes clínicos. Se realiza la evaluación de escalas de ansiedad, la fortaleza de la estructura psíquica (fortaleza de salud mental en el sujeto), escala de dependencia a estupefacientes; se realiza la revisión de la escala de Hostilidad reprimida, escala de dominancia, escala de responsabilidad, escala

¹²⁰

R. Hathaway, Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Estados Unidos de América, Vol. 1, Manual Moderno, 1992. p. 38-41.

de desajuste profesional, escala de desorden por estrés postraumático.¹²¹

Las escalas de contenido realizan la evaluación sobre sintomatología ansiosa, reacción ante miedos, rasgos de obsesividad, rasgos de depresión, rasgos de somatización, rasgos de pensamiento delirante, capacidad de frustración, cinismo, presencia de prácticas antisociales. Rasgos de personalidad tipo A, Baja autoestima. Incomodidad Social, Problemas Familiares, Dificultad en el trabajo, rechazo al trabajo en salud mental.¹²²

2.4. Definición de Personalidad Patológica, tipologías y evolución ante interacción social.

Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emotivas, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos¹²³¹²⁴¹²⁵.

Los trastornos de personalidad se definen como experiencias y comportamientos que difieren de las normas sociales y expectativas. Los pacientes con un trastorno de la personalidad pueden presentar alteraciones a niveles cognitivos, alteraciones en relaciones interpersonales, control de impulsos y emotividad.¹²⁶ Estos patrones de conducta son típicamente asociados con alteraciones sustanciales en el comportamiento de un individuo, asociado a perturbaciones significativas en la esfera personal y social.

Estos trastornos son inflexibles y se extienden a muchas situaciones, debido a que tales

¹²¹ R. Hathaway, Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2, Estados Unidos de América, Vol. 1, Manual Moderno, 1992. p. 52-56

¹²² Ibid., p. 57-60

¹²³ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

¹²⁴ Berrios, G E (1993). «European views on personality disorders: a conceptual history». *Comprehensive Psychiatry* **34** (1): pp. 14–30.

[doi:10.1016/0010-440X\(93\)90031-X](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90031-X). PMID 8425387.

¹²⁵ Millon, Theodore; Roger D. Davis (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. New York: John Wiley & Sons, Inc. p. 226.

¹²⁶ Smelser, N. J., & Baltes, P. B. (2001). Personality Disorders. International encyclopedia of the social & behavioral sciences (pp. 11301-11308). Amsterdam: Elsevier.

<http://www.sciencedirect.com.myaccess.library.utoronto.ca/science/article/pii/B0080430767037633>

comportamientos son egosintónicos, en el que los elementos de la conducta, pensamientos, impulsos, mecanismos y actitudes de una persona están de acuerdo con el estado consciente del sujeto y con la totalidad de su personalidad; haciendo esta combinación que sean percibidos como adecuados por el paciente. Generando este comportamiento como estilos de afrontamiento desadaptativos, que pueden conducir a problemas personales y alteraciones como angustia, ansiedad extrema o episodios depresivos. La aparición de estos patrones de comportamiento por lo general se remontan al principio de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta y, en algunos casos, a la infancia¹²⁷

Lista de trastornos de personalidad definidos en el DSM

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (DSM-IV-TR) menciona diez trastornos de personalidad, agrupados en tres grupos: Grupo A, trastornos raros o excéntricos; Grupo B, trastornos dramáticos, emocionales o erráticos y Grupo C, trastornos ansiosos o temerosos¹²⁸

El grupo A se caracteriza por un patrón penetrante de cognición (por ej. sospecha), expresión (enguaje extraño) y relación con otros (aislamiento) anormales; encontrando: Trastorno paranoide de la personalidad, Trastorno esquizoide de la personalidad y Trastorno esquizotípico de la personalidad¹²⁹

El Grupo B se caracterizan por un patrón penetrante de violación de las normas sociales

¹²⁷ Nancy McWilliams (29 de julio de 2011). *Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Guilford Press. pp.196. . <http://books.google.com/books?id=BzPOAWB2DncC&pg=PA196>. Consultado el 2 de Octubre de 2013

¹²⁸ Criterios diagnósticos generales para un Trastorno de la personalidad. DSM-IV-TR

¹²⁹ <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv16.html#f60> Criterios diagnósticos generales para un Trastorno de la personalidad. DSM-IV

(comportamiento criminal), comportamiento impulsivo, emotividad excesiva y grandiosidad. Se presenta con frecuencia eventos de acting-out (exteriorización de sus rasgos), llevando a rabietas, comportamiento auto-abusivo y arranques de rabia; encontrando: Trastorno antisocial de la personalidad; Trastorno límite de la personalidad; Trastorno histriónico de la personalidad y Trastorno narcisista de la personalidad¹³⁰

El Grupo C se caracteriza por un patrón penetrante de temores anormales, incluyendo relaciones sociales, separación y necesidad de control; encontrando: Trastorno de la personalidad por evitación; Trastorno de la personalidad por dependencia y Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad¹³¹

Trastorno Paranoide de la Personalidad.

Se presentan varias características notorias: sentimientos injustificados de sospecha y desconfianza hacia otras personas; hipersensibilidad; expectativa- sin justificación suficiente. De que serán explotados y dañados por los demás; y una tendencia a encontrar significados ocultos degradantes o mensajes amenazantes en conductas o comentarios inofensivos (sospechar que un vecino saca la basura temprano para molestarlo). Para estas personas es muy difícil tener relaciones estrechas con otras personas porque de manera constante esperan una traición. Los individuos paranoides rara vez buscan ayuda clínica. Son hipersensibles a la crítica, por lo que se les dificulta de manera especial trabajar en

¹³⁰ http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F60.html Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. CIE-

¹⁰

¹³¹

Belloch Fuster y Fernández-Álvarez, (2010). *Tratado de trastornos de la personalidad*. editorial síntesis.

<http://www.sintesis.com/biblioteca-de-psicologia-107/tratado-de-trastornos-de-la-personalidad-ebook-1564.html>.

puestos subordinados. Sienten un fuerte temor de perder la independencia y el poder de dar forma a los eventos. La simple sensación de ocupar un posición de rango inferior o con menos poder es intolerable.

Las personas con trastornos paranoides parecer frías, sin sentido del humor, intrigantes y mañosas. Estas características no promueven las relaciones estrechas y satisfactorias. Quizá porque tienen este tipo de personalidad son reservadas y rara vez intiman con los demás, muchas de sus extrañas ideas pasan inadvertidas. A veces su desempeño es insuficiente porque la preocupación de buscar motivos ocultos y significados especiales limita su capacidad para considerar y comprender las situaciones. Cuando surgen problemas, casi siempre se relacionan con el trabajo, ya que está es un área en la cual resulta difícil evitar los contactos interpersonales.

Características Clínicas del trastorno paranoide de la personalidad.

Se puede considerar que una persona que presenta por los menos cuatro de estas características padece un trastorno paranoide de la personalidad:

La persona tenderá a encontrarse siempre a la expectativa por daño latente, sin bases suficientes, de que los demás lo quieren explotar o dañar. Pone en duda, sin justificación, la lealtad y confianza de compañeros y colegas. Busca significados amenazantes en frases o sucesos inofensivos. Guarda rencores o no perdona insultos o descortesías. Se niega a confiar en otras personas por el temor infundado de que la información se emplee en su contra. Percibe ataques contra su carácter o reputación que no son evidentes para otras personas o reacciona en forma rápida con enojo o contraataca. Se pueden presentar sospechas recurrentes, sin justificación alguna, con respecto de la

fidelidad de su cónyuge o pareja sexual.

Trastorno Esquizoide de la Personalidad.

Son personas reservadas, retraídas y aisladas en el aspecto social. Prefieren actividades de trabajo y pasatiempos solitarios y carecen de capacidad para establecer relaciones cálidas y estrechas. Estas personas rara vez expresan sus sentimientos en forma directa. No sólo tiene pocas relaciones con otras personas, sino que además parecen desearlas muy poco. En cualquier caso, tienen pocas habilidades sociales, aunque sus patrones de lenguaje y conducta no son extraños ni excéntricos. También carecen del sentido del humor y parecen indiferentes a su entorno.

Las respuestas emocionales de los individuos esquizoides parecen insulsas y frías. Las clases de frustraciones que incitan expresiones de enojo en la mayoría de las persona provocan poca hostilidad observable por parte de estas personas. En ocasiones parece distraídos, absortos, en si mismos, con la mente ausente y no muy conscientes ni interesados por lo que sucede a su alrededor. Muchos pacientes tienen problemas en el trabajo por el contacto con otras personas.

Características Clínicas del trastorno Esquizoide de la personalidad.

Una persona que tiene por lo menos cuatro de estas características se puede considerar que padece de un trastorno esquizoide de la personalidad:

No dese ni disfruta de las relaciones estrechas, lo que incluye formar parte de una familia. Casi siempre elige actividades solitarias. Pocas actividades, si no es que ninguna le provoca placer. Expresa poco o ningún deseo de tener experiencias sexuales con otra persona. Parece indiferente a la admiración o crítica de los demás. No tiene amigos cercanos ni confidentes (o solo tiene uno). Muestra frialdad emocional, alejamiento y poca variación en sus emociones.

Trastorno esquizotípico de la personalidad.

Se caracterizan por excentricidades de pensamiento, percepción, comunicación y conducta. Estas desviaciones nunca son tan extremas como las que se encuentran en los casos de esquizofrenia auténtica. Las personas que padecen trastorno esquizotípico de la personalidad, al igual que las esquizoides, son retraídas, con emociones superficiales y carecen de capacidad para socializar. Sin embargo, los patrones de lenguaje de los dos grupos son diferentes. Las personas que padecen este trastorno no se dan a entender, ya sea porque emplean palabras y frases poco comunes o porque utilizan palabras de uso común en forma extraña. Son propensos a expresar ideas de manera confusa. En ocasiones su pensamiento se deteriora y expresan ideas que parecen delirantes. Estas características cognitivas y perceptuales son probablemente las más importantes para distinguir el trastorno esquizotípico del trastorno límite y del trastorno esquizoide.

La conducta de las personas que padecen de un trastorno esquizotípico de la personalidad puede, en algunas ocasiones, llegar a ser estafalaria. Gran parte del tiempo parecen ser suspicaces y distantes. Es probable que los individuos esquizotípicos tengan un riesgo más alto que el promedio de padecer un

episodio de esquizofrenia más adelante.

Características clínicas del trastorno esquizotípico de la personalidad.

Se puede considerar que una persona padece de un trastorno esquizotípico de las personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características:

Ideas de referencia inapropiadas (la creencia de que la conversación, sonrisas u otras acciones de las personas se refieren a ellas). Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiaridad y tiende a asociarse con temores paranoides en lugar de juicios negativos. Creencias extrañas o pensar que tiene poderes mágicos. Experiencias preceptuales poco comunes, incluyendo ilusiones corporales. Lenguaje y pensamiento extraños, siendo vago circunstancial, demasiado elaborado. Ideas paranoides o suspicacia. Comportamiento o apariencia extraños o excéntricos (gesticulaciones poco comunes, hablar consigo mismo, lenguaje extraño). No tiene amigos cercanos no confidentes (quizá solo uno) que no sean familiares, sobre todo, debido a la falta de deseo de contacto, la incomodidad constante con los demás o excentricidades. Afecto inapropiado o restringido, por ejemplo es frío y distante.

Trastorno histriónico de la personalidad.

Las personas que padecen este trastorno el captar la atención de los otros es una prioridad. Se caracterizan por una expresión o emoción exageradas, relaciones interpersonales tormentosas, actitud egocéntrica y manipulación. La manipulación se puede manifestar en ademanes , amenazas o intentos de suicidio, así como en conductas que captan la atención como males físicos dramáticos. Los

individuos histriónicos casi siempre reaccionan demasiado rápido ante las situaciones que requieren de algún análisis y reflexión. No siempre centran su atención el tiempo suficiente para percibir los detalles de la situación, como resultado tienden a responder con generalidades que tienen un matiz emocional. Cuando se pide a las personas con personalidad histriónica que describan algo, casi siempre responden con impresiones en lugar de realidades.

Los individuos histriónicos a menudo operan con base a corazonadas y tienden a detenerse ante lo obvio. No sólo son susceptibles a sugestionarse y a dejarse influenciar por la opinión de los otros, sino que además se distraen con facilidad. Es fácil captar su atención, pero también es muy sencillo que ésta cambie hacia otra dirección. Su comportamiento tiene una calidad dispersa, haciendo que parezcan ingenuas ante las cosas triviales.

Las personas histriónicas suelen no sentirse amadas, por lo que reaccionan a este sentimiento tratando de hacerse sexualmente irresistibles.

Características clínicas del trastorno histriónico de la personalidad.

Se puede considerar que una persona padece de un trastorno histriónico de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características.

Expresión de emociones que cambian con rapidez, pero son poco profundas. Se preocupan demasiado por el atractivo físico. Apariencia o comportamiento demasiado seductores. Se siente incómodo cuando no es el centro de atención. Lenguaje en exceso impresionista, carente de detalles, es intolerante o se

frustra en exceso ante situaciones que no funcionan precisamente como lo desea. Considera que las relaciones tiene más intimidad de la que en realidad tienen. Expresiones exageradas de emoción con mucha dramatización.

Trastorno Narcisista de la Personalidad.

Se presenta una sensación extrema de importancia de si mismo y la expectativa de favores especiales, una necesidad de atención constante, autoestima frágil y carencia de empatía o atención a los demás. Las personas con este trastorno se preocupan por fantasías de éxito ilimitado, inteligencia, poder, belleza y relaciones amorosas

Características clínicas del trastorno narcisista de la personalidad.

Se puede considerar que una persona padece de un trastorno narcisista de la personalidad si presenta por los menos cinco de estas características:

Sentido exagerado de la importancia de si mismo, exageración de los logros y talentos personales y necesidad de que los demás reconozcan su superioridad. Preocupación por fantasías de éxito, poder y belleza ilimitados. Sentido de la condición especial y única que pueden apreciar solo las otras personas o instituciones especiales o de alto nivel (por ejemplo superiores). Exige admiración y atención excesivas. Sentido de derecho a todo, espera un trato especial favorable o el cumplimiento automático de las expectativas personales. Explota a otras personas y se aprovecha de ellas. Carece de empatía por

las necesidades y sentimientos de otras personas. Con frecuencia siente envidia de los otros o cree que éstos lo envidia (se resiente por los privilegios o logros de las personas que considera menos especiales o merecedoras). Comportamiento o actitudes arrogantes o altaneras.

Trastorno límite de la personalidad.

Las características de las personas con este tipo de trastorno son las relaciones personales inestables, amenazas de conducta autodestructivas, un rango crónico de distorsiones cognitivas, miedo al abandono e impulsividad. La dependencia intensa y la manipulación caracterizan las relaciones interpersonales de las personas que padecen del trastorno límite de la personalidad, por lo que la interacción con ellos es difícil. Parecen desear una relación dependiente y exclusiva con otra persona. Este deseo de dependencia está claro para los observadores externos, pero el individuo con personalidad límite lo niega con vehemencia. Como parte de esta negación, devalúan o desacreditan las virtudes e importancia personal de los demás. Esta condición suele adoptar la forma de enojo extremo cuando la otra persona establece límites para la relación o cuando está a punto de ocurrir una separación. Además del enojo, el individuo con personalidad límite emplea el comportamiento manipulador para controlar las relaciones, como quejarse de síntomas físicos y proferir y poner en práctica amenazas de autodestrucción. Siendo los más comunes la sobredosis de drogas y la automutilación, así como las amenazas de suicidio.

La autodestrucción es la característica principal de los individuos con personalidad límite.

La fuerte necesidad de relaciones lleva a los individuos con personalidad límite a tener temores crónicos y duraderos de que las personas de las que dependen las abandonen. Estos temores se relacionan con el pánico extremo que sienten cuando están solos. Como defensa contra este temor, socializan de forma compulsiva. Sin embargo, a pesar de esa necesidad de interacción social, muchos de sus comportamientos alejan a las personas, pues manifiestan ira intensa y exigencias, desconfianza e impulsividad. Manejan el estrés con promiscuidad sexual, participan en riñas y comen en exceso para luego purgarse. Una marcada inestabilidad emocional con cambios repentinos a la ansiedad y depresión o irritabilidad constantes. Muestran perturbación en su concepto de identidad: incertidumbre acerca de la imagen de si mismos, identidad sexual, valores, lealtades y objetivos. Quizá tengan sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento, y sean incapaces de tolerar la soledad.

Características Clínicas del Trastorno Límite de la personalidad.

Se puede considerar que una persona padece de un trastorno límite de la personalidad si presenta por lo menos cinco de estas características:

Esfuerzos desesperados por evitar un abandono real o imaginario. Relaciones interpersonales inestables e intensas. Sentido del yo persistente y muy equilibrado, distorsionado o inestable (por ejemplo, un sentimiento de que no existe o representa el mal). Impulsividad en áreas como el sexo, el consumo de sustancias, el crimen o la imprudencia al manejar. Pensamientos, gestos y conductas suicidas recurrentes. Inestabilidad emocional con periodos de depresión, irritabilidad o ansiedad extremas. Sentimientos crónicos de vacío. Enojo intenso inapropiado o falta de control de si mismo, peleas físicas recurrentes). Pensamientos paranoides pasajeros relacionados con el estrés o severos síntomas

disociativos.

Trastorno antisocial de la personalidad.

Se asocia al crimen, la violencia y la delincuencia. El individuo puede mostrar un patrón dominante de desprecio por los derechos de otros y violaciones a estos derechos. Percibiendo a las otras personas como piezas de un juego o rompecabezas a desarrollar, las cuales se pueden manipular y utilizar desarrollando un pensamiento de juego sobre los demás. Las personas con este perfil pueden ser crueles, sádicas y violentas. Rara vez muestran ansiedad y no sienten culpa. Las personalidades antisociales no se ven a su mismas como la causa de sus problemas; en lugar de eso, creen que sus aspectos agresivos son el resultado de las fallas de otras personas. A pesar de su frecuente violación de los derechos de otros, muchos individuos con este trastorno no tienen antecedentes penales.

Características clínicas del trastorno antisocial de la personalidad.

Incapacidad para cumplir las normas sociales (violar la ley). Falsedad y manipulación. Impulsividad, no puede realizar planes a largo plazo. Irritabilidad manifiesta como agresividad. Ignora de manera imprudente la seguridad de él mismo y de otros. Irresponsabilidad constante. Falta de remordimiento después de haber herido, maltratado o robado a otra persona.

Trastorno de la personalidad por evitación.

Se caracteriza por una baja autoestima, temor a la evaluación negativa y abstinencia conductual,

emocional y cognitiva de la interacción social. El temor al rechazo desempeña un papel clave para que esta persona se alejen de las relaciones personales. El retraimiento de las personalidades evitativas difiere del de los individuos con trastorno esquizoide de la personalidad porque, a diferencia de éstos, desean establecer relaciones. Parecen tímidos y aislados y tal vez también fríos y extraños, para aquellas personas que tienen un contacto superficial con ellos; sin embargo para las personas que los conoce, se muestran ansiosos y en extremo sensibles. Una característica es la hipervigilancia, continuamente evalúan todas sus relaciones para encontrar señales de decepción, humillación o reacciones negativas. Como resultado de ello, son capaces de detectar el más mínimo rasgo de indiferencia o molestia. Crean tormentas en un vaso de agua. Se presentan periodos de nerviosismo que hace que los compañeros de trabajo desarrollen incomodidad. Otra característica es la reducción de actividades para evitar estímulos molestos.

3. Capítulo III. Investigación de Campo UMAE H. Oncología.

3.1. Recopilación de los perfiles de personalidad de los médicos residentes valorados mediante MMPI-2, entrevista clínica dirigida sobre psicopatología y focos de alteración en salud mental.

Evaluación Psicológica.

A todo médico residente que ingresa a realizar su especialidad en el Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota, avalado por la Sociedad Americana de Salud Mental y adaptado a la población mexicana; con la finalidad de realizar una revisión de la estructura psíquica de cada uno de los residentes para detectar alteraciones, reacciones o modificaciones en la estructura psíquica; previendo cualquier afectación que altere o distorsione el buen funcionamiento psíquico del residente y por consiguiente el funcionamiento de la Unidad Médica.

En el Hospital se cuentan con tres residencias de especialidad médica; siendo estas Oncología Radioterápica, Oncología Quirúrgica y Oncología Médica.

Especialidad de Oncología Radioterápica.

Cada aspirante a la especialidad en Oncología Radioterápica presenta una formación previa en la especialidad médica de Medicina Interna la cual se encuentra constituida por 1 año de trabajo

clínico- práctico- pedagógico. La especialidad en Oncología Radioterápica se encuentra constituida por 3 años de trabajo clínico pedagógico a desarrollar en la UMAE H. Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI; siendo que cada año de la especialidad es dedicado al trabajo activo en el servicio de Oncología Radioterápica, teniendo que trabajar en consulta externa y hospitalización para cada servicio en cuestión; donde el residente cuenta con 3 periodos vacacionales de 10 días respectivamente. El inicio de labores normal y habitual de Lunes a Viernes inicia a las 7:00 hrs del día y finaliza a las 16:00 hrs. Siendo que realizando la especificación de las actividades se desarrollan de la siguiente forma.

- 7:00 – 8:00 hrs. Pase de visita a zona de hospitalización.
- 8:00 – 9:00 hrs. Actividades Académicas, exposición de casos clínicos.
- 9:00 – 14:00 hrs. Actividades Clínicas, atención a derechohabientes con enfermedades neoplásicas en todas las fases de la enfermedad (inicial- avanzado) con aplicación de tratamientos con ondas ionizantes. Atención de pacientes en Consulta Externa o Atención de pacientes en Hospitalización; realizando entre 24 a 30 consultas por día.
- 14:00 – 15:00. Entrega de guardia.
- 15:00 – 16:00. Actividades Académicas.

El residente en Radioterapia Oncología además de realizar el trabajo clínico debe de realizar procedimientos de planificación de tratamientos no invasivos y en algunas ocasiones invasivos sobre el paciente,; siendo estos procedimientos con rayos X o en algunas ocasiones con ondas ionizantes, se realizan aplicación de medios radioactivos como pastillas radioactivas o implantes radioactivos, sobre capas o tumores localizados y bien delimitados en el cuerpo del paciente en estado activo o consciente;

en algunas unidades médicas se realizan aplicaciones de tratamiento con radioterapia de forma intraoperatoria, es decir, en el transcurso de la intervención quirúrgica; siendo que la finalidad de este tratamiento con radioterapia es la de inducir o suministrar radioterapia local a máximas dosis directamente sobre el tumor o el área afectada, durante el transcurso de la intervención quirúrgica; siendo que el fin de la radioterapia es el inducir en la materia viva cambios moleculares secundarios al impacto con cesión de energía¹³². Durante el periodo comprendido en estas horas, cuenta con 30 minutos para la toma de sus alimentos; siendo elegidos por el mismo residente dependiendo de sus necesidades.

Al finalizar el trabajo diario en día hábil, se presenta el rol de guardia, el cual consiste en:

Lunes a Viernes

- 16:00 – 7:00 hrs. del siguiente día. Actividades a desarrollar en el área de Hospitalización.

Sábados, Domingos y días Festivos:

- 7:00 – 7:00 hrs. del siguiente día. Actividades a desarrollar en el área de Hospitalización.

El rol de guardia es designado correspondiendo al año de la residencia donde se encuentre el médico residente; siendo este:

- R1 (Residente de Primer Año)
- Guardia cada 3 días.

¹³²

Calvo, A; "Radioterapia", en Díaz Rubio, Oncología Clínica Básica, Vol. 1, España, Arán, 2000, p. 273

- R2 (Residente de Segundo Año)
- Guardia cada 4 días.

- R3 (Residente de Tercer Año)
- Guardia cada 5 días.

Especialidad en Oncología Quirúrgica.

Cada aspirante a la especialidad en Oncología Médica presenta una formación previa en la Especialidad Quirúrgica de Cirugía General la cual se encuentra constituida por 4 años de trabajo clínico- quirúrgico- práctico- pedagógico. La especialidad en Cirugía Oncológica se encuentra constituida por 3 años de trabajo clínico- quirúrgico pedagógico a desarrollar en la UMAE H. Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI; siendo que la especialidad es fraccionada en las diversas áreas quirúrgicas de la Unidad Médica, es decir, cada 3 meses los médicos residentes de Oncología Quirúrgica deben de rotar por los servicios quirúrgicos, teniendo que trabajar en consulta externa y hospitalización para cada servicio en cuestión; donde el estudiante cuenta con 2 periodos vacacionales de 10 días respectivamente. El inicio de labores normal y habitual de Lunes a Viernes inicia a las 7:00 hrs del día y finaliza a las 16:00 hrs. Siendo que realizando la especificación de las actividades se desarrollan de la siguiente forma.

- 7:00 – 8:00 hrs. Pase de visita a zona de hospitalización.
- 8:00 – 9:00 hrs. Actividades Académicas, exposición de casos clínicos.
- 9:00 – 14:00 hrs. Actividades Clínico- Quirúrgicas, atención a derechohabientes con

enfermedades neoplásicas en todas las fases de la enfermedad (inicial- avanzado); realización de eventos quirúrgicos, ambulatorios o mayores. Atención de pacientes en Consulta Externa o Atención de pacientes en Hospitalización; realizando entre 24 a 30 consultas por día.

- 14:00 – 15:00. Entrega de guardia.
- 15:00 – 16:00. Actividades Académicas.

El residente en Cirugía Oncológica, además de realizar un trabajo asistencial, clínico (realizando consulta clínico- diagnósticas) deberá de realizar trabajo quirúrgico, es decir deber de realizar intervenciones quirúrgicas sobre los pacientes; siendo este tipo de procedimientos invasivos de carácter ambulatorio “biopsias” o de carácter de larga estancia “eventos quirúrgicos o cirugía abierta o laparoscópica”; sea esta con fines curativos o con fines paliativos, bajo el criterio de “operatividad de un cáncer es muy relativo pues depende de diferentes factores, pero le más importante es el que deriva del propio cirujano bajo una técnica quirúrgica, la cual debe de ser depurada para evitar la diseminación inadvertida del tumor durante el acto operatorio.

Se presenta también la cirugía radical en la cual se requiere la extirpación total del órgano o cuerpo afectado por el tumor, siendo esta cirugía de carácter curativo-pero con concepto agresivo, debido a que se presenta una mutilación en el cuerpo del paciente y evidentemente una transformación en su concepto y autoconcepto; se presenta la cirugía conservadora, que por su frecuencia y por su impacto con la sociedad, es en el cual se realiza una tumorectomía amplia con linfadenectomía pero preservando el órgano en cuestión que presenta la afectación; siendo que la cirugía radical se puede aplicar para padecimientos localizados en: cabeza y cuello, afectaciones gástricas y colo-rectal,

pulmonar, renal, útero, desarticulaciones.

La cirugía conservadora se emplea en padecimientos como: cáncer de mama, laringectomía parcial, sarcomas óseos y de partes blandas, sarcomas infantiles, lobectomía tiroidea en cáncer papilar, algunos tipos de melanomas. La cirugía más radical se emplea en: algunos cánceres de páncreas, cánceres hepáticos, resecciones traqueales, resecciones del sacro y cuerpos vertebrales, etc. Siendo que también se presenta la cirugía plástica y reconstructiva; cuya finalidad es la rehabilitación y el apoyo de la misma mediante la cirugía, siendo este tipo de intervención con fines de rehabilitación y adaptativos del paciente al entorno social en el cual se desenvuelve¹³³

Siendo así, que el mismo residente en cirugía deberá de rotar por los distintos servicios quirúrgicos a fin de realizar especialización en el área; pero siendo así, deberá en muchas ocasiones de realizar retroalimentación al paciente sobre su condición médica actual y en algunas ocasiones realizar la notificación sobre la nula aplicación de tratamientos sea curativo o paliativos debido a la condición médica del paciente; teniendo que recurrir a notificar sobre condiciones de desahuciado al paciente y al familiar. Siempre esto llegando a ser una constante en este tipo de unidades médicas escuela. Así que dentro de toda esta dinámica, el residente contará con un solo periodo comprendido en de 30 minutos para la toma de sus alimentos; siendo elegidos por el mismo residente dependiendo de sus necesidades.

Al finalizar el trabajo diario en día hábil se presenta el rol de guardia; el cual consiste en:

Lunes a Viernes

- 16:00 – 7:00 hrs. del siguiente día. Actividades a desarrollar en el área de Hospitalización.

¹³³ Die, A; “Cirugía Oncológica”, en Díaz Rubio, *op.cit.*, p. 289-301

Sábados, Domingos y días Festivos:

- 7:00 – 7:00 hrs. del siguiente día. Actividades a desarrollar en el área de Hospitalización.

El rol de guardia es designado correspondiendo al año de la residencia donde se encuentre el médico residente; siendo este:

- R1 (Residente de Primer Año)
- Guardia cada 3 días.

- R2 (Residente de Segundo Año)
- Guardia cada 4 días.

- R3 (Residente de Tercer Año)
- Guardia cada 8 días.

Especialidad de Oncología Médica.

Cada aspirante a la especialidad en Oncología Médica, presenta una formación previa en la especialidad médica de Medicina Interna, la cual se encuentra constituida por 2 años de trabajo clínico-práctico- pedagógico. La especialidad en Oncología Médica se encuentra constituida por 3 años de trabajo clínico pedagógico a desarrollar en la UMAE H. Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI; siendo que cada año de la especialidad es fraccionado en dos partes; dedicando 6 meses del año al trabajo activo para el servicio de Hematología y 6 meses para el trabajo activo en el servicio de

Oncología Médica, teniendo que trabajar en consulta externa y hospitalización para cada servicio en cuestión; donde el estudiante cuenta con 2 periodos vacacionales de 10 días respectivamente. El inicio de labores normal y habitual, de Lunes a Viernes, inicia a las 7:00 hrs del día y finaliza a las 16:00 hrs. Siendo que realizando la especificación de las actividades se desarrollan de la siguiente forma.

- 7:00 – 8:00 hrs. Pase de visita a zona de hospitalización.
- 8:00 – 9:00 hrs. Actividades Académicas, exposición de casos clínicos.
- 9:00 – 15:00 hrs. Actividades Clínicas, atención a derechohabientes con enfermedades neoplásicas en todas las fases de la enfermedad (inicial- avanzado) con aplicación de tratamientos citostáticos antineoplásicos. Atención de pacientes en Consulta Externa o Atención de pacientes en Hospitalización; realizando entre 24 a 30 consultas por día.

El residente en oncología médica, además de realizar el trabajo clínico, debe de realizar procedimientos invasivos sobre el paciente; siendo estos procedimientos: Toma de biopsias, Aspirado de Médula Ósea, toma de Biopsia de hueso, *Punción Lumbar*, la punción lumbar o punción espinal es un procedimiento utilizado para recolectar líquido cefalorraquídeo para determinar la presencia de una enfermedad o lesión. Se inserta una aguja en la parte inferior de la columna vertebral, generalmente entre la tercera y cuarta vértebra lumbar, y una vez que la aguja está en el lugar correcto en el espacio subaracnoideo (espacio entre la médula espinal y su cobertura, las meninges), se pueden medir las presiones y recolectar líquido para evaluarlo.

Toracocentesis que es un procedimiento realizado para drenar el líquido que se encuentra en el

espacio entre el revestimiento externo de los pulmones (pleura) y la pared torácica¹³⁴. Paracentesis abdominal, que implica la punción quirúrgica de la cavidad abdominal con una aguja y la colocación de un catéter para la extracción del exceso de líquido. El procedimiento puede ser un elemento de diagnóstico al ayudar a identificar la causa de la ascitis o puede emplearse como medida terapéutica en caso de que se pueda extraer una gran cantidad de líquido para disminuir la molestia y mejorar la respiración), Colocación de catéter Clavio; así como procedimientos de administración de Quimioterapia. Durante el periodo comprendido en estas horas, cuenta con 30 minutos para la toma de sus alimentos; siendo elegidos por el mismo residente dependiendo de sus necesidades.

- 15:00 – 16:00 hrs. Actividades Académicas.

Al finalizar el trabajo diario en día hábil se presenta el rol de guardia; el cual consiste en:

Lunes a Viernes

- 16:00 – 7:00 hrs. del siguiente día. Actividades a desarrollar en el área de Hospitalización.

Sábados, Domingos y días Festivos:

- 7:00 – 7:00 hrs. del siguiente día. Actividades a desarrollar en el área de Hospitalización.

El rol de guardia es designado correspondiendo al año de la residencia donde se encuentre el médico residente; siendo este:

¹³⁴ Paz, A, Diagnóstico Precoz del cáncer, en Díaz R, *op. cit* , p. 127

- R1 (Residente de Primer Año)
- Guardia cada 3 días.

- R2 (Residente de Segundo Año)
- Guardia cada 5 días.

- R3 (Residente de Tercer Año)
- Guardia cada 8 días.

Obtención de Perfil de Personalidad.

Al realizar la calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad de cada residente se obtiene el perfil de personalidad base, realizando discriminación entre los rasgos predominantes en cada uno de los participantes, detectando focos de alteración en la estructura psíquica que pudieran limitar el desarrollo e integración del candidato en las actividades académicas, laborales y profesionales del área.

Al detectar focos de alteración, se pueden implementar tratamientos psicológicos- psiquiátricos en los candidatos que se encuentren laborando en el área o en su defecto; para todo aspirante a las residencias en Oncología de la UMAE. Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI que presente alteración en su estructura psíquica, se puede implementar un trabajo en salud mental para mejorar su condición psíquica previa al inicio de las labores académicas- profesionales pertinentes al área. O cuando la alteración sea mayor que limite o coloque en una situación comprometedora al candidato, y por consiguiente, al área de trabajo; se requerirá de posponer su ingreso hasta que dicha

alteración haya remitido por completo.

Para lograr obtener el perfil psicológico, se requiere de la calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad, cuantificando las tres escalas (básica, complementaria y de contenido); realizando la discriminación de los puntos clave en la escala básica, ante la hipocondría, la depresión reactiva, la histeria, la desviación psicopática, la identificación de la masculinidad y la femineidad, evaluación de la paranoia, psicastenia, presencia de esquizofrenia, hipomanía así como introversión social. Teniendo de referencia los puntos clave, se discrimina de mayor a menor complementando con las dos escalas siguientes (escala suplementaria y escala de contenido) para así lograr integrar dicho perfil.

Aplicación de MMPI-2, año 2010.

Recordando el estudio sobre los perfiles de personalidad realizado a todos los médicos los residentes de Oncología Médica. debido a que existían muchos problemas con el desempeño académico, problemas en el ámbito laboral y de relaciones interpersonales; se encontraban:

| Rasgo Dominante | | % |
|--------------------------------|----|-------|
| | | |
| Esquizofrenia Paranoide | 1 | 4.17 |
| Antisocial | 1 | 4.17 |
| T. Neurótico de Personalidad | 1 | 4.17 |
| Trastorno Bipolar | 1 | 4.17 |
| Trastorno Obsesivo- Compulsivo | 2 | 8.33 |
| Trastorno Depresivo | 2 | 8.33 |
| Sin Alteración Psíquica | 5 | 20.83 |
| Síntomas Depresivos | 11 | 45.83 |

- El 4.17 % de los médicos residentes en oncología médica presentan rasgos de Trastorno de Personalidad característico a Esquizofrenia de tipo Paranoide. Característica de personalidad donde el sujeto es narcisista e indulgente consigo mismo, debido a que el cree y considera que siempre se encuentra en lo correcto, con tendencia a justificarse sobre sus acciones, culpando a los demás de lo que ocurre a su alrededor, no llegando a aceptar la responsabilidad de sus propio comportamiento, valorándose a sí mismo de manera poco realista y grandiosa. Desconfiando de los demás, evitando las relaciones afectivas de forma profunda. Persona altamente irritable, que gusta de discutir y evitar figuras de autoridad, porque no las llegan a reconocer. Situación que genera gran conflictiva en la dinámica a desarrollar en el ámbito laboral; debido a que al no reconocer figuras de autoridad, hace caso omiso a indicaciones recibidas de superiores, limitando toda interacción a su propia percepción, generando conflictiva con relación interpersonal; argumentando y manifestando tener la única razón ante un hecho, minimizando y discriminando todo aporte que recibe de la sociedad. Figura que genera gran conflictiva en dinámicas de trabajo por reducida cooperación en el ámbito social. Ya que por psicopatología de base, la estructura psíquica solo puede convivir consigo misma no logrando interactuar de forma recíproca con sociedad. Llega a elaborar propios juicios de razón sobre cualquier situación, siendo esta de carácter: laboral, académica, social, personal; proponiendo esta situación al trabajo directa sobre el paciente; llegará a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre este; siendo que un error de esta característica generará un mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento mal establecido sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte.¹³⁵

¹³⁵ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

- El 4.17 % de los médicos residentes en oncología médica presentan rasgos de personalidad Antisocial, presentando problemas ante la capacidad de seguir órdenes de superiores, debido a que hacen caso omiso a normas y valores; presentando por esto mismo, frecuentes problemas con la autoridad, no aceptando la responsabilidad de su propio comportamiento. Rasgo de la personalidad que afecta directamente el trabajo de un área; al no realizar el apego a la norma establecida por el lugar, se tiene a realizar su propio concepto de lo permitido y lo no permitido; de presentarse alguna alteración en cuestión emocional ante este tipo de personalidad es debido a los límites que le fueron impuestos por la autoridad, que ha tenido que reprender sobre una acción; pero ante dicho perfil no se presentará un apego real, sino solamente encubierto para reducir la penalización; buscando generar conflictiva a nivel social, para lograr obtención de un placer o gozo ante el conflicto o conflictiva del otro. Personalidad que busca generar dificultad a nivel de norma social; ya que se rige bajo su propio código de ética. Sobre el trabajo directo con el paciente llegará a presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar ya que esta personalidad solo actuará bajo su convicción, sin buscar el beneficio del otro; es decir, en la búsqueda de un logro personal puede llegar a generar un mal mayor sobre otro, traducido en un mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte con la justificación de la búsqueda en la mejora de un aspecto académico.¹³⁶
- El 4.17 % de los médicos residentes en oncología médica presentaron rasgos Neuróticos de personalidad, siendo que este tipo de personalidad puede desarrollar periodos de Ansiedad, Hipocondría o procesos Depresivos. Presentando o desarrollando desajustes ante la dinámica laboral y académica, entorpeciendo y limitando el desarrollo y buen funcionamiento del área;

¹³⁶ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

debido a que puede presentar decisiones erróneas en periodos de ansiedad, sujetos a acting- out por estrés; con tendencia a la depresión por llamadas de atención ante posible presencia de errores cometidos durante los cuadros de ansiedad; aunado a Hipocondría por mal manejo y confrontación de estrés; afectando de forma directa el desarrollo de los procesos del área. Característica de este perfil ante la situación laboral del servicio de Oncología Médica, es que presentarán varios procesos y mecanismos de desajuste emocional y por consiguiente laboral, desarrollando discrepancias con el resto de las personalidades en el área. Se presentará labilidad emocional con tendencia a desarrollar alguna alteración mayor en cuestión emocional por desajuste en estructura psíquica que puede generar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar en el paciente; generando un tratamiento mal establecido que podría conllevar a su deterioro o posible muerte.¹³⁷

- El 4.17 % de los médicos residentes en oncología médica presentaron rasgos de Trastorno Bipolar, siendo que ante este tipo de afectación o alteración, la persona presenta desajustes ante la dinámica a desarrollar en el área laboral y académica, entorpeciendo y limitando el desarrollo y buen funcionamiento del área; debido a que puede llegar a tomar decisiones erróneas en periodos de manía y cuando se presentan periodos depresivos, la persona puede desarrollar y experimentar procesos de letargo, afectando de forma directa el desarrollo de los procesos del área. Dicha personalidad, presentará varios desajustes en un solo día, ya que la presión sobre el ritmo y el tipo de trabajo a desarrollar correspondiendo al tipo de paciente; se presentará un amplió desajuste, donde ante la necesidad de tomar decisiones bajo presión y de presentar un episodio de manía, se llegarán a realizar varios errores, debido a la poca capacidad de

¹³⁷ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

concentración y enfoque del pensamiento que se presenta durante el episodio de manía en el sujeto; de presentarse un episodio de depresión ante la misma situación, se generará una reducida capacidad de acción, se presentará letargo en el pensamiento del sujeto, y por consiguiente, el discernimiento en el actuar se verá entorpecida; manifestándose en cualquiera de las dos situaciones errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar en el paciente; generando un tratamiento mal establecido que podría conllevar a su deterioro o posible muerte. Ante la dinámica de interacción de este tipo de personalidad con respecto a las demás personalidades que se encuentran en el área, esta será altamente influenciada y manipulable, generando a su vez mayor interacción en los periodos de polaridad.¹³⁸

- El 8.33 % de los médicos residentes en oncología médica presentaron rasgos Obsesivos-Compulsivos, siendo que esta característica en la personalidad puede afectar el desarrollo de las actividades académicas y laborales, debido a que el sujeto llega a invertir demasiado tiempo en conceptualizar las acciones, pudiendo entorpecer la dinámica y la celeridad en los procesos de atención; pero por otro lado, puede ser una capacidad bien empleada para lograr la revisión en cada aspecto antes de iniciar o aprobar un proceso. El sujeto que presenta rasgos Obsesivos-Compulsivos, presentará rutinas establecidas por si mismo, para el desarrollo de una actividad, siendo que dicha rutina puede conllevar la repetición consecutiva y constante de una sola acción; pero dentro del actuar médico se requiere, en la mayoría de las ocasiones un actuar rápido y sencillo, sin presentar una compulsión en el actuar que provenga de una obsesión; ya que dicha desviación en el pensamiento, puede generar pérdida de tiempo en el actuar y la vida del paciente puede presentar un deterioro por un actuar tardío en el médico. El aspecto negativo

¹³⁸ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

de la obsesión- compulsión en cuestiones académicas, se puede presentar en el ritmo a desarrollar ante la necesidad del sujeto por aprender y aprehender un proceso o procedimiento; ya que tiene pasos establecidos, los cuales pueden presentar una desviación porque el tipo de paciente requiere de otro actuar; el médico de presentar obsesión- compulsión en un técnica aprendida, no podrá manifestar o desarrollar otro actuar, llegando a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre el paciente; siendo que un error de esta característica podría generar un mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento mal aplicado que conllevará a su deterioro o posible muerte. El lado positivo de este tipo de personalidad es el ser muy metódico en su actuar; pero llegando a presentar compulsión sobre este mismo, limitando su trabajo por el tiempo sobre cada paso. Tipo de personalidad que puede presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar en el paciente, debido a que ante la disonancia de discernimiento por un tratamiento puede perder tiempo en el inicio del tratamiento; generando un mal sobre el paciente que también puede ser traducido en un deterioro o posible muerte de este. Ante la interacción sobre las demás personalidades se presentará fricción, ya que no podrá ejecutar las mismas acciones en el mismo tiempo que los demás, limitándose a su propio trabajo.¹³⁹

- El 8.33 % de los médicos residentes en oncología médica presentaron alteraciones en el Estado de Ánimo; alteración correspondiente a un Trastorno Depresivo, siendo que esta sintomatología afecta de forma directa el desarrollo y desempeño del sujeto, afectando a sí mismo la interacción a nivel social, recurriendo al aislamiento y limitada convivencia. Tipo de personalidad del residente en oncología médica, que presentará varios episodios depresivos, generando un actuar más lento en cuestiones académicas y cuestiones clínicas; presentará un

¹³⁹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

letargo en el proceso de aprendizaje y por consiguiente se desarrollarán conflictos en el trabajo directo con el paciente, llegando a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre el paciente; siendo que un error de esta característica generará un mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte; aunado a su limitado actuar se presentará poca o reducida respuesta sobre una emergencia. Ante la interacción con las personalidades presentes en el servicio; esta personalidad se encontrará siempre bajo presión, limitando y auto-devaluando su actuar con respecto a los demás; presentando alta tendencia a compararse para nuevamente auto- devaluarse y justificarse sobre su mal actuar.¹⁴⁰

- El 20.83 % de los médicos residentes en oncología médica no presentaron alteración en personalidad, presentando integridad a nivel de salud mental; siendo y conformando una estructura psíquica y de personalidad funcional. Tipo de característica de personalidad que no presenta afectación alguna la cual desarrollará un buen actuar sobre el paciente, realizando un desarrollo integral en cuestión académica- laboral- clínica, en que su actuar se verá traducido en la búsqueda de la mejora del paciente; limitando su actuar cuando este debe de ser limitado para no recurrir en la maleficencia del paciente. Se presentará un buen apego a las normas de actuar ético y moral; así como el actuar del código Hipocrático del médico sobre su paciente. Se manifestará un constante ajuste de carácter psíquico sobre su actuar cotidiano ante las cuestiones clínicas- académicas; pudiendo desarrollar procesos neuróticos sobre situaciones estresantes, pero serán simples procesos de adaptación o estados, más no serán rasgos neuróticos; debido a que remitirán cuando la situación haya pasado o haya sido superada por dicho sujeto. Ante la interacción de las demás personalidades, se generarán fricciones

¹⁴⁰ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

adaptativas, con tendencia a evitar conflictivas; debido a la racionalidad del actuar, limitará las fricciones o conflictos.¹⁴¹

- El 45.83 % de los médicos residentes en oncología médica presentaron ligeras alteraciones en la estructura psíquica, ya que presenta Sintomatología Depresiva, sin ser derivado de un trastorno del estado de ánimo como tal, ni conformando un trastorno del estado de ánimo, pero dicha sintomatología, puede llegar a interferir en el desarrollo laboral y académico del sujeto. Siendo este sujeto funcional ante la presión académica y laboral, pero presenta tendencia a desarrollar con mayor facilidad sintomatología depresiva ante el actuar cotidiano en el servicio, además de que se podrá ver afectado por la dinámica de interacción sobre el paciente. Ante la interacción con las demás personalidades que se encuentran en el servicio, se podrá ver afectada de forma circunstancial por las personalidades dominantes; sin llegar a repercutir su trabajo académico-clínico sobre el actuar con el paciente.¹⁴²

Solamente el 20.83% del personal residente en oncología médica no presentaron alteración psíquica alguna; siendo que dicho porcentaje no generará fricciones o afectaciones que repercutan en errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar en el paciente; este porcentaje es el punto fuerte del trabajo en la residencia de Oncología médica; el 45.83 % del personal residente en oncología médica presentaron una ligera alteración psíquica, que podría ser traducida en una ligera afectación sobre el trabajo cotidiano del servicio de Oncología Médica, generando ligeras desviaciones sobre el trabajo directo con el paciente, traducido en posibles quejas administrativas sobre el trato directo con este. Pero el 33.34% del personal residente en oncología médica presentaron

¹⁴¹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

¹⁴² Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

alteraciones de la personalidad; alteraciones que evidentemente repercuten sobre el trabajo diario del servicio de Oncología Médica, alteraciones que recaen en el actuar directo con el paciente, desarrollando errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar; error que generará un mal mayor sobre el paciente; debido a un tratamiento mal establecido sobre este que conllevará a su deterioro o posible muerte. Traducido en una queja de carácter Legal; ya sea en materia Civil o Penal. Al tener el conocimiento de la estructura psíquica y de la personalidad de cada uno de los médicos residentes se puede conocer y visualizar cualquier foco de alteración psíquica en éstos, alteración que limita el buen desarrollo del trabajo diario.

Al identificar la personalidad y las posibles alteraciones en la personalidad del médico residente en oncología médica se puede realizar un trabajo de prevención en salud mental para evitar focos de distrés emocional que limiten el trabajo y desarrollo clínico del médico; mejorando así su rendimiento y productividad. Así como al identificar alteraciones en la personalidad o en la estructura psíquica, se pueden aplicar tratamientos en salud mental para mejorar dicha condición psíquica; reduciendo así, alteraciones y problemas en el funcionamiento de la unidad.

Aplicación de MMPI-2, año 2012

Recordando el estudio sobre los perfiles de personalidad realizado a todos los médicos residentes del servicio de Oncología médica del año 2010, se realizó un segundo estudio con los residentes del 1er año de las tres especialidades médicas que fueron aceptados y que ingresaron a realizar su residencia médica en la Unidad Médica; los rasgos dominantes de las personalidades fueron:

| Rasgo Dominante | | % |
|-----------------------------------|---|------|
| Personalidad Límitrofe. | 1 | 4.76 |
| Hipocondría. | 1 | 4.76 |
| Obsesión-Compulsión. | 1 | 4.76 |
| Personalidad Pasivo- Dependiente. | 1 | 4.76 |
| Personalidad Pasivo-Agresivo. | 1 | 4.76 |
| Personalidad Antisocial. | 2 | 9.52 |
| Personalidad Histérica. | 2 | 9.52 |
| Inestabilidad Emocional. | 2 | 9.52 |
| Personalidad Paranoide. | 2 | 9.52 |
| Narcisismo. | 2 | 9.52 |
| Baja Autoestima | 3 | 14.3 |
| Trastorno Bipolar | 3 | 14.3 |

Al realizar la discriminación y evaluación con respecto al porcentaje de las alteraciones de la personalidad presentes en los residentes de Primer Año del Hospital de Oncología del año 2012 se encuentran que él:

- 4.76% de los residentes de Primer Año presentarán periodos alternos entre gran insensibilidad con respecto a las consecuencias de sus acciones y preocupación excesiva con respecto a los efectos de su comportamiento. Estas personas serán un ejemplo de cierto tipo de paradoja, ante una insensibilidad sobre las consecuencias sociales de la propia conducta, y una excesiva preocupación de su conducta; es decir, se presentarán episodios en los que su comportamiento es de *acting out*, seguido de sentimientos de culpa y censura de sí mismos; sin embargo, esto no impedirá que manifieste *acting out* posteriormente. Serán comunes las quejas somáticas vagas, tensiones y fatiga. A menudo informarán que se sienten exhaustos e incapaces de enfrentar los problemas que los rodean. Los sentimientos de dependencia y su inseguridad personal dificultarán su adaptación. Son tan inseguros que necesitarán con frecuencia se les muestre

confianza acerca de su propia valía. Ante la convivencia en el ámbito de trabajo, se desarrollará la búsqueda de personalidades dominantes y de respaldo; que puedan en algún momento desarrollar vínculos de amistad, pero en búsqueda de aceptación y protección; pero al presentarse en su mayoría personalidades conflictivas, se manifestará frustración y desaprobación propia generando irritabilidad y malestar. Ante el trabajo clínico, quirúrgico académico presentará poco desenvolvimiento; llegando en algunas ocasiones a manifestar interés en el aspecto del paciente (estudio de caso, mejor proceso de intervención quirúrgica) y en algunas otras (en momentos de frustración), apatía, desgano, maltrato y frialdad sobre el paciente¹⁴³.

- 4.76% de los residentes de Primer Año presentaron síntomas hipocondríacos severos, en especial dolores de cabeza ante la presión constante de la carga académica, moral y social del programa de residencia; se manifestarán gran indecisión y procesos de ansiedad; socialmente se manifestará extroversión pero con poca habilidad para relacionarse con el sexo opuesto. Quizá se presente y desarrolle rebeldía contra figuras de autoridad pero no expresan estos sentimientos de manera abierta; al presentarse poco satisfacción sobre ellos mismos, se presentarán periodos de pesimismo, exigencia ante la sociedad y rebeldía pasiva. Probablemente se hará uso excesivo de alcohol, siendo poco objetivos con respecto al medio ambiente y las personas que les rodean desarrollando poca actividad productiva. No presentarán metas ni motivación definidas; más que solamente finalizar la residencia; siendo resistentes a la psicoterapia tradicional porque tienden a negar la naturaleza emocional de sus problemas; sus síntomas físicos son crónicos por lo que resulta poco probable que haya cambios. Ante la dinámica del servicio quirúrgico y la residencia, se presentarán periodos de letargo, ausencias, poco apego al trabajo terapéutico, así

¹⁴³

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

como poco apego al seguimiento del paciente y su proceso de tratamiento. En comparación y combinación con las demás personalidades del servicio quirúrgico, se presentará rechazo ante a las personalidades dominantes, desarrollando mayor exacerbación en sintomatología física.¹⁴⁴

- 4.76% de los residentes de Primer Año presenta rasgos Obsesivos- Compulsivos, siendo que esta característica en la personalidad puede afectar el desarrollo de las actividades académicas y laborales, debido a que el sujeto llega a invertir demasiado tiempo en conceptualizar las acciones, pudiendo entorpecer la dinámica y la celeridad en los procesos de atención; pero por otro lado, puede ser una capacidad bien empleada para lograr la revisión en cada aspecto antes de iniciar o aprobar un proceso. El sujeto que presenta rasgos Obsesivos- Compulsivos, presentará rutinas establecidas por si mismo, para el desarrollo de una actividad, siendo que dicha rutina puede conllevar la repetición consecutiva y constante de una sola acción; pero dentro del actuar médico se requiere, en la mayoría de las ocasiones un actuar rápido y sencillo, sin presentar una compulsión en el actuar que provenga de una obsesión; ya que dicha desviación en el pensamiento, puede generar pérdida de tiempo en el actuar y la vida del paciente puede presentar un deterioro por un actuar tardío en el médico. El aspecto negativo de la obsesión- compulsión en cuestiones académicas, se puede presentar en el ritmo a desarrollar ante la necesidad del sujeto por aprender y aprehender un proceso o procedimiento; ya que tiene pasos establecidos, los cuales pueden presentar una desviación porque el tipo de paciente requiere de otro actuar; el médico de presentar obsesión- compulsión en un técnica aprendida, no podrá manifestar o desarrollar otro actuar, llegando a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre el paciente; siendo que un error de esta característica podría generar un mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento

¹⁴⁴

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

mal aplicado que conllevará a su deterioro o posible muerte. El lado positivo de este tipo de personalidad es el ser muy metódico en su actuar; pero llegando a presentar compulsión sobre este mismo, limitando su trabajo por el tiempo sobre cada paso. Tipo de personalidad que puede presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar en el paciente, debido a que ante la disonancia de discernimiento por un tratamiento puede perder tiempo en el inicio del tratamiento; generando un mal sobre el paciente que también puede ser traducido en un deterioro o posible muerte de este. Ante la interacción sobre las demás personalidades se presentará fricción, ya que no podrá ejecutar las mismas acciones en el mismo tiempo que los demás, limitándose a su propio trabajo.¹⁴⁵

- 4.76% de los residentes de Primer Año presentarán demandas excesivas y poco realistas en sus relaciones con los demás, asimismo, buscarán la atención y simpatía de los demás y de las figuras de autoridad, teniendo que recurrir a eliminar a la competencia o algún rival; por lo general sospechan de los demás y resentirá que se les exija algo. Los problemas en las relaciones con otras personalidades se desarrollarán de forma rápida; ya que es característico de su conflicto psicológico, en especial cuando estos involucran a personas del sexo opuesto. En el personal femenino se identificará en forma excesiva con el rol tradicional femenino y dependan en forma importante del sexo opuesto. En general, tanto hombres como mujeres desconfiarán de los motivos de los demás y tenderán a evitar involucrarse emocionalmente de manera profunda. Se les considerará irritables, malhumorados, personas que les gusta discutir, que se muestran odiosas y resentidas con las autoridades. Se caracterizarán por hostilidad y enojo reprimidos; quizá externen culpa por su enojo, pero en realidad tenderán a culpar a los demás de lo que les pasa. No logrará aceptar la responsabilidad con respecto a su propio comportamiento y se

¹⁴⁵

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

valoran a si mismos de manera poco realista y grandiosa; es por ello que. Ellos desearán que los demás y las circunstancias cambien y se ajusten a sus necesidades, en lugar de que ellos modifiquen los focos de alteración y desadaptación. Ante la convivencia con las demás personalidades, se desarrollarán rivalidades de forma pasiva ante las personalidades dominantes; llegando a mostrarse y manifestarse como víctima de la situación expuesta.¹⁴⁶

- 4.76% de los residentes de Primer Año presentarán angustia extrema; probablemente informen que sienten ansiedad, tensión, inquietud y presentarán quejas somáticas; se tornarán agresivas y belicosas si se les minimizan los problemas somáticos; se mostrarán ambiciosos, pero al carecen de metas claras presentarán frustración por no tener la habilidad para llegar a un alto nivel en lo que pretenden. Procurarán negar que experimentan problemas de personalidad. Se describirán como felices y confiados en si mismos, a pesar de lo que los demás piensen. Es factible que se resistan a aceptar explicaciones psicológicas con respecto a los problemas médicos que perciben; ante el funcionamiento del servicio de radioterapia, presentarán excusas para la no realización de las actividades requeridas de la unidad, aunado a la demanda constante del usuarios sobre los servicios, desarrollará constantes procesos de enojo, frustración e ira; ya que manifestará y presentará somatización a forma de justificación. Ante el funcionamiento con las demás personalidades, se presentará apego y sometimiento ante las personalidades dominantes, funcionando como mecanismo de canalización y ventilación.¹⁴⁷
- 9.52% de los residentes de Primer Año presentarán problemas ante la capacidad de seguir órdenes de superiores, debido a que hacen caso omiso a normas y valores; presentando por esto

¹⁴⁶

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

¹⁴⁷

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

mismo, frecuentes problemas con la autoridad, no aceptando la responsabilidad de su propio comportamiento. Rasgo de la personalidad que afecta directamente el trabajo de un área; al no realizar el apego a la norma establecida por el lugar, se tiene a realizar su propio concepto de lo permitido y lo no permitido; de presentarse alguna alteración en cuestión emocional ante este tipo de personalidad es debido a los límites que le fueron impuestos por la autoridad, que ha tenido que reprender sobre una acción; pero ante dicho perfil no se presentará un apego real, sino solamente encubierto para reducir la penalización; buscando generar conflictiva a nivel social, para lograr obtención de un placer o gozo ante el conflicto o conflictiva del otro. Personalidad que busca generar dificultad a nivel de norma social; ya que se rige bajo su propio código de ética. Sobre el trabajo directo con el paciente llegará a presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar ya que esta personalidad solo actuará bajo su convicción, sin buscar el beneficio del otro; es decir, en la búsqueda de un logro personal puede llegar a generar un mal mayor sobre otro, traducido en un mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte con la justificación de la búsqueda en la mejora de un aspecto académico. Ante la interacción con las demás personalidades que se encuentran en el área, se mostrará como líder ante la coacción, ejerciendo manipulación sobre las personalidades de bajo carácter.¹⁴⁸

- 9.52% de los residentes de Primer año presentarán quejas físicas vagas, que aumentarán bajo el estrés y desaparecerán cuando este disminuya. Generalmente no se presentará ansiedad ni depresión graves; personas que probablemente desarrollarán un nivel de eficiencia reducido en los ámbitos académico y profesional. Preferirán explicaciones médicas con relación a sus síntomas y se resistirán a aceptar interpretaciones psicológicas, asimismo, se negará y

¹⁴⁸

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

racionalizarán sus fallas presentando poca capacidad de *insight* sobre sus dificultades. Se percibirán a si mismos como normales, responsables y sin fallas, no sentirán preocupación por sus síntomas y problemas; siendo demasiado optimistas e ingenuamente ilusorios. Se manifestarán periodos de inmadurez, egocentrismo y egoísmo, por lo que también podrán ser muy narcisistas. Se mostrarán pasivos y dependientes, desarrollando inseguridad si no obtienen la gran atención y simpatía que necesitan. Se les verá como sociables y extrovertidos, pero sus relaciones serán típicamente superficiales, ya que no se involucran con los demás. Existirán ganancias secundarias asociadas con las quejas físicas. Posiblemente mostrarán resentimiento y hostilidad hacia quienes ellos consideran que no les ofrecen suficiente atención y apoyo, ya que sentirán tratados injustamente por la vida. Se les considerará sobrecontrolados y pasivo-agresivos en sus relaciones. Mostrando arrebatos de ira ocasionales. Ante la relación con otras personalidades será muy selectivo y buscará a las personalidades dependientes para autoafirmarse su capacidad ficticia; de presentarse una personalidad sobresaliente a si mismo, se manifestarán conflictos y rivalidades.¹⁴⁹

- 9.52% de los residentes de Primer Año manifestarán enojo crónico e intenso, con impulsos hostiles y agresivos, por lo que no conseguirán expresar de manera apropiada sus sentimientos negativos. Presentarán problemas para controlarse, desarrollando y manifestando periodos breves de exhibicionismo (*acting out*) violento y agresivo, asimismo, ignorarán el origen de este comportamiento agresivo y sus consecuencias. Serán extrapunitivos, considerando su comportamiento como problemático, ya que culparán a los demás de lo que les sucede. No mostrarán ansiedad ni depresión que los incapacite, pero en cambio expresarán sus quejas somáticas. Se presentarán desadaptación sexual y la promiscuidad de forma común ante

¹⁴⁹

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

situaciones de estrés sobre este tipo de sujetos. Debido a que se presentan sentimientos de hostilidad muy arraigados hacia los miembros de la familia, desde tiempo atrás. Tenderán a exigir la atención y la aprobación de los demás en especial de las figuras de autoridad o superiores en sus ámbitos de trabajo; serán muy susceptibles al rechazo y desaprobación sobre una acción mal tomada o alguna corrección realizada sobre estos, tornándose hostiles cuando se les critique. Aunque exteriormente se mostrarán conformes, interiormente serán rebeldes. Después de presentar periodos de *acting out*, los se pueden desarrollar pensamientos o acciones suicidas. Muchas veces expresarán su agresión en forma pasiva, pero insistente, por lo que es factible que ello les llegue a ocasionar problemas con los demás; esa es la razón por la que muchas de estas personas presentan conflictos con su familia o con su pareja. Ante la dinámica con las demás personalidades presentes en el área de trabajo del residente se buscará desarrollar alianzas con personalidades inferiores a fin de poder contrarrestar alguna personalidad sobresaliente o más dominante de esta; al no lograrlo, se desarrollarán conflictiva con estas, buscando la nula unificación de los demás.¹⁵⁰

- 9.52% de los residentes de Primer Año serán demasiado susceptibles y desconfiados, se percibirán vulnerables con respecto a amenazas reales o imaginarias, sentirán ansiedad, y quizá manifiesten periodos de llanto y temblor con frecuencia. Tenderán a reaccionar demasiado ante la más mínima presión y responderán a serios reveses refugiándose en fantasías. Se manifestarán signos de desordenes en el pensamiento, se presentarán quejas para pensar y problemas para concentrarse. Podrán desarrollar cuadros de deliro, alucinaciones, discurso irrelevante e incoherente, así como lucir desorientados y perplejos. La capacidad de juicio de estas personas será limitada. Mostrarán una gran necesidad de afecto; son pasivo-dependientes

¹⁵⁰

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

en sus relaciones; serán incapaces de expresar emociones en forma adaptativa. Aunque estos individuos se describirán a si mismos como felices, tranquilos, adaptables y con buenas condiciones de salud; serán los demás quienes los verán como enojones, hostiles y demasiado susceptibles al estrés. Se presentarán periodos alternos de sobrecontrol y arrebatos emocionales directos y poco controlados. Ante la dinámica del servicio de oncología médica, se presentarán conflictiva, debido a que tenderán a evitar responsabilidades directas, limitándose a canalizar y responsabilizar a otro; no seguirá la línea de jerarquía marcada, porque optará por saltarse los procesos en búsqueda de una justificación que le convenga. No podrá reaccionar de forma acertada ante situaciones de estrés, se presentarán constantes bloqueos a nivel mental y físico; que conllevarán a una mala y errónea ejecución del actuar sobre el paciente; que podrá ser traducido en negligencia médica o evento centinela. Ante la convivencia con las demás personalidades se manifestarán alteraciones y constantes conflictos; debido a esta personalidad creará que existe confabulación del entorno en contra de ella.¹⁵¹

- 9.52% de los residentes de Primer Año se mostrarán inmaduros, narcisistas e indulgentes con ellos mismos, se caracterizarán por hacer demandas excesivas y poco realistas en sus relaciones con los demás, asimismo, buscarán atención y simpatía; por lo general sospecharán de los demás y resentirán que se les exija algo. Los problemas en las relaciones con otros serán características de sus conflictos psicológicos, en especial cuando estos involucren a personas del sexo opuesto. Las mujeres con este tipo de código se identificarán en forma excesiva con el rol tradicional femenino y dependerán en forma importante de los hombres. En general, tanto hombres como mujeres desconfiarán de los motivos de los demás y tenderán a evitar involucrarse emocionalmente de manera profunda. Se les considerará irritables, malhumorados,

¹⁵¹

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

personas que les gustará discutir, se mostrarán odiosas y resentidas con las autoridades. Serán comunes los problemas de personalidad en cuanto a la adaptación. En el trabajo sobre los pacientes se mostrarán distantes, con periodos de despotismo, generando sentimientos superioridad- autoridad sobre los pacientes, se manifestarán periodos de soberbia, con tendencia a minimizar, limitar y menospreciar al paciente. Ante la dinámica con las demás personalidades, al presentarse la convivencia con alguna dominante, se desarrollará conflictiva e inicio de lucha de poder, con tendencia a buscar aliados en las personalidades pasivas.¹⁵²

- 14.3% de los residentes de Primer Año se mostrarán de forma introvertida, tímida y socialmente insegura. Evitarán involucrarse con las personas significativas que las rodean; con tendencia al aislamiento. Privilegiará el pensamiento sobre la acción, así que resultara poco probable que actúen de forma impulsiva; pero se desarrollará un bloque en la capacidad de aprendizaje debido a que se presentará un bloqueo por pensar demasiado. Preferirán estar en pequeños grupos o a solas; debido a que por el tipo de perfil se es convencional y conformista; presentando alta tendencia a ser moralista o rígido, siendo demasiado sensible a desaires y rechazos; se desarrollarán cuadro de ligeras alteraciones en la estructura psíquica, con Sintomatología Depresiva, sin ser derivar en un trastorno del estado de ánimo como tal; pero dicha sintomatología, puede llegar a interferir en el desarrollo laboral y académico del sujeto. Siendo este sujeto funcional ante la presión académica y laboral, pero presentará tendencia a desarrollar con mayor facilidad sintomatología depresiva ante el actuar cotidiano en el servicio, además de que se podrá ver afectado por la dinámica de interacción sobre el paciente. Ante la interacción con las demás personalidades que se encuentran en el servicio, se podrá ver afectada de forma circunstancial por las personalidades dominantes; sin llegar a repercutir su trabajo

¹⁵²

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

académico- clínico sobre el actuar con el paciente.¹⁵³

- 14.3% de los residentes de Primer Año presentarán desajustes ante la dinámica a desarrollar en el área laboral y académica, entorpeciendo y limitando el desarrollo y buen funcionamiento del área; debido a que tomarán decisiones erróneas en periodos de manía y cuando se presentan periodos depresivos, la persona desarrollará y experimentar procesos de letargo, afectando de forma directa el desarrollo de los procesos del área. Dicha personalidad, presentará varios desajustes en un solo día, ya que la presión sobre el ritmo y el tipo de trabajo a desarrollar correspondiendo al tipo de paciente; se presentará un amplió desajuste, donde ante la necesidad de tomar decisiones bajo presión y de presentar un episodio de manía, se llegarán a realizar varios errores, debido a la poca capacidad de concentración y enfoque del pensamiento que se presenta durante el episodio de manía en el sujeto; de presentarse un episodio de depresión ante la misma situación, se generará una reducida capacidad de acción, se presentará letargo en el pensamiento del sujeto, y por consiguiente, el discernimiento en el actuar se verá entorpecida; manifestándose en cualquiera de las dos situaciones errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar en el paciente; generando un tratamiento mal establecido que podría conllevar a su deterioro o posible muerte. Ante la dinámica de interacción de este tipo de personalidad con respecto a las demás personalidades que se encuentran en el área, esta será altamente influenciable y manipulable, generando a su vez mayor interacción en los periodos de polaridad.¹⁵⁴

Con los resultados arrojados de esa investigación, se pudo realizar una proyección sobre el índice de

¹⁵³

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

¹⁵⁴

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

problemas a desarrollar en la unidad médica ante la interacción de los perfiles de personalidad presentes en las diversas especialidades médicas; demostrando nuevamente la utilidad de realizar dicha exploración en la estructura psíquica de cada uno de los residentes de nuevo ingreso; pero ante el conocimiento de las alteraciones y futuras situaciones no se pudieron controlar; porque los perfiles dominantes y conflictivos han manipulado a las demás personalidades; pero la unidad médica y la dirección de enseñanza reconocieron el valor y el aporte pronóstico de contar con dichas evaluaciones previas.

Aplicación de MMPI-2, año 2013

Al haberse realizado la valoración de los médicos residentes que ingresaron a la Unidad Médica y al obtenerse el perfil de personalidad base de cada uno, habiéndose demostrado una aportación valiosa pronóstica para la Unidad Médica, se ha procedido a realizar en generaciones futuras dicha implementación diagnóstica. Siendo así, se procedió también para el año 2013 a realizar dicha evaluación a fin de conocer y prevenir futuras alteraciones ante la interacción del personal médico residente. Realizado la aplicación, calificación, integración e interpretación del MMPI-2 para todos los médicos residentes de 1er año de las tres especialidades médicas que fueron aceptados y que ingresaron a realizar su residencia médica en la Unidad Médica; los rasgos dominantes de las personalidades fueron:

| Rasgo Dominante | | % |
|-----------------------------------|---|----|
| | | |
| Desorden Bipolar I | 1 | 5 |
| Desorden Bipolar II | 1 | 5 |
| Narcisismo | 1 | 5 |
| Personalidad Antisocial. | 1 | 5 |
| Personalidad Pasivo- Dependiente. | 1 | 5 |
| Trastorno Ansiedad. | 1 | 5 |
| Esquizofrenia. | 1 | 5 |
| Inestabilidad Emocional. | 2 | 10 |
| Trastorno Paranoide | 2 | 10 |
| Rasgos Paranoides. | 3 | 15 |
| Obsesión-Compulsión. | 6 | 30 |
| | | |

- El 5 % de los residentes de Primer Año del año 2013 se mostrarán egocéntricos y narcisistas, con tendencia a sobrevalorarse; podrán referir que suelen decir que están interesados en llegar a ser importantes pero en el fondo piensan que van a fracasar.¹⁵⁵ Las personas jóvenes con este patrón tal vez estén sufriendo una crisis de identidad. Desde el punto de vista sintomático, estos individuos tal vez sean ansiosos, tensos y presenten quejas somáticas, en especial de tipo gastrointestinal. Algunos individuos con este patrón quizá no estén deprimidos en el momento que se aplica el inventario, pero poseen antecedentes de depresión grave.¹⁵⁶ Algunos individuos con este perfil pueden presentar un patrón de negación que en realidad cubre sentimientos de desadaptación e inutilidad. Tienden a defenderse contra la depresión por medio de actividad excesiva. Es posible que estas personas tengan periodos alternos de gran actividad y fatiga. El diagnóstico más común en este caso es desorden bipolar; cuando este diagnóstico se confirma es importante utilizar ayuda farmacológica. Algunas veces este perfil se encuentra entre

¹⁵⁵ Hathaway, S; Mckinley, J. Adaptado al Español. Gómez- Maqueo, E. Inventario multifásico de la personalidad Minnesota- 2 MMPI-2, México D. F, Manual Moderno, 1989, pag.38

¹⁵⁶ Hathaway, S; Mckinley, J. Adaptado al Español. Gómez- Maqueo, E. Inventario multifásico de la personalidad Minnesota- 2 MMPI-2, México D. F, Manual Moderno, 1989, pag.184-185

pacientes con daño cerebral que han perdido el control o que hacen esfuerzos para cubrir las deficiencias con actividad excesiva. Sin embargo, no es posible utilizar este tipo de código para diagnosticar daño cerebral.¹⁵⁷

- El 5 % de los residentes de Primer Año del año 2013 niegan defectos, mostrando conformismo. Cuando se presenten problemas fingirán estar bien. Se muestran socialmente adaptados. Cuando se lleguen a manifestar problemas no los reconocerán debido a que presentan Autoconfianza y no estarán dispuestos a pedir ayuda. Se manifiesta poco o ningún interés especial acerca del cuerpo o la salud. Emocionalmente se denotará apertura y equilibrio, realista y con capacidad de insight. Sujeto estable, equilibrado, realista y razonable. Sincera, confiable, tenaz y responsable. Siendo confiado en sí mismo. Competitivo y Enérgico. Pudiendo mostrar cierta frialdad emocional ya que se guía por la lógica. Mostrarán pensamiento claro y actuando racionalmente. Característica de personas precavidas y flexibles. El sujeto presentará organización, adaptación y confianza; pero a su vez se mostrará como un ser apático y pesimista, tímido y dependiente con falta de energía con poca confianza en sí mismo. Puede estar deprimido y fatigarse fácilmente. Puede tratarse de sujetos enérgicos y activos, con entereza. La persona puede ser equilibrada, amistosa y platicadora.¹⁵⁸
- El 5 % de los residentes de Primer Año del año 2013 se mostrarán inmaduros, narcisistas e indulgentes con ellos mismos, se caracterizarán por hacer demandas excesivas y poco realistas en sus relaciones con los demás, asimismo, buscarán atención y simpatía; por lo general

¹⁵⁷ Hathaway, S; Mckinley, J. Adaptado al Español. Gómez- Maqueo, E. Inventario multifásico de la personalidad Minnesota- 2 MMPI-2, México D. F, Manual Moderno, 1989, pag.51-57

¹⁵⁸ Hathaway, S; Mckinley, J. Adaptado al Español. Gómez- Maqueo, E. Inventario multifásico de la personalidad Minnesota- 2 MMPI-2, México D. F, Manual Moderno, 1989, pag.46

sospecharán de los demás y resentirán que se les exija algo. Los problemas en las relaciones con otros serán características de sus conflictos psicológicos, en especial cuando estos involucren a personas del sexo opuesto. Las mujeres con este tipo de código se identificarán en forma excesiva con el rol tradicional femenino y dependerán en forma importante de los hombres. En general, tanto hombres como mujeres desconfiarán de los motivos de los demás y tenderán a evitar involucrarse emocionalmente de manera profunda. Se les considerará irritables, malhumorados, personas que les gustará discutir, se mostrarán odiosas y resentidas con las autoridades. Serán comunes los problemas de personalidad en cuanto a la adaptación. En el trabajo sobre los pacientes se mostrarán distantes, con periodos de despotismo, generando sentimientos superioridad- autoridad sobre los pacientes, se manifestarán periodos de soberbia, con tendencia a minimizar, limitar y menospreciar al paciente. Ante la dinámica con las demás personalidades, al presentarse la convivencia con alguna dominante, se desarrollará conflictiva e inicio de lucha de poder, con tendencia a buscar aliados en las personalidades pasivas.¹⁵⁹

- El 5 % de los residentes de Primer Año del año 2013 presentarán problemas ante la capacidad de seguir órdenes de superiores, debido a que hacen caso omiso a normas y valores; presentando por esto mismo, frecuentes problemas con la autoridad, no aceptando la responsabilidad de su propio comportamiento. Rasgo de la personalidad que afecta directamente el trabajo de un área; al no realizar el apego a la norma establecida por el lugar, se tiene a realizar su propio concepto de lo permitido y lo no permitido; de presentarse alguna alteración en cuestión emocional ante este tipo de personalidad es debido a los límites que le fueron impuestos por la autoridad, que ha tenido que reprender sobre una acción; pero ante dicho perfil no se presentará un apego real, sino solamente encubierto para reducir la penalización;

¹⁵⁹

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

buscando generar conflictiva a nivel social, para lograr obtención de un placer o gozo ante el conflicto o conflictiva del otro. Personalidad que busca generar dificultad a nivel de norma social; ya que se rige bajo su propio código de ética. Sobre el trabajo directo con el paciente llegará a presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar ya que esta personalidad solo actuará bajo su convicción, sin buscar el beneficio del otro; es decir, en la búsqueda de un logro personal puede llegar a generar un mal mayor sobre otro, traducido en un mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte con la justificación de la búsqueda en la mejora de un aspecto académico. Ante la interacción con las demás personalidades que se encuentran en el área, se mostrará como líder ante la coacción, ejerciendo manipulación sobre las personalidades de bajo carácter.¹⁶⁰

- El 5 % de los residentes de Primer Año del año 2013 presentarán demandas excesivas y poco realistas en sus relaciones con los demás, asimismo, buscarán la atención y simpatía de los demás y de las figuras de autoridad, teniendo que recurrir a eliminar a la competencia o algún rival; por lo general sospechan de los demás y resentirá que se les exija algo. Los problemas en las relaciones con otras personalidades se desarrollarán de forma rápida; ya que es característico de su conflicto psicológico, en especial cuando estos involucran a personas del sexo opuesto. En el personal femenino se identificará en forma excesiva con el rol tradicional femenino y dependan en forma importante del sexo opuesto. En general, tanto hombres como mujeres desconfiarán de los motivos de los demás y tenderán a evitar involucrarse emocionalmente de manera profunda. Se les considerará irritables, malhumorados, personas que les gusta discutir, que se muestran odiosas y resentidas con las autoridades. Se caracterizarán por hostilidad y enojo reprimidos; quizá externen culpa por su enojo, pero en realidad tenderán a culpar a los

¹⁶⁰

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

demás de lo que les pasa. No logrará aceptar la responsabilidad con respecto a su propio comportamiento y se valoran a si mismos de manera poco realista y grandiosa; es por ello que. Ellos desearán que los demás y las circunstancias cambien y se ajusten a sus necesidades, en lugar de que ellos modifiquen los focos de alteración y desadaptación. Ante la convivencia con las demás personalidades, se desarrollarán rivalidades de forma pasiva ante las personalidades dominantes; llegando a mostrarse y manifestarse como víctima de la situación expuesta.¹⁶¹

- El 5% de los médicos residentes de Primer Año manifestarán Susceptibilidad en las relaciones. Personas sensible ante las relaciones interpersonales, moralistas y que con tendencia a desconfiar de los demás. Suspica, autoritaria con rigidez en el pensamiento por lo que se muestra receloso, cuestionando de forma constante a los demás y argumentan en exceso.¹⁶² Se enoja fácilmente, resentido y rencoroso. Empleando la proyección como mecanismo de defensa. Sensible y responden de manera exagerada a las reacciones de los demás, por lo que se muestra cauteloso, defensivo y desconfiado en las relaciones interpersonales. Quizá lleguen a sentir “que la vida ha sido muy injusta”, por lo que tiende a racionalizar sus faltas y a culpar a los demás de lo que les sucede. Persona probablemente hostil, resentida y con capacidad para discutir frecuentemente; sensibles a las opiniones de los demás y sobrevaloran lo racional como una forma de lograr seguridad. Pensamiento sobre ser rechazado, sin percatarse de que es quien se rechazan a si mismo; por otra parte, tendencia a ser moralista y rígido. Es percibido por los demás como temperamentales y lábiles emocionalmente. El pronóstico en psicoterapia de personas que obtienen puntuaciones elevadas en Pa es pobre, porque no tienen confianza en el terapeuta y se les dificulta hablar de sus

¹⁶¹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

¹⁶² Hathaway, S; Mckinley, J. Adaptado al Español. Gómez- Maqueo, E. Inventario multifásico de la personalidad Minnesota- 2 MMPI-2, México D. F., Manual Moderno, 1989, pag.96-98

problemas emocionales.¹⁶³

- El 5 % de los médicos residentes presentaron rasgos de Trastorno de Personalidad característico a Esquizofrenia. Característica de personalidad donde el sujeto es narcisista e indulgente consigo mismo, debido a que el cree y considera que siempre se encuentra en lo correcto, con tendencia a justificarse sobre sus acciones, culpando a los demás de lo que ocurre a su alrededor, no llegando a aceptar la responsabilidad de sus propio comportamiento, valorándose a sí mismo de manera poco realista y grandiosa. Desconfiando de los demás, evitando las relaciones afectivas de forma profunda. Persona altamente irritable, que gusta de discutir y evitar figuras de autoridad, porque no las llegan a reconocer. Situación que genera gran conflictiva en la dinámica a desarrollar en el ámbito laboral; debido a que al no reconocer figuras de autoridad, hace caso omiso a indicaciones recibidas de superiores, limitando toda interacción a su propia percepción, generando conflictiva con relación interpersonal; argumentando y manifestando tener la única razón ante un hecho, minimizando y discriminando todo aporte que recibe de la sociedad. Figura que genera gran conflictiva en dinámicas de trabajo por reducida cooperación en el ámbito social. Ya que por psicopatología de base, la estructura psíquica solo puede convivir consigo misma no logrando interactuar de forma recíproca con sociedad. Llega a elaborar propios juicios de razón sobre cualquier situación, siendo esta de carácter: laboral, académica, social, personal; proponiendo esta situación al trabajo directa sobre el paciente; llegará a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre este; siendo que un error de esta característica generará un

¹⁶³ Hathaway, S; Mckinley, J. Adaptado al Español. Gómez- Maqueo, E. Inventario multifásico de la personalidad Minnesota- 2 MMPI-2, México D. F, Manual Moderno, 1989, pag.39-40

mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento mal establecido sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte.¹⁶⁴

- El 10% de los residentes de Primer Año manifestarán enojo crónico e intenso, con impulsos hostiles y agresivos, por lo que no conseguirán expresar de manera apropiada sus sentimientos negativos. Presentarán problemas para controlarse, desarrollando y manifestando periodos breves de exhibicionismo (*acting out*) violento y agresivo, asimismo, ignorarán el origen de este comportamiento agresivo y sus consecuencias. Serán extrapunitivos, considerando su comportamiento como problemático, ya que culparán a los demás de lo que les sucede. No mostrarán ansiedad ni depresión que los incapacite, pero en cambio expresarán sus quejas somáticas. Se presentarán desadaptación sexual y la promiscuidad de forma común ante situaciones de estrés sobre este tipo de sujetos. Debido a que se presentan sentimientos de hostilidad muy arraigados hacia los miembros de la familia, desde tiempo atrás. Tenderán a exigir la atención y la aprobación de los demás en especial de las figuras de autoridad o superiores en sus ámbitos de trabajo; serán muy susceptibles al rechazo y desaprobación sobre una acción mal tomada o alguna corrección realizada sobre estos, tornándose hostiles cuando se les critique. Aunque exteriormente se mostrarán conformes, interiormente serán rebeldes. Después de presentar periodos de *acting out*, los se pueden desarrollar pensamientos o acciones suicidas. Muchas veces expresarán su agresión en forma pasiva, pero insistente, por lo que es factible que ello les llegue a ocasionar problemas con los demás; esa es la razón por la que muchas de estas personas presentan conflictos con su familia o con su pareja. Ante la dinámica con las demás personalidades presentes en el área de trabajo del residente se buscará desarrollar alianzas con personalidades inferiores a fin de poder contrarrestar alguna personalidad

¹⁶⁴ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

sobresaliente o más dominante de esta; al no lograrlo, se desarrollarán conflictiva con estas, buscando la nula unificación de los demás.¹⁶⁵

- El 10 % de los residentes de Primer Año serán demasiado susceptibles y desconfiados, se percibirán vulnerables con respecto a amenazas reales o imaginarias, sentirán ansiedad, y quizá manifiesten periodos de llanto y temblor con frecuencia. Tenderán a reaccionar demasiado ante la más mínima presión y responderán a serios reveses refugiándose en fantasías. Se manifestarán signos de desordenes en el pensamiento, se presentarán quejas para pensar y problemas para concentrarse. Podrán desarrollar cuadros de deliro, alucinaciones, discurso irrelevante e incoherente, así como lucir desorientados y perplejos. La capacidad de juicio de estas personas será limitada. Mostrarán una gran necesidad de afecto; son pasivo-dependientes en sus relaciones; serán incapaces de expresar emociones en forma adaptativa. Aunque estos individuos se describirán a si mismos como felices, tranquilos, adaptables y con buenas condiciones de salud; serán los demás quienes los verán como enojones, hostiles y demasiado susceptibles al estrés. Se presentarán periodos alternos de sobrecontrol y arrebatos emocionales directos y poco controlados. Ante la dinámica del servicio de oncología médica, se presentarán conflictiva, debido a que tenderán a evitar responsabilidades directas, limitándose a canalizar y responsabilizar a otro; no seguirá la línea de jerarquía marcada, porque optará por saltarse los procesos en búsqueda de una justificación que le convenga. No podrá reaccionar de forma acertada ante situaciones de estrés, se presentarán constantes bloqueos a nivel mental y físico; que conllevarán a una mala y errónea ejecución del actuar sobre el paciente; que podrá ser traducido en negligencia médica o evento centinela. Ante la convivencia con las demás

¹⁶⁵

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

personalidades se manifestarán alteraciones y constantes conflictos; debido a esta personalidad creará que existe confabulación del entorno en contra de ella.¹⁶⁶

- El 15 % de los residentes de Primer Año presentarán angustia extrema; probablemente informen que sienten ansiedad, tensión, inquietud y presentarán quejas somáticas; se tornarán agresivas y belicosas si se les minimizan los problemas somáticos; se mostrarán ambiciosos, pero al carecen de metas claras presentarán frustración por no tener la habilidad para llegar a un alto nivel en lo que pretenden. Procurarán negar que experimentan problemas de personalidad. Se describirán como felices y confiados en si mismos, a pesar de lo que los demás piensen. Es factible que se resistan a aceptar explicaciones psicológicas con respecto a los problemas médicos que perciben; ante el funcionamiento del servicio, presentarán excusas para la no realización de las actividades requeridas de la unidad, aunado a la demanda constante del usuarios sobre los servicios, desarrollará constantes procesos de enojo, frustración e ira; ya que manifestará y presentará somatización a forma de justificación. Ante el funcionamiento con las demás personalidades, se presentará apego y sometimiento ante las personalidades dominantes, funcionando como mecanismo de canalización y ventilación.¹⁶⁷
- El 30 % de los residentes de Primer Año presenta rasgos Obsesivos- Compulsivos, siendo que esta característica en la personalidad puede afectar el desarrollo de las actividades académicas y laborales, debido a que el sujeto llega a invertir demasiado tiempo en conceptualizar las acciones, pudiendo entorpecer la dinámica y la celeridad en los procesos de atención; pero por otro lado, puede ser una capacidad bien empleada para lograr la revisión en cada aspecto antes

¹⁶⁶

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

¹⁶⁷

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

de iniciar o aprobar un proceso. El sujeto que presenta rasgos Obsesivos- Compulsivos, presentará rutinas establecidas por si mismo, para el desarrollo de una actividad, siendo que dicha rutina puede conllevar la repetición consecutiva y constante de una sola acción; pero dentro del actuar médico se requiere, en la mayoría de las ocasiones un actuar rápido y sencillo, sin presentar una compulsión en el actuar que provenga de una obsesión; ya que dicha desviación en el pensamiento, puede generar pérdida de tiempo en el actuar y la vida del paciente puede presentar un deterioro por un actuar tardío en el médico. El aspecto negativo de la obsesión- compulsión en cuestiones académicas, se puede presentar en el ritmo a desarrollar ante la necesidad del sujeto por aprender y aprehender un proceso o procedimiento; ya que tiene pasos establecidos, los cuales pueden presentar una desviación porque el tipo de paciente requiere de otro actuar; el médico de presentar obsesión- compulsión en un técnica aprendida, no podrá manifestar o desarrollar otro actuar, llegando a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre el paciente; siendo que un error de esta característica podría generar un mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento mal aplicado que conllevará a su deterioro o posible muerte. El lado positivo de este tipo de personalidad es el ser muy metódico en su actuar; pero llegando a presentar compulsión sobre este mismo, limitando su trabajo por el tiempo sobre cada paso. Tipo de personalidad que puede presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar en el paciente, debido a que ante la disonancia de discernimiento por un tratamiento puede perder tiempo en el inicio del tratamiento; generando un mal sobre el paciente que también puede ser traducido en un deterioro o posible muerte de este. Ante la interacción sobre las demás personalidades se presentará fricción, ya que no podrá ejecutar las mismas acciones en el mismo tiempo que los demás, limitándose a su propio trabajo.¹⁶⁸

¹⁶⁸

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

3.2. Relación entre Perfil de Personalidad Base con índice y tipo de quejas presentadas sobre el actuar médico que ha afectado la relación médico-paciente realizando el análisis mediante los principios bioéticos.

Tomando en relación los perfiles de Personalidad Base que se obtuvieron con los médicos residentes del Hospital y comparando las quejas interpuestas de carácter formal por los pacientes y familiares de estos ante el departamento de Atención y Orientación al Derechohabiente; se encuentran las siguientes relaciones.

Perfiles de Personalidad 2010.

| Rasgo Dominante | | % |
|--------------------------------|----|-------|
| Esquizofrenia Paranoide | 1 | 4.17 |
| Antisocial | 1 | 4.17 |
| T. Neurótico de Personalidad | 1 | 4.17 |
| Trastorno Bipolar | 1 | 4.17 |
| Trastorno Obsesivo- Compulsivo | 2 | 8.33 |
| Trastorno Depresivo | 2 | 8.33 |
| Sin Alteración Psíquica | 5 | 20.83 |
| Síntomas Depresivos | 11 | 45.83 |

Quejas reportadas 2010.

| Concepto | % | No. |
|------------------------------|---------|-----|
| Maltrato | 48% | 124 |
| Demora para recibir atención | 29% | 75 |
| Falta de información | 9% | 23 |
| Error | 6% | 16 |
| Falta de Higiene | 5% | 13 |
| Infraestructura | 3% | 8 |
| | 100.00% | 259 |

Análisis por Códigos

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 124 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 746 |

Clasificación por Categoría

| Categoría | % | No. |
|-------------------|---------|-----|
| Médicos | 33% | 85 |
| Asistente Médica | 19% | 49 |
| Enfermeras | 17% | 44 |
| A.U.O. | 13% | 34 |
| Vigilante | 7% | 18 |
| Servicios Básicos | 7% | 18 |
| Trabajo Social | 4% | 10 |
| | 100.00% | 259 |

Al realizar la comparación de índice de quejas reportadas en el año 2010 por los pacientes de la UMAE H. Oncología y el perfil de personalidad obtenido de la población de médicos residentes del servicio de Oncología Médica se presenta que la queja de “Maltrato” figura con el 48% del total de las quejas; no siendo equiparable o poderse adjudicarle la cantidad total de faltas al servicio de Oncología Médica. Pero si siendo representativo, porque al presentarse dos perfiles dominantes- conflictivos (Antisocial y Esquizofrenia Paranoide); y que los rasgos característicos de estas personalidades es el poco apego a reglas y normas establecidas por la autoridad, desarrollando en su mayoría un pensamiento utilitarista sobre los demás, es directamente proporcional que ante este tipo de Trastornos de Personalidad, se manifiesten alteraciones a nivel social. Porque estas dos personalidades conflictivas- dominantes, solo realizan acciones en su propio beneficio; recayendo en faltas a nivel personal y contacto con el entorno; la personalidad antisocial desarrolla problemas para seguir órdenes de superiores, haciendo caso omiso a normas y valores, recayendo en Maleficencia, no respetando la Autonomía y Beneficencia del paciente por consiguiente no ejerciendo la Justicia; porque esta Personalidad busca generar dificultad a nivel de norma social; ya que se rige bajo su propio código de ética. Sobre el trabajo directo con el paciente llegará a presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar ya que esta personalidad solo actuará bajo su convicción, sin buscar el beneficio del otro; es decir, en la búsqueda de un logro personal puede llegar a generar un mal mayor sobre otro, traducido en un mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte con la justificación de la búsqueda en la mejora de un aspecto académico.¹⁶⁹

Para el Trastorno de Personalidad de Esquizofrenia de tipo Paranoide. Característica de personalidad donde el sujeto es narcisista e indulgente consigo mismo, debido a que el cree y considera que siempre se encuentra en lo correcto, con tendencia a justificarse sobre sus acciones, culpando a los demás de lo

¹⁶⁹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

que ocurre a su alrededor, no llegando a aceptar la responsabilidad de sus propio comportamiento, valorándose a sí mismo de manera poco realista y grandiosa. Desconfiando de los demás, evitando las relaciones afectivas de forma profunda. Persona altamente irritable, que gusta de discutir y evitar figuras de autoridad, porque no las llegan a reconocer. Situación que genera gran conflictiva en la dinámica a desarrollar en el ámbito laboral; debido a que al no reconocer figuras de autoridad, hace caso omiso a indicaciones recibidas de superiores, limitando toda interacción a su propia percepción, generando conflictiva con relación interpersonal; argumentando y manifestando tener la única razón ante un hecho, minimizando y discriminando todo aporte que recibe de la sociedad. Figura que genera gran conflictiva en dinámicas de trabajo por reducida cooperación en el ámbito social. Ya que por psicopatología de base, la estructura psíquica solo puede convivir consigo misma no logrando interactuar de forma recíproca con sociedad. Llega a elaborar propios juicios de razón sobre cualquier situación, siendo esta de carácter: laboral, académica, social, personal; proponiendo esta situación al trabajo directa sobre el paciente; llegará a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre este; siendo que un error de esta característica generará un mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento mal establecido sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte.¹⁷⁰

Los médicos residentes en oncología médica presentaron rasgos Neuróticos de personalidad, siendo que este tipo de personalidad puede desarrollar periodos de Ansiedad, Hipocondría o procesos Depresivos. Presentando o desarrollando desajustes ante la dinámica laboral y académica, entorpeciendo y limitando el trabajo directo con el paciente, al no plantear de forma correcta indicaciones sobre el tratamiento, efectos secundarios o en el peor de los escenarios, ante algún cuadro reactivo, el médico residente no realizará un buen actuar que respete el Tólos de la medicina, debido a

¹⁷⁰ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

que pueden presentar decisiones erróneas en periodos de ansiedad, sujetos a acting-out por estrés; con tendencia a la depresión por llamadas de atención ante posible presencia de errores cometidos durante los cuadros de ansiedad; aunado a Hipocondría por mal manejo y confrontación de estrés; afectando de forma directa el desarrollo de los procesos del área. Característica de este perfil ante la situación laboral del servicio de Oncología Médica, es que presentarán varios procesos y mecanismos de desajuste emocional y por consiguiente laboral, desarrollando discrepancias con el resto de las personalidades en el área. Se presentará labilidad emocional con tendencia a desarrollar alguna alteración mayor en cuestión emocional por desajuste en estructura psíquica que puede generar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar en el paciente; generando un tratamiento mal establecido que podría conllevar a su deterioro o posible muerte.¹⁷¹

Y recordando que el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”¹⁷². Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno,

¹⁷¹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

¹⁷² Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”¹⁷³ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”¹⁷⁴. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioetica en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”¹⁷⁵ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su

173 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

174 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

175 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

estabilización, recuperación o rehabilitación”¹⁷⁶. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”¹⁷⁷.

Al continuar con el análisis se encuentra el concepto de “Demora para recibir Atención”, el cual podría afectar al Artículo 8 de la carta de los derechos Generales; pero en la carta se especifica que atención médica en caso de urgencia y la queja esta enfocada sobre el tiempo de espera entre consulta y consulta, por lo tanto no se encuentra afectado el Artículo 8 de la misma Carta.

Ante el concepto de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara,

¹⁷⁶ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

¹⁷⁷ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”¹⁷⁸, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”¹⁷⁹.

Ante el análisis y clasificación de los agentes agresores, se encontró que en el 2010 los Médicos de la Unidad generaron mayor alteración en la atención al paciente, registrando un total de 33% de las quejas presentadas de carácter formal en la Unidad Médica descrita; seguido por el personal de Asistentes Médicas con el 19% de las quejas; posteriormente se encuentran las Enfermeras con el 17% de quejas. Representando estas tres ramas el 69% de todas las quejas presentadas en la atención en el medio hospitalario con el paciente y su familiar y siendo estas tres mismas categorías las que realizan la atención del paciente. Pero que el personal médico sea el causante del 33% de las quejas, refleja una

¹⁷⁸ Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

¹⁷⁹ Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

alteración en la relación del Binomio Médico- Paciente, no realizando el *Telos de la Medicina*.

Comparación del año 2011 de perfiles de personalidad y quejas presentadas de carácter formal.

No se cuentan con los perfiles de personalidad de los médicos residentes de este año; pero tomando de base los perfiles de personalidad de los residentes del 2010 que continuaron su residencia en el 2011, se encuentra que al comparar las quejas referidas se presenta que el 47% de las quejas presentadas son referente a “Maltrato” y los perfiles de personalidad con los que se cuentan son las personalidades de Trastorno Antisocial y Personalidad Neurótica; debido a que para el año 2011 el médico residente con el perfil de Trastorno Esquizofrénico de la Personalidad renunció a la Residencia de Oncología Médica. Se cuenta con las siguientes Personalidades y quejas.

Perfiles de Personalidad 2011.

| Rasgo Dominante | | % |
|--------------------------------|----|-------|
| Antisocial | 1 | 4.35 |
| T. Neurótico de Personalidad | 1 | 4.35 |
| Trastorno Bipolar | 1 | 4.35 |
| Trastorno Obsesivo- Compulsivo | 2 | 8.70 |
| Trastorno Depresivo | 2 | 8.70 |
| Sin Alteración Psíquica | 5 | 21.74 |
| Síntomas Depresivos | 11 | 47.83 |

Quejas reportadas 2011.

| Concepto | % | No. |
|------------------------------|---------|-----|
| Maltrato | 47% | 95 |
| Demora para recibir atención | 27% | 56 |
| Falta de información | 10% | 21 |
| Error | 8% | 17 |
| Falta de Higiene | 5% | 10 |
| Infraestructura | 1% | 2 |
| Divulgación de Datos | 1% | 3 |
| | 100.00% | 204 |

Análisis Códigos

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 95 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 570 |

Clasificación por Categoría

| Maltrato | % | No. |
|------------------|---------|-----|
| Trabajo Social | 22% | 21 |
| Asistente Médica | 19% | 18 |
| Enfermería | 19% | 18 |
| Médico | 19% | 18 |
| A.U.O. | 9% | 9 |
| Vigilante | 6% | 6 |
| Técnico | 4% | 4 |
| Psicóloga | 1% | 1 |
| | 100.00% | 95 |

Para la personalidad antisocial desarrolla problemas para seguir órdenes de superiores, haciendo caso omiso a normas y valores, recayendo en Maleficencia, no respetando la Autonomía y Beneficencia del paciente por consiguiente no ejerciendo la Justicia; porque esta Personalidad busca generar dificultad a nivel de norma social; ya que se rige bajo su propio código de ética. Sobre el trabajo directo con el paciente llegará a presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar ya que esta personalidad solo actuará bajo su convicción, sin buscar el beneficio del otro; es decir, en la búsqueda de un logro personal puede llegar a generar un mal mayor sobre otro, traducido en un mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte con la justificación de la búsqueda en la mejora de un aspecto académico.¹⁸⁰

Para las Personalidades con rasgos Neuróticos, este tipo de personalidad puede desarrollar periodos de Ansiedad, Hipocondría o procesos Depresivos. Presentando o desarrollando desajustes ante la dinámica laboral y académica, entorpeciendo y limitando el trabajo directo con el paciente, al no plantear de forma correcta indicaciones sobre el tratamiento, efectos secundarios o en el peor de los escenarios, ante algún cuadro reactivo, el médico residente no realizará un buen actuar que respete el Tólos de la medicina, debido a que pueden presentar decisiones erróneas en periodos de ansiedad, sujetos a acting-

¹⁸⁰ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

out por estrés; con tendencia a la depresión por llamadas de atención ante posible presencia de errores cometidos durante los cuadros de ansiedad; aunado a Hipocondría por mal manejo y confrontación de estrés; afectando de forma directa el desarrollo de los procesos del área. Característica de este perfil ante la situación laboral del servicio de Oncología Médica, es que presentarán varios procesos y mecanismos de desajuste emocional y por consiguiente laboral, desarrollando discrepancias con el resto de las personalidades en el área. Se presentará labilidad emocional con tendencia a desarrollar alguna alteración mayor en cuestión emocional por desajuste en estructura psíquica que puede generar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar en el paciente; generando un tratamiento mal establecido que podría conllevar a su deterioro o posible muerte.¹⁸¹

El maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”¹⁸². Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento

¹⁸¹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

¹⁸² Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”¹⁸³ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”¹⁸⁴. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioetica en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”¹⁸⁵ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”¹⁸⁶. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico,

183 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

184 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

185 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

186 Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”¹⁸⁷.

Pero ante esta queja se encuentra que el médico esta posicionado en el tercer lugar como agente agresor de la acción de “maltrato” al derechohabiente; y al realizar el análisis, le corresponde el 19% de las quejas. Y al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2011 , 95 quejas de “Maltrato” dando un total de 570 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

187

Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Comparación del año 2012 de perfiles de personalidad y quejas presentadas de carácter formal.

Perfiles de Personalidad 2012.

| Rasgo Dominante | | % |
|-----------------------------------|---|------|
| Personalidad Límitrofe. | 1 | 4.76 |
| Hipocondría. | 1 | 4.76 |
| Obsesión-Compulsión. | 1 | 4.76 |
| Personalidad Pasivo- Dependiente. | 1 | 4.76 |
| Personalidad Pasivo-Agresivo. | 1 | 4.76 |
| Personalidad Antisocial. | 2 | 9.52 |
| Personalidad Histérica. | 2 | 9.52 |
| Inestabilidad Emocional. | 2 | 9.52 |
| Personalidad Paranoide. | 2 | 9.52 |
| Narcisismo. | 2 | 9.52 |
| Baja Autoestima | 3 | 14.3 |
| Trastorno Bipolar | 3 | 14.3 |

Quejas reportadas 2012.

| Concepto | % | No. |
|------------------------------|---------|-----|
| Maltrato | 34% | 54 |
| Demora para recibir atención | 35% | 55 |
| Negativa | 13% | 21 |
| Higiene | 10% | 16 |
| Información | 8% | 12 |
| | 100.00% | 158 |

Clasificación por Categoría.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 58 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 348 |

Al realizar la comparación de índice de quejas reportadas en el año 2012 por los pacientes de la UMAE H. Oncología y el perfil de personalidad que se obtuvo de los médicos residentes del primer año aunado a los residentes evaluados en el 2010 se presenta que la queja de “Maltrato” solo figura el 34% del total de las quejas; siendo que se presentan en los perfiles perfiles dominantes- conflictivos (Narcisismo, Paranoide, Histérica, Antisocial, Pasivo- Agresivo y Limítrofe); siendo que los rasgos característicos de la personalidad limítrofe es la presencia de periodos alternos entre gran insensibilidad con respecto a las consecuencias de sus acciones y preocupación excesiva con respecto a los efectos de su comportamiento. Ejemplo de cierto tipo de paradoja, ante una insensibilidad sobre las consecuencias sociales de la propia conducta, y una excesiva preocupación de su conducta; es decir, se presentarán episodios en los que su comportamiento es de *acting out*, seguido de sentimientos de culpa y censura de sí mismos; sin embargo, esto no impedirá que manifieste *acting out* posteriormente. Serán comunes las

quejas somáticas vagas, tensiones y fatiga. A menudo informarán que se sienten exhaustos e incapaces de enfrentar los problemas que los rodean. Los sentimientos de dependencia y su inseguridad personal dificultarán su adaptación. Son tan inseguros que necesitarán con frecuencia se les muestre confianza acerca de su propia valía. Ante la convivencia en el ámbito de trabajo, se desarrollará la búsqueda de personalidades dominantes y de respaldo; que puedan en algún momento desarrollar vínculos de amistad, pero en búsqueda de aceptación y protección; pero al presentarse en su mayoría personalidades conflictivas, se manifestará frustración y desaprobación propia generando irritabilidad y malestar. Ante el trabajo clínico, quirúrgico académico presentará poco desenvolvimiento; llegando en algunas ocasiones a manifestar interés en el aspecto del paciente (estudio de caso, mejor proceso de intervención quirúrgica) y en algunas otras (en momentos de frustración), apatía, desgano, maltrato y frialdad sobre el paciente¹⁸⁸. Realizando un trabajo terapéutico encubierto con el paciente, con el objetivo obtener el reconocimiento de otros recaerá en el no respetar al paciente, porque puede no llegarlo a reconocer como persona, sino como objeto de estudio.

Los rasgos característicos de la personalidad Pasivo- Agresivo es que presentarán angustia extrema; informando que sienten ansiedad, tensión, inquietud; presentando quejas somáticas; con episodios agresividad y belicosidad; ambiciosas, pero al carecen de metas claras presentarán frustración por no tener la habilidad para llegar a un alto nivel en lo que pretenden. Procurarán negar que experimentan problemas de personalidad. Se describirán como felices y confiados en si mismos, a pesar de lo que los demás piensen. Con resistencia a aceptar explicaciones psicológicas con respecto a los problemas médicos que perciben; ante el trabajo clínico, presentarán excusas para la no realización de las actividades requeridas, aunado a la demanda constante del paciente oncológico, desarrollará constantes procesos de enojo, frustración e ira; ya que manifestará y presentará somatización a forma de

¹⁸⁸

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

justificación. Recayendo a la maleficencia del paciente, porque no desarrollará vínculo de armonía ni relación terapéutica entre el binomio Médico- Paciente.¹⁸⁹

La personalidad antisocial desarrolla problemas para seguir órdenes de superiores, haciendo caso omiso a normas y valores, recayendo en Maleficencia, no respetando la Autonomía y Beneficencia del paciente por consiguiente no ejerciendo la Justicia; porque esta Personalidad busca generar dificultad a nivel de norma social; ya que se rige bajo su propio código de ética. Sobre el trabajo directo con el paciente llegará a presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar ya que esta personalidad solo actuará bajo su convicción, sin buscar el beneficio del otro; es decir, en la búsqueda de un logro personal puede llegar a generar un mal mayor sobre otro, traducido en un mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte con la justificación de la búsqueda en la mejora de un aspecto académico.¹⁹⁰

La personalidad Histérica presentará quejas físicas vagas, que aumentarán bajo el estrés y desaparecerán cuando este disminuya. Generalmente no se presentará ansiedad ni depresión graves; desarrollando un nivel de eficiencia reducido en los ámbitos académico y profesional. Preferirán explicaciones médicas con relación a sus síntomas y se resistirán a aceptar interpretaciones psicológicas, asimismo, negará y racionalizarán fallas presentando poca capacidad de *insight* sobre sus dificultades. Se percibirán a si mismos como normales, responsables y sin fallas, no sentirán preocupación por sus síntomas y problemas; siendo demasiado optimistas e ingenuamente ilusorios. Se manifestarán periodos de inmadurez, egocentrismo y egoísmo, por lo que también podrán ser muy narcisistas. Se mostrarán pasivos y dependientes, desarrollando inseguridad si no obtienen la gran

¹⁸⁹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

¹⁹⁰ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

atención y simpatía que necesitan. Se les verá como sociables y extrovertidos, pero sus relaciones serán típicamente superficiales, ya que no se involucran con los demás. Existirán ganancias secundarias asociadas con las quejas físicas. Posiblemente mostrarán resentimiento y hostilidad hacia quienes ellos consideran que no les ofrecen suficiente atención y apoyo, ya que sentirán tratados injustamente por la vida. Se les considerará sobrecontrolados y pasivo-agresivos en sus relaciones. Mostrando arrebatos de ira ocasionales. Otra característica de este tipo de personalidad es la tendencia a reducir los hechos del exterior; es decir, a minimizar la sintomatología que puede llegar a manifestar el paciente ante su enfermedad o dolor secundario derivado de este; realizando maltrato de forma pasiva al paciente; pero cuando se presentan episodios de estrés; las acciones de este tipo de personalidad no podrán medir su actuar.¹⁹¹

Ante la personalidad Paranoide, esta se mostrará serán demasiado susceptible y desconfiado, se percibirán vulnerables con respecto a amenazas reales o imaginarias, sentirán ansiedad, y quizá manifiesten periodos de llanto y temblor con frecuencia. Tenderán a reaccionar demasiado ante la más mínima presión y responderán a serios reveses refugiándose en fantasías. Se manifestarán signos de desordenes en el pensamiento, se presentarán quejas para pensar y problemas para concentrarse. Podrán desarrollar cuadros de deliro, alucinaciones, discurso irrelevante e incoherente, así como lucir desorientados y perplejos. La capacidad de juicio de estas personas será limitada. Aunque se describirán a si mismos como feliz, tranquilo, adaptable y buenas condiciones de salud; serán los demás quienes los verán como enojones, hostiles y demasiado susceptibles al estrés. Se presentarán periodos alternos de sobrecontrol y arrebatos emocionales directos y poco controlados. Ante la dinámica del servicio trabajo con los pacientes, se presentarán conflictiva, debido a que tenderán a evitar responsabilidades directas, limitándose a canalizar y responsabilizar a otro; no seguirá la línea de

¹⁹¹

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

jerarquía marcada, porque optará por saltarse los procesos en búsqueda de una justificación que le convenga. No podrá reaccionar de forma acertada ante situaciones de estrés, se presentarán constantes bloqueos a nivel mental y físico; que conllevarán a una mala y errónea ejecución del actuar sobre el paciente; que podrá ser traducido en errores médicos que lesionarán al paciente e inclusive llegando a dañar o matar al paciente ante un actuar mal enfocado; recayendo en Maleficencia sobre el paciente de forma secundaria por un actuar no mesurado.¹⁹²

Ante la personalidad Narcisista, esta se mostrará inmaduro, narcisista e indulgente con si mismo, se caracterizará por hacer demandas excesivas y poco realistas en sus relaciones con los demás, asimismo, buscará atención y simpatía; por lo general sospecharán de los demás y resentirán que se les exija algo. Los problemas en las relaciones con otros serán características de sus conflictos psicológicos, en especial cuando estos involucren a personas del sexo opuesto. Se desconfiarán de los motivos de los demás y tenderán a evitar involucrarse emocionalmente de manera profunda. Considerado irritables, malhumorados, persona que les gustará discutir, resentidas con las autoridades. Serán comunes los problemas de personalidad en cuanto a la adaptación. En el trabajo sobre los pacientes se mostrarán distantes, con periodos de despotismo, generando sentimientos superioridad- autoridad sobre los pacientes, se manifestarán periodos de soberbia, con tendencia a minimizar, limitar y menospreciar al paciente. Ante la dinámica con las demás personalidades, al presentarse la convivencia con alguna dominante, se desarrollará conflictiva e inicio de lucha de poder, con tendencia a buscar aliados en las personalidades pasivas. Recayendo esta personalidad en la maleficencia de su actuar sobre el paciente.¹⁹³

¹⁹² Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

¹⁹³ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

El maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”¹⁹⁴. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”¹⁹⁵ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones

194 Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

195 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

personales y morales”¹⁹⁶. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioetica en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”¹⁹⁷ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”¹⁹⁸. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”¹⁹⁹.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2012 , 58 quejas de “Maltrato” dando un total de 348 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

¹⁹⁶ Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

¹⁹⁷ Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

¹⁹⁸ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

¹⁹⁹ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Comparación del año 2013 de perfiles de personalidad y quejas presentadas de carácter formal.

Perfiles de Personalidad 2013

| Rasgo Dominante | | % |
|-----------------------------------|---|----|
| Desorden Bipolar I | 1 | 5 |
| Desorden Bipolar II | 1 | 5 |
| Narcisismo | 1 | 5 |
| Personalidad Antisocial. | 1 | 5 |
| Personalidad Pasivo- Dependiente. | 1 | 5 |
| Trastorno Ansiedad. | 1 | 5 |
| Esquizofrenia. | 1 | 5 |
| Inestabilidad Emocional. | 2 | 10 |
| Trastorno Paranoide | 2 | 10 |
| Rasgos Paranoides. | 3 | 15 |
| Obsesión-Compulsión. | 6 | 30 |

Clasificación por Quejas 2013

| Concepto | % | No. |
|------------------------------|---------|-----|
| Maltrato | 39% | 110 |
| Demora para recibir atención | 16% | 46 |
| Higiene | 8% | 22 |
| Información | 14% | 38 |
| Infraestructura | 23% | 63 |
| | 100.00% | 279 |

Análisis Códigos

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 110 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 660 |

Clasificación por Categoría.

| Maltrato | % | No. |
|------------------|---------|-----|
| Médico | 24% | 26 |
| Asistente Médica | 20% | 22 |
| Enfermería | 17% | 18 |
| A.U.O. | 13% | 14 |
| Otros | 26% | 28 |
| | 100.00% | 108 |

Al realizar la comparación de índice de quejas reportadas en el año 2013 por los pacientes de la UMAE H. Oncología y el perfil de personalidad de los médicos residentes del primer año aunado a los residentes de los años anteriores, se presenta que la queja de “Maltrato” es la queja que mas figura, con el 39% del total de las quejas; siendo que se presentan en los perfiles perfiles dominantes- conflictivos (Narcisismo, Antisocial, Ansiedad, Inestabilidad Emocional, Esquizofrenia, Trastorno Paranoide y Rasgos Paranoides); siendo que los rasgos de la personalidad Narcisista, es que se mostrará inmaduro, narcisista e indulgente con si mismo, se caracterizará por hacer demandas excesivas y poco realistas en sus relaciones con los demás, asimismo, buscará atención y simpatía; por lo general sospecharán de los demás y resentirán que se les exija algo. Los problemas en las relaciones con otros serán características de sus conflictos psicológicos, en especial cuando estos involucren a personas del sexo opuesto. Se desconfiarán de los motivos de los demás y tenderán a evitar involucrarse emocionalmente de manera profunda. Considerado irritables, malhumorados, persona que les gustará discutir, resentidas con las autoridades. Serán comunes los problemas de personalidad en cuanto a la adaptación. En el trabajo sobre los pacientes se mostrarán distantes, con periodos de despotismo, generando sentimientos superioridad- autoridad sobre los pacientes, se manifestarán periodos de soberbia, con tendencia a minimizar, limitar y menospreciar al paciente. Ante la dinámica con las demás personalidades, al presentarse la convivencia con alguna dominante, se desarrollará conflictiva e inicio de lucha de poder, con tendencia a buscar aliados en las personalidades pasivas. Recayendo esta personalidad en la maleficencia de su actuar sobre el paciente.²⁰⁰

La personalidad antisocial desarrolla problemas para seguir órdenes de superiores, haciendo caso omiso a normas y valores, recayendo en Maleficencia, no respetando la Autonomía y Beneficencia del paciente por consiguiente no ejerciendo la Justicia; porque esta Personalidad busca generar dificultad a

²⁰⁰

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

nivel de norma social; ya que se rige bajo su propio código de ética. Sobre el trabajo directo con el paciente llegará a presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar ya que esta personalidad solo actuará bajo su convicción, sin buscar el beneficio del otro; es decir, en la búsqueda de un logro personal puede llegar a generar un mal mayor sobre otro, traducido en un mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte con la justificación de la búsqueda en la mejora de un aspecto académico.²⁰¹

La personalidad ansiosa manifestará susceptibilidad en las relaciones, sensible ante las relaciones interpersonales, siendo moralista y que con tendencia a desconfiar de los demás. Suspica, autoritaria con rigidez en el pensamiento por lo que se mostrará receloso, cuestionando de forma constantemente a los demás y argumentan en exceso.²⁰² Se enoja fácilmente, resentido y rencoroso. Empleando la proyección como mecanismo de defensa. Sensible y responden de manera exagerada a las reacciones de los demás, por lo que se muestra cauteloso, defensivo y desconfiado en las relaciones interpersonales. Quizá lleguen a sentir “que la vida ha sido muy injusta”, por lo que tiende a racionalizar sus faltas y a culpar a los demás de lo que les sucede. Persona probablemente hostil, resentida y con capacidad para discutir frecuentemente; sensibles a las opiniones de los demás y sobrevaloran lo racional como una forma de lograr seguridad. Con este tipo de actuar y proceder, al encontrarse con las necesidades del paciente; se mostrará a la defensiva en su interacción, llegando a manifestar desapego y poca empatía con el paciente, traducido en “maltrato”, porque no desarrollará apego al paciente. Será percibido como temperamental y lábil emocionalmente. El pronóstico en psicoterapia de personas que obtienen puntuaciones elevadas en Pa es pobre, porque no tienen

²⁰¹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

²⁰² Hathaway, S; Mckinley, J. Adaptado al Español. Gómez- Maqueo, E. Inventario multifásico de la personalidad Minnesota- 2 MMPI-2, México D. F, Manual Moderno, 1989, pag.96-98

confianza en el terapeuta y se les dificulta hablar de sus problemas emocionales.²⁰³

La Inestabilidad Emocional se manifiesta como manifestarán enojo crónico e intenso, con impulsos hostiles y agresivos, por lo que no conseguirán expresar de manera apropiada sentimientos negativos. Problemas para controlarse, desarrollando y manifestando periodos breves de exhibicionismo (*acting out*) violento y agresivo, asimismo, ignorarán el origen de este comportamiento agresivo y sus consecuencias. Serán extrapunitivos, considerando su comportamiento como problemático, ya que culparán a los demás de lo que les sucede. No mostrarán ansiedad ni depresión que los incapacite, pero en cambio expresarán sus quejas somáticas. Se presentarán desadaptación sexual y la promiscuidad de forma común ante situaciones de estrés sobre este tipo de personalidad. Tenderán a exigir la atención y la aprobación de los demás en especial de las figuras de autoridad o superiores en sus ámbitos de trabajo; serán muy susceptibles al rechazo y desaprobación sobre una acción mal tomada o alguna corrección realizada sobre estos, tornándose hostiles cuando se les critique. Aunque exteriormente se mostrarán conformes, interiormente serán rebeldes. Después de presentar periodos de *acting out*, se pueden desarrollar pensamientos o acciones suicidas. Muchas veces expresarán su agresión en forma pasiva, pero insistente, por lo que es factible que ello les llegue a ocasionar problemas con los demás; esa es la razón por la que muchas de estas personas presentan conflictos con su familia o con su pareja. Ante la dinámica con las demás personalidades presentes en el área de trabajo del residente se buscará desarrollar alianzas con personalidades inferiores a fin de poder contrarrestar alguna personalidad sobresaliente o más dominante de esta; al no lograrlo, se desarrollarán conflictiva con estas, buscando la nula unificación de los demás. Este tipo de personalidad al estar con contacto con pacientes, desarrollarán desapego, poco o nulo interés ante la interacción y el trato directo con el paciente,

²⁰³ Hathaway, S; Mckinley, J. Adaptado al Español. Gómez- Maqueo, E. Inventario multifásico de la personalidad Minnesota- 2 MMPI-2, México D. F, Manual Moderno, 1989, pag.39-40

recayendo en la maleficencia sobre este último, porque no será considerado como una persona que presenta necesidades. .²⁰⁴

Ante la Esquizofrenia; las características de personalidad serán narcisista e indulgente consigo mismo, debido a que el cree y considera que siempre se encuentra en lo correcto, con tendencia a justificarse sobre sus acciones, culpando a los demás de lo que ocurre a su alrededor, no llegando a aceptar la responsabilidad de sus propio comportamiento, valorándose a sí mismo de manera poco realista y grandiosa. Desconfiando de los demás, evitando las relaciones afectivas de forma profunda. Se mostrará altamente irritable, tendencia a discutir y evitar figuras de autoridad, porque no las reconoce. Situación que genera gran conflictiva en la dinámica a desarrollar en el ámbito laboral; debido a que al no reconocer figuras de autoridad, hace caso omiso a indicaciones recibidas de superiores, limitando toda interacción a su propia percepción, generando conflictiva con relación interpersonal; argumentando y manifestando tener la única razón ante un hecho, minimizando y discriminando todo aporte que recibe de la sociedad. Por psicopatología de base, la estructura psíquica solo puede convivir consigo misma no logrando interactuar de forma recíproca con sociedad. Llega a elaborar propios juicios de razón sobre cualquier situación, siendo esta de carácter: laboral, académica, social, personal; proponiendo esta situación al trabajo directa sobre el paciente; llegará a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre este; siendo que un error de esta característica generará un mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento mal establecido sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte; recayendo en este caso en la Maleficencia del paciente.²⁰⁵

²⁰⁴ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F, Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

²⁰⁵ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F, Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

Ante la personalidad Paranoide, esta se mostrará serán demasiado susceptible y desconfiado, se percibirán vulnerables con respecto a amenazas reales o imaginarias, sentirán ansiedad, y quizá manifiesten periodos de llanto y temblor con frecuencia. Tenderán a reaccionar demasiado ante la más mínima presión y responderán a serios reveses refugiándose en fantasías. Se manifestarán signos de desordenes en el pensamiento, se presentarán quejas para pensar y problemas para concentrarse. Podrán desarrollar cuadros de deliro, alucinaciones, discurso irrelevante e incoherente, así como lucir desorientados y perplejos. La capacidad de juicio de estas personas será limitada. Aunque se describirán a si mismos como feliz, tranquilo, adaptable y buenas condiciones de salud; serán los demás quienes los verán como enojones, hostiles y demasiado susceptibles al estrés. Se presentarán periodos alternos de sobrecontrol y arrebatos emocionales directos y poco controlados. Ante la dinámica del servicio trabajo con los pacientes, se presentarán conflictiva, debido a que tenderán a evitar responsabilidades directas, limitándose a canalizar y responsabilizar a otro; no seguirá la línea de jerarquía marcada, porque optará por saltarse los procesos en búsqueda de una justificación que le convenga. No podrá reaccionar de forma acertada ante situaciones de estrés, se presentarán constantes bloqueos a nivel mental y físico; que conllevarán a una mala y errónea ejecución del actuar sobre el paciente; que podrá ser traducido en errores médicos que lesionarán al paciente e inclusive llegando a dañar o matar al paciente ante un actuar mal enfocado; recayendo en Maleficencia sobre el paciente de forma secundaria por un actuar no mesurado.²⁰⁶

Las personalidades con rasgos paranoides presentan angustia extrema; probablemente informen que sienten ansiedad, tensión, inquietud y presentarán quejas somáticas; se tornarán agresivas y belicosas si se les minimizan los problemas somáticos; se mostrarán ambiciosos, pero al carecen de metas claras presentarán frustración por no tener la habilidad para llegar a un alto nivel en lo que pretenden.

²⁰⁶

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

Procurarán negar que experimentan problemas de personalidad. Se describirán como felices y confiados en si mismos, a pesar de lo que los demás piensen. Es factible que se resistan a aceptar explicaciones psicológicas con respecto a los problemas médicos que perciben; ante el trabajo con pacientes, presentarán excusas para la no realizar procedimientos, tratamientos y seguimiento de los pacientes; aunado a la demanda constante de los pacientes, se desarrollará constantes procesos de enojo, frustración e ira; ya que manifestará y presentará somatización a forma de justificación. Recayendo en la Maleficencia con el trato del paciente. Ante el funcionamiento con las demás personalidades, se presentará apego y sometimiento ante las personalidades dominantes, funcionando como mecanismo de canalización y ventilación²⁰⁷

3.3. Entrevista cerrada y estructurada con pacientes y familiares derechohabientes de la Unidad Médica.

Se procedió a elaborar un pequeño cuestionario (Ver Anexo 1) a fin de facilitar la dinámica diagnóstica sobre la atención proporcionada y el trato percibido por los pacientes y sus familiares que son atendidos en la unidad médica; el objetivo de dicha entrevista cerrada y estructurada es con fines exploratorios sobre la percepción de la atención y el conocimiento sobre posibles quejas, molestias o abusos que no son reportados por pacientes o familiares a la unidad de Atención al Derechohabiente; porque al realizar o levantar una queja con carácter formal el quejoso debe de especificar, Nombre Completo y Número de Filiación a fin de poder ser contactado y darle seguimiento sobre su queja; pero en muchas ocasiones, los pacientes recurren a no realizar o levantar dicha notificación por miedo a la represaría del personal sanitario a la que fue dirigida la queja; así que se procedió a la aplicación del cuestionario a todo paciente que había sido atendido en la unidad, respetando en todo momento su

²⁰⁷

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

identidad e intimidad. En total se realizaron 386 encuestas dirigidas, de las cuales 231 son de pacientes y 155 son de familiares de los pacientes.

3.4. Recopilación de los datos arrojados por las entrevistas con los pacientes y familiares.

De las 231 entrevistas cerradas y estructuradas realizadas a los pacientes; se obtuvo que:

Trato General que recibió el Paciente por el Hospital, 231 encuestados:

| Trato General | Casos | Porcentaje |
|-----------------|-------|------------|
| (0) No contestó | 0 | 0 |
| (1) Pésimo | 1 | 0.43% |
| (2) Malo | 6 | 2.60% |
| (3) Regular | 10 | 4.33% |
| (4) Bueno | 214 | 92.64% |

- 1 paciente refirió un trato pésimo por el Hospital, haciendo referencia a la información y comunicación entre el personal médico.

- 6 pacientes refirieron un trato malo por el Hospital presentando argumentos como: “las enfermeras y asistentes dan un trato despersonalizado, no te hacen caso, te ignoran”; Es muy lento el servicio”; “Me hacen esperar muchas horas para atenderme, me pusieron mal los puntos de la cirugía y he tenido problemas”; Un doctora me quito las esperanzas diciéndome que toda la vida voy a tener que venir a quimio y así me voy a morir. Los doctores no resuelven las dudas, usan lenguaje muy técnico o de plano no te dicen”. “Me han mantenido mucho tiempo esperando a ser atendido; las máquinas de radioterapia no sirven y estoy en espera que las arreglen”; “sufro discriminación por parte de las enfermeras y asistentes, no por ser hombre con cáncer de mama soy anormal, su trato y comentarios son ofensivos y son muy imprudentes”
- 10 pacientes refirieron un trato regular por el Hospital, presentando argumentos como: en ocasiones el personal es grosero y déspota, en urgencias se tardan mucho y son urgencias y los doctores te hacen preguntas sobre los medicamentos, ellos deberían de saber”; “las asistentes medicas son muy groseras y frías”; “el doctor no te deja hablar ni responde tus dudas”; “el médico no me voltea a ver”; “no me revisaron bien en urgencias y se me reventó el intestino, el médico de urgencias es muy gruñón”; “el tiempo de espera es muy largo, puedes esperar más de 3 horas y sabes si vas a pasar a la consulta rápido, no llevan un orden”; “No entiendo cuando habla el doctor, no le entiendo al como habla”; “el baño lo limpian una vez al mes”.
- 214 pacientes refirieron que han recibido un buen trato por el Hospital.

Trato que recibió el Paciente por el Servicio el día de la entrevista, 231 encuestados:

| Trato Servicio | Casos | Porcentaje |
|-----------------|-------|------------|
| (0) No contestó | 0 | 0 |
| (1) Pésimo | 2 | 0.87% |
| (2) Malo | 5 | 2.16% |
| (3) Regular | 12 | 5.19% |
| (4) Bueno | 212 | 91.77% |

- 2 pacientes refirieron un trato pésimo por el servicio al que acudieron; haciendo alusión al tiempo de espera y a la comunicación entre el personal sanitario.
- 5 pacientes refirieron un trato malo por el servicio al que acudieron; haciendo alusión a “No creo que los residentes estén bien capacitados”; “Los residentes no te dejan hablar, no responde a mis dudas”; “Me quitaron las esperanzas de vivir por el como me dieron la noticia de mi enfermedad”; “me hicieron esperar mucho tiempo para pasarme a la consulta”.
- 12 pacientes refirieron un trato regular por el servicio al que acudieron; haciendo alusión a “El médico no me voltea a ver”; “las enfermeras me dieron un trato despersonalizado”; “las asistentes muy groseras”; “son muy groseros los administrativos”
- 212 pacientes refirieron haber recibido un buen trato por el servicio el día en que fueron encuestados.

Trato que le proporcionó el Médico ese día, 231 encuestados:

| Trato Médico | Casos | Porcentaje |
|-----------------|-------|------------|
| (0) No contestó | 0 | 0 |
| (1) Pésimo | 1 | 0.43% |
| (2) Malo | 2 | 0.87% |
| (3) Regular | 17 | 7.36% |
| (4) Bueno | 211 | 91.34% |

- 1 paciente refirió un trato pésimo por los doctores ese día argumentando: “los doctores no leen las indicaciones y no se ponen a leer el expediente del paciente, esperan que uno sepa todo”; “no respetan las citas, un residente/practicante me perforó el pulmón (nos usan para practicar)”.
- 2 pacientes refirieron un trato malo por los doctores ese día argumentando: “Los residentes no te dejan hablar y no contestan tus dudas”; “el doctor de cabeza y cuello muy grosero, no me dio la información que le pedía”
- 17 pacientes refirieron un trato regular por los doctores ese día argumentando: “Son muy serios los doctores”; “los residentes no siempre saben que contestar y no revisan los expedientes”; “los médicos no quieren responder a tus dudas, no siempre son los mismos y se enojan cuando les preguntas”; “el médico no da la información”; “no siempre saben que contestar los residentes y

se van a buscar al médico”; “el médico no me voltea a ver”; “algunas veces el médico me trata mal y se enoja”; “no entiendo al doctor”; “los residentes no se prestan para contestar a las preguntas que se les hacen”.

- 211 pacientes refirieron un buen trato por los doctores ese día.

A todos los pacientes que fueron entrevistados se les pregunto si es que habían recibido “maltrato por parte de la atención de la Unidad Médica”

| Queja por Maltrato. | Casos | Porcentaje |
|---------------------|-------|------------|
| (0) No | 172 | 74.46% |
| (1) Si | 59 | 25.54% |

- A lo que 172 pacientes de los 231 que fueron entrevistados refirieron no tener queja o haber presentado maltrato por parte del personal sanitario.
- Pero 59 pacientes de los 231 que fueron entrevistados refirieron haber presentado maltrato, presentando “en ocasiones el personal es grosero y déspota, en urgencias se tardan mucho y son urgencias!! y los doctores te hacen preguntas sobre los medicamentos ellos son los que deberían saber”; “el doctor no te deja hablar ni responde tus dudas “residentes”; “falta de comunicación entre los doctores, no leen las anotaciones de los doctores que me revisaron antes, te citan a una hora y te atienden 2 o 3 horas después, los baños no sirven, están sucios. el médico me regañó

porque me iba a operar otro médico”, “una doctora me quitó las esperanzas diciéndome que toda la vida voy a tener que venir a quimio y así me voy a morir, los doctores no resuelven tus dudas, usan un lenguaje técnico o de plano no te dicen”. “un doctor me trató mal saliendo de la operación y me presionaba mucho para levantarme, pero yo no podía estaba muy débil”; “el doctor de cabeza y cuello fue muy grosero conmigo, no me dio la información completa, “tengo un puente de metal en la mandíbula y me hicieron radiaciones con el puente y ahora me tienen que amputar la mandíbula, el hospital no quiere pagarme la prótesis”; “el primer médico que me atendió me hizo una biopsia sin explicarme de qué trataba ni nada, después pidió la mastografía y anotó que era la mama derecha y la biopsia la hicieron en la izquierda, las srtas del laboratorio te regañan y te dicen ¿qué no sabes cuál es la derecha”; “una doctora fue grosera conmigo cuando le hice una pregunta”; “los residentes no se prestan para responder dudas, tienes que buscar a los médicos de base”; “una doctora de mama es inhumana, grosera, irrespetuosa “se le ponchó el balón” hace caras de asco cuando te revisa, dijo que no tenía nada sin revisar los estudios”; “una Dra de mama inhumana”; “que te citaron y te hacen venir en ayunas, entonces terminas ayunado hasta 8 horas, en urgencias se tardan hasta 5 horas en recibirte y es urgencia”; “un residente me puso mal la sonda, me lastimó, no había médicos de base y me envió a urgencias, donde tampoco pudieron ponérmela bien, estuve 3 días con la sonda mal puesta y cuando regresé a que me la pusiera otro médico el residente hacía burla diciendo “¿cómo le hiciste?”; “el médico nos dijo “más vale que ya fallezca su paciente” no se ponen en tu lugar, venimos cansados, tristes y asustados”.

Al realizar la exploración con los mismos 231 pacientes sobre la información que recibieron al realizar una pregunta al personal sanitario; se presenta que:

| Respondieron a Dudas. | Casos | Porcentaje |
|-----------------------|-------|------------|
| (0) No | 16 | 6.93% |
| (1) Si | 214 | 92.64% |

- 16 pacientes no recibieron una respuesta a sus inquietudes; pero que 214 pacientes al realizar sus preguntas al personal médico; estos si contestaron a sus preguntas.

Se encontró que los pacientes también presentaban quejas sobre los trámites que deben de realizar en la unidad médica y de los 231 pacientes encuestados.

| Agilidad en Trámites. | Casos | Porcentaje |
|-----------------------|-------|------------|
| (0) No | 179 | 77.49% |
| (1) Si | 52 | 22.51% |

- 52 pacientes se quejaban de los trámites que deben de realizar, contra 179 pacientes que no presentaron queja alguna.

Pero al realizar la encuesta a los pacientes se encontró que presentaban queja ante la limpieza de la Unidad Médica.

| Queja en Limpieza Unidad. | Casos | Porcentaje |
|---------------------------|-------|------------|
| (0) No | 185 | 80.09% |
| (1) Si | 46 | 19.91% |

- 46 pacientes se quejaban de los baños y los pasillos de la unidad; contra 185 pacientes que no presentaron queja alguna.

De las 155 entrevistas cerradas y estructuradas realizadas a los familiares; se obtuvo que:

Trato General que recibió el Paciente por el Hospital:

| Trato General | Casos | Porcentaje |
|-----------------|-------|------------|
| (0) No contestó | 0 | 0 |
| (1) Pésimo | 1 | 0.65% |
| (2) Malo | 5 | 3.23% |
| (3) Regular | 21 | 13.55% |
| (4) Bueno | 128 | 82.58% |

- 1 familiar refirió un trato pésimo por el Hospital, haciendo referencia a “Algunas asistentes y enfermeras son groseras y te dan un trato poco personalizado y siempre te refieren a urgencias”

- 5 familiares refirieron un trato malo por el hospital presentando argumentos como: “los doctores fueron muy groseros, me aventaron el expediente y fueron muy sarcásticos conmigo, me dijeron “que le abran la panza para que coma”; “fueron muy groseros conmigo”.
- 21 familiares refirieron un trato regular por el Hospital, presentando argumentos como: “mayor empatía”; “todo el personal debería traer gafetes. cuidar horarios y brindar un trato personalizado y humanizado; “deberían darle un curso al personal sobre derechos humanos, trato digno y comunicación asertiva. disminuir tiempo de espera y aumentar el personal”; “el personal admin deja mucho que desear, son groseras, se molestan si tienes dudas, desorden en sus áreas de trabajo, pierden expedientes y las asistentes están comiendo y platicando entre ellas y fingen no escucharte. hay basura en recepción y en baños”; “la asistente que estaba antes era muy grosera y déspota”; “la asistente grosera, le queríamos hacer una pregunta y nos dijo “tu doctor ya te dio indicaciones”, no quiso ni siquiera escuchar la duda”; “la asistente es grosera y cortante y nos hace esperar mucho para darnos la siguiente cita”; “asistentes enojonas y falta de higiene”
- 148 familiares refirieron que han recibido un buen trato por el Hospital.

Trato que recibió el Paciente por el Servicio el día de la entrevista, 155 familiares encuestados:

| Trato Servicio | Casos | Porcentaje |
|-----------------|-------|------------|
| (0) No contestó | 0 | 0.00% |
| (1) Pésimo | 0 | 0.00% |
| (2) Malo | 3 | 1.94% |
| (3) Regular | 11 | 7.10% |
| (4) Bueno | 141 | 90.97% |

- 3 familiares refirieron un trato malo por el servicio al que acudieron; haciendo alusión al trato recibido por el personal de urgencias.
- 11 familiares refirieron un trato regular por el servicio al que acudieron; haciendo alusión a: “es un trato despersonalizado, somos números, las enfermeras no hacen contacto visual y las asistentes son groseras”; “las asistentes son groseras y desordenadas. estamos en el hospital de 9 a 9 porque el servicio es muy lento, los expedientes no están y no siempre hay las medicinas. vigilancia: no te dejan pasar con bolsa pero ahí traemos papel de baño porque no hay aquí. la psicóloga es grosera, no sentimos su apoyo”; “una doctora fue grosera conmigo cuando le hice una pregunta”; “platicando entre ellas y fingen no escucharte. hay basura en recepción y en baños”; “jefa de enfermeras grosera, prepotente, te trata como tonta. le hice una pregunta a un doctor y no me respondió y me dijo si no te parece pues quéjate. me hicieron esperar de 6:00am a 3:00pm para decirme a esa hora que no me iban a atender”

- 141 familiares refirieron haber recibido un buen trato por el servicio el día en que fueron encuestados.

Trato que le proporcionó el Médico ese día, 155 familiares encuestados:

| Trato Médico Proporcionó | Casos | Porcentaje |
|--------------------------|-------|------------|
| (0) No contestó | 1 | 0.65% |
| (1) Pésimo | 2 | 1.29% |
| (2) Malo | 3 | 1.94% |
| (3) Regular | 13 | 8.39% |
| (4) Bueno | 136 | 87.74% |

- 1 familiar prefirió no contestar la pregunta.
- 2 familiares refirieron un trato pésimo por los doctores ese día argumentando: “los doctores fueron muy groseros, me aventaron el expediente y fueron muy sarcásticos conmigo, me dijeron “que le abran la panza para que coma”; “una doctora fue grosera conmigo cuando le hice una pregunta”.

- 3 familiares refirieron un trato malo por los doctores ese día argumentando: “Los residentes muy apáticos, como que están a la fuerza”.
- 13 familiares refirieron un trato regular por los doctores ese día argumentando: “los doctores no siempre explican con un lenguaje claro nuestras dudas”; “los doctores se molestan si haces preguntas, son muy cortantes e inhumanos y las asistentes médicas no tienen ganas de trabajar”; “me da miedo preguntar porque son muy groseros, no había personal que te apoyara a la 1:30am y llevo 2 días sin saber la condición de mi familiar”; “los doctores algunas veces son impuntuales”; “los médicos no responden las dudas y no revisan todo el expediente”; “algunos doctores les falta mejorar su forma de tratar con los pacientes, no se respetan las citas y la trabajadora social es muy déspota”; “no siempre te responden tus dudas los doctores, no dan un trato personalizado”; “no siempre es el mismo doctor (no sabes cuál es tu doctor)”; “los residentes no se prestan para responder dudas, tienes que buscar a los médicos de base”; “pregunté que tenía al médico y me dijo “obviamente si está aquí es por cáncer”; “algunos médicos no les gusta contestar dudas”; “algunos doctores (pocos) han sido groseros y regañones”; “los residentes dan un trato despersonalizado (como si fuéramos cosas), trato mecanizado y grosero”.
- 136 pacientes refirieron un buen trato por los doctores ese día.

A todos los familiares que fueron entrevistados se les pregunto si es que habían recibido “maltrato por parte de la atención de la Unidad Médica”

| Queja por Maltrato. | Casos | Porcentaje |
|---------------------|-------|------------|
| (0) No | 107 | 69.03% |
| (1) Si | 48 | 30.97% |

- A lo que 107 familiares de los 158 que fueron entrevistados refirieron no tener queja o haber presentado maltrato por parte del personal sanitario.
- Pero 48 familiares de los 158 que fueron entrevistados refirieron haber presentado maltrato, presentando “asistentes médicas: déspotas y cortantes”; “las enfermeras de quirófano muy malas, me dijeron “vamos a amarrar a su esposa como chivito” y en una consulta una enfermera metió a un amigo/familiar para que viera cómo ponía el catéter. laboratorios: tardan mucho en dar resultados, archivo: pierden los expedientes o se tardan en entregarlos mucho tiempo y los médicos no respetan las citas. policías: problemáticos e irrespetuosos”; “los doctores se molestan si haces preguntas, son muy cortantes e inhumanos y las asistentes médicas no tienen ganas de trabajar”; “me da miedo preguntar porque son muy groseros, no había personal que te apoyara a la 1:30am y llevo 2 días sin saber la condición de mi familiar”; las asistentes son groseras y siempre están molestan”; “las asistentes médicas no son tolerantes y no saben responder dudas, falta equipo, las ambulancias te traen pero no te regresan siempre (no te explican que debes anotarte para ida y regreso y te dicen que esperes todo el día y al final no te llevan, por lo menos deberían decirte que no te pueden regresar para que lo vayas resolviendo

pero en la noche qué haces?)”; “las asistentes médicas son irrespetuosas, no contestan las dudas y fingen no escucharte”; “el policía no te deja entrar al baño siempre y mi paciente necesita ayudar, no puede ir solo y no te dan la información completa sobre los servicios que hay”; “las asistentes médicas muestran desinterés, groseras y ausentes”; “las asistentes médicas no responden las preguntas y son groseras (endoscopía). un doctor no se quiso identificar”; “algunas asistentes y enfermeras son groseras y te dan un trato poco personalizado y siempre te refieren a urgencias”; “la asistente médica es grosera, no respetaron mi lugar por pasar al familiar de una de las enfermeras y los baños están sucios”.

Al realizar la exploración con los mismos 158 familiares sobre la información que recibieron al realizar una pregunta al personal sanitario; se presenta que:

| Dudas fueron Respondidas. | Casos | Porcentaje |
|---------------------------|-------|------------|
| (0) No | 21 | 13.55% |
| (1) Si | 134 | 86.45% |

- 21 familiares no recibieron una respuesta a sus inquietudes; pero que 134 familiares al realizar sus preguntas al personal médico; estos si contestaron a sus preguntas.

Se encontró que los familiares también presentaban quejas sobre los trámites que deben de realizar en la unidad médica y de los 158 familiares encuestados.

| Queja en Agilidad Trámites. | Casos | Porcentaje |
|-----------------------------|-------|------------|
| (0) No | 106 | 68.39% |
| (1) Si | 49 | 31.61% |

- 49 familiares se quejaban de los trámites que deben de realizar, contra 106 familiares que no presentaron queja alguna.

Pero al realizar la encuesta a los pacientes se encontró que presentaban queja ante la limpieza de la Unidad Médica, 155 familiares encuestados:

| Queja en Limpieza Unidad. | Casos | Porcentaje |
|---------------------------|-------|------------|
| (0) No | 121 | 78.06% |
| (1) Si | 34 | 21.94% |

- 34 pacientes se quejaban de los baños y los pasillos de la unidad; contra 121 pacientes que no presentaron queja alguna.

3.5. Análisis de los resultados catalogando problemas bioéticos encontrados.

231 pacientes encuestados de forma anónima; de los cuales 59 refirieron maltrato; es decir el 25.54% de los pacientes que fueron encuestados de forma anónima refirieron haber recibido algún tipo de maltrato.

| Queja por Maltrato. | Casos | Porcentaje |
|---------------------|-------|------------|
| (0) No | 172 | 74.46% |
| (1) Si | 59 | 25.54% |

Al analizar las categorías sobre la tipología de quejas se encuentra que en primer lugar se ubica la queja con el rubro “Maltrato”, entendiendo esta palabra como “Tratar mal a alguien de palabra u obra; y menoscabar, echar a perder”²⁰⁸. siendo que las quejas que se presentaron, especifican haber sido de tipo verbal ante la comunicación, sin llegar a presentar “maltrato físico”; siendo así, ninguna hace alusión a algún aspecto físico o sexual, solo concretando el “Maltrato” al aspecto verbal sobre el paciente y familiar.

Pero el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²⁰⁹. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo

²⁰⁸ Diccionario de Real Academia Española 2013

²⁰⁹ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se está incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”²¹⁰ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”²¹¹. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener

²¹⁰ Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

²¹¹ Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”²¹² y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”²¹³. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”²¹⁴.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja encontrada bajo ese concepto y recordando que en las encuestas anónimas que se aplicaron a los 231 pacientes; se encontraron 59 quejas de “Maltrato” dando un total de 354 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

212 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

213 Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

214 Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 59 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 354 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Trato por el Médico

| Trato Médico | Casos | Porcentaje |
|-----------------|-------|------------|
| (0) No contestó | 0 | 0 |
| (1) Pésimo | 1 | 0.43% |
| (2) Malo | 2 | 0.87% |
| (3) Regular | 17 | 7.36% |
| (4) Bueno | 211 | 91.34% |

Englobando los puntos 0,1,2,3 referentes a aspectos negativos sobre el trato recibido por el médico hacia el paciente se encuentra que

| Queja por Maltrato Médico. | Casos | Porcentaje |
|----------------------------|-------|------------|
| (0) No | 211 | 91.34% |
| (1) Si | 20 | 8.66% |

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja encontrada bajo ese concepto y recordando que en las encuestas anónimas que se aplicaron a los 231 pacientes; se encontraron 20 quejas de “Maltrato por el médico hacia el paciente” dando un total de 120 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 20 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 120 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el

Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Sobre el aspecto de Falta de Información:

| Respondieron a Dudas. | Casos | Porcentaje |
|-----------------------|-------|------------|
| (0) No | 16 | 6.93% |
| (1) Si | 214 | 92.64% |

Ante el concepto de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara,

oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”²¹⁵, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”²¹⁶.

| Falta de Información | Art. | No. |
|-------------------------------------|------|-----|
| | | 16 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 | 48 |

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la

²¹⁵ Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

²¹⁶ Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron en las encuestas aplicadas de forma anónima 16 quejas de “Falta de Información” dando un total de 48 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

Resultados de Familiares analizando con enfoque bioético.

A todos los familiares que fueron entrevistados se les pregunto si es que habían recibido “maltrato por parte de la atención de la Unidad Médica”

| Queja por Maltrato. | Casos | Porcentaje |
|---------------------|-------|------------|
| (0) No | 107 | 69.03% |
| (1) Si | 48 | 30.97% |

Al analizar las categorías sobre la tipología de quejas se encuentra que en primer lugar se ubica la queja con el rubro “Maltrato”, entendiendo esta palabra como “Tratar mal a alguien de palabra u obra; y menoscabar, echar a perder”²¹⁷. siendo que las quejas que se presentaron, especifican haber sido de tipo verbal ante la comunicación, sin llegar a presentar “maltrato físico”; siendo así, ninguna hace alusión a algún aspecto físico o sexual, solo concretando el “Maltrato” al aspecto verbal sobre el paciente y familiar.

Pero el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra

²¹⁷

Diccionario de Real Academia Española 2013

afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²¹⁸. Y el maltratar a una persona no se está haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se está incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”²¹⁹ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones

218 Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

219 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

personales y morales”²²⁰. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioetica en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”²²¹ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”²²². Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”²²³.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la atención recibida por la Unidad Médica sobre el Familiar del paciente, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron en las encuestas anónimas realizadas a los familiares 48 quejas de “Maltrato” dando un total de 288 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

220 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

221 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

222 Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

223 Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 48 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 288 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al familiar, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Trato que le proporcionó el Médico al familiar 155 encuestados, análisis bioético:

| Trato Médico Proporcionó | Casos | Porcentaje |
|--------------------------|-------|------------|
| (0) No contestó | 1 | 0.65% |
| (1) Pésimo | 2 | 1.29% |
| (2) Malo | 3 | 1.94% |
| (3) Regular | 13 | 8.39% |
| (4) Bueno | 136 | 87.74% |

Englobando los puntos 0,1,2,3 referentes a aspectos negativos sobre el trato recibido por el médico

hacia el paciente se encuentra que

| Queja por Maltrato Médico. | Casos | Porcentaje |
|----------------------------|-------|------------|
| (0) No | 136 | 87.74% |
| (1) Si | 19 | 12.26% |

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la atención recibida por la Unidad Médica sobre el Familiar del paciente, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron en las encuestas anónimas realizadas a los familiares 19 quejas de “Maltrato” dando un total de 114 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 19 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 114 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al familiar, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Sobre el aspecto de Falta de Información:

| Dudas fueron Respondidas. | Casos | Porcentaje |
|---------------------------|-------|------------|
| (0) No | 21 | 13.55% |
| (1) Si | 134 | 86.45% |

Ante el concepto de “Falta de Información”, ante esta queja se está afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al

paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”²²⁴, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”²²⁵.

| Falta de Información | Art. | No. |
|-------------------------------------|------|-----|
| | | 21 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 | 63 |

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron en las encuestas aplicadas de forma anónima 21 quejas de “Falta de Información” dando un total de 63 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

²²⁴ Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

²²⁵ Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

4. Capítulo IV. Revisión de Propuesta de Selección ante Integración de Resultados.

4.1. Propuesta de selección de residentes con respecto a perfil de personalidad como un criterio de aceptación para realizar la residencia médica en la UMAE H. Oncología.

Se ha desarrollado la integración de los médicos residentes a la formación en especialidad médico quirúrgica, médico oncólogo y médico en radioterapia, empleando procesos de selección académicos y como requisito el presentar una especialidad médica previa; además de que el proceso para continuar y culminar con la formación en su especialidad médica es el lograr acreditar todas las materias académicas de las cuales esta confirmada la especialidad; además considerando que el mismo actuar del médico residente esta regido por la normativa vigente en la ley federal de trabajo, el contrato colectivo de trabajo, así como en los códigos de conducta de la Unidad Médica.

Pero realizar la aceptación del médico residente conforme a su desarrollo académico, sin considerar el desenvolvimiento a nivel social y el compromiso que se debe desarrollar al trabajar directamente con pacientes y familiares con necesidades de atención a nivel físico y emocional; pero sobretodo sin considerar el desarrollo de un buen ambiente de trabajo; sería limitar la aceptación del residente a solo un aspecto único y reduccionista, limitando la formación del médico a la simple academia, relegando el aspecto personal-social de la figura del médico al mundo como un ser limitado al trabajo sobre el síntoma o enfermedad más no al trabajo con el humano- paciente- necesidad. Porque el médico es una figura de integración para una mejora continua de la población a la cual atenderá.

Ante estos argumentos en los cuales se debe de tener el conocimiento sobre el tipo y forma de

desenvolvimiento y compromiso social del medico residente para con sus pacientes, familiares y compañeros de trabajo; es considerado realizar e integrar la valoración en el perfil de personalidad como medio de conocimiento de cada uno de los aspirantes a la residencia médica en la UMAE, es decir, que mediante la delimitación de perfiles de personalidad; se pueda conocer cuales residentes son causales de conflictos serios en su actuar para con sigo mismos, con respecto a otros o sobre la población más vulnerable, me refiero a los pacientes a los cuales se encuentran dirigidos los servicios médicos.

Por lo tanto se considera que todo perfil de personalidad que demuestre por su composición que es potencial conflictivo para sociedad o la sana convivencia entre iguales; no será aceptado a realizar la residencia en ninguna de las tres especialidades médicas- quirúrgicas por muy capacitado o apto académicamente se encuentre el médico residente.

4.2.Integración de quejas, problemas y situaciones en las cuales no se respetaron, afectaron o violaron los principios bioéticos ante el interactuar del personal sanitario con el paciente. Comparando el resultado con la Declaración Universal de los Derechos Humanos Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

Al analizar las categorías sobre la tipología de quejas se encuentra que en primer lugar se ubica la queja con el rubro “Maltrato”, entendiendo esta palabra como “Tratar mal a alguien de palabra u obra; y menoscabar, echar a perder”²²⁶. siendo que las quejas que se presentaron, especifican haber sido de tipo

226

Diccionario de Real Academia Española 2013

verbal ante la comunicación, sin llegar a presentar “maltrato físico”; siendo así, ninguna hace alusión a algún aspecto físico o sexual, solo concretando el “Maltrato” al aspecto verbal sobre el paciente y familiar.

Pero el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²²⁷. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”²²⁸ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social

227 Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

228 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”²²⁹. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioetica en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”²³⁰ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”²³¹. Pero también no se respetó el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”²³².

229 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

230 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

231 Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

232 Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 59 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 354 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Bioéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les está dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se está respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le está otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Ante la queja de “Falta de Información”, ante esta queja se está afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara,

oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”²³³, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”²³⁴.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no son respetados por cada queja presentada o sometida bajo el concepto.o queja de “Falta de Información”.

²³³ Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

²³⁴ Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

| Falta de Información | Art. |
|-------------------------------------|------|
| Derechos Humanos | 0 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

Continuando con esta línea sobre la clasificación de la queja o el problema de Maltrato y Falta de Información y los Códigos y Principios de Bioética que no se respetan o no se hacen valer; se retomará lo analizado previamente.

Quejas presentadas en el año 2010 al departamento de Atención al Derechohabiente.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2010, 124 quejas de “Maltrato” dando un total de 746 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 124 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 746 |

Quejas presentadas en el año 2011 al Departamento de Atención al Derechohabiente.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2011 , 95 quejas de “Maltrato” dando un total de 570 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 95 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 570 |

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2011, 21 quejas de “Falta de Información” dando un total de 63 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Falta de Información | Art. | No. |
|-------------------------------------|------|-----|
| | | 21 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 | 63 |

Análisis de Quejas presentadas en el año 2012 al Departamento de Atención al Derechohabiente.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” y “Negativa” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6

artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2012 , 58 quejas de “Maltrato” dando un total de 348 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 58 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 348 |

| Negativa | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 21 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 126 |

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron para el año 2012, 12 quejas de “Falta de Información” dando un total de 36 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Falta de Información | Art. | No. |
|-------------------------------------|------|-----|
| | | 12 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 | 36 |

Encuestas Realizadas con carácter Anónimas:

Resultados de Pacientes, encuestas Anónimas:

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja encontrada bajo ese concepto y recordando que en las encuestas anónimas que se aplicaron a los 231 pacientes; se encontraron 59 quejas de “Maltrato” dando un total de 354 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 59 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 354 |

Trato por el Médico al Paciente encuestas anónimas:

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja encontrada bajo ese concepto y recordando que en las encuestas anónimas que se aplicaron a los 231 pacientes; se encontraron 20 quejas de “Maltrato por el médico hacia el paciente” dando un total de 120 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 20 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 120 |

Falta de Información del Médico al Paciente encuestas anónimas:

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron en las encuestas aplicadas de forma anónima 16 quejas de “Falta de Información” dando un total de 48 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Falta de Información | Art. | No. |
|-------------------------------------|------|-----|
| | | 16 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 | 48 |

Resultados de Familiares encuestas anónimas:

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la atención recibida por la Unidad Médica sobre el Familiar del paciente, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron en las encuestas anónimas realizadas a los familiares 48 quejas de “Maltrato” dando un total de 288 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 48 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 288 |

Trato por el Médico al Familiar encuestas anónimas.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectados por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la atención recibida por la Unidad Médica sobre el Familiar del paciente, se manifiesta que se encuentran afectados en total 6 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se

registraron en las encuestas anónimas realizadas a los familiares 19 quejas de “Maltrato” dando un total de 114 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Maltrato | Art. | No. |
|-------------------------------------|-----------|-----|
| | | 19 |
| Derechos Humanos | 1 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 | 114 |

Falta de Información del Médico al Familiar encuestas anónimas:

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” definición que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre paciente y personal sanitario, se manifiesta que se encuentran afectados en total 3 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto y recordando que se registraron en las encuestas aplicadas de forma anónima 21 quejas de “Falta de Información” dando un total de 63 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados.

| Falta de Información | Art. | No. |
|-------------------------------------|------|-----|
| | | 21 |
| Derechos Humanos | 0 | |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 | |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 | |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 | |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 | 63 |

4.3.Integración de perfiles de personalidad base conflictivos o con tendencia a no actuar conforme a una ética de mínimos afectando la interacción entre iguales, con pacientes y

familiares. Comparando con la Declaración Universal a los Derechos Humanos, Carta a los Derechos Generales del Médico, Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

Retomando a Thomasma y Pellegrino en el paradigma de las Virtudes, referente al “acto de profesión” en el cual el médico ha realizado una promesa de estar al servicio de los enfermos, al ingresar a estudiar realizar esta profesión; estando ligado por el “Juramento Hipocrático”, pero con esto no me refiero de que le médico se encontrará al servicio entero del paciente, pero que si se realizará una entrega en búsqueda de otorgar el máximo beneficio para lograr la estabilidad y recuperación del paciente; siendo que el receptor de los servicios de los médicos residentes de esta Unidad Médica son pacientes con una enfermedad neoplasica y considerados como una población vulnerable ante la enfermedad y el tratamiento, es por consiguiente que al encontrarse perfiles de personalidad conflictivos o reactivos de forma negativa en sobre su desarrollo común en el quehacer con el paciente; se presentarán alteraciones severas de tipo interpersonal y por evidente se afectará el proceso terapéutico del binomio médico-paciente. A continuación se presentan los perfiles de personalidad que generan mayor alteración en la interacción del binomio terapéutico.

| |
|-------------------------------|
| Rasgo Dominante |
| |
| Esquizofrenia |
| Personalidad Límitrofe. |
| Personalidad Pasivo-Agresivo. |
| Personalidad Antisocial. |
| Personalidad Histérica. |
| Inestabilidad Emocional. |
| Personalidad Paranoide. |
| Narcisismo. |

El problema que presentan estos perfiles conflictivos es la poca interacción y cohesión con el entorno y como se ha descrito anteriormente, la evolución dichos perfiles ante la interacción entre ellos

desarrollaran conflictiva entre si y sobre los demás perfiles que no presentan mayor alteración o interacción social. Pero al realizar la interacción entre el paciente oncológico y su familiar, se desarrollarán evidentes alteraciones y conflictivas, debido a que estos perfiles definidos por su etiología no se apegarán del todo a normas establecidas como el seguir indicaciones de los superiores, presentando justificaciones sobre su actuar, aunque este actuar no desarrolle un beneficio o busque un beneficio para el paciente.

Perfil Esquizofrenia y Pacientes.

Ante la Esquizofrenia; las características de personalidad serán narcisista e indulgente consigo mismo, debido a que el cree y considera que siempre se encuentra en lo correcto, con tendencia a justificarse sobre sus acciones, culpando a los demás de lo que ocurre a su alrededor, no llegando a aceptar la responsabilidad de sus propio comportamiento, valorándose a sí mismo de manera poco realista y grandiosa. Desconfiando de los demás, evitando las relaciones afectivas de forma profunda. Se mostrará altamente irritable, tendencia a discutir y evitar figuras de autoridad, porque no las reconoce. Situación que genera gran conflictiva en la dinámica a desarrollar en el ámbito laboral; debido a que al no reconocer figuras de autoridad, hace caso omiso a indicaciones recibidas de superiores, limitando toda interacción a su propia percepción, generando conflictiva con relación interpersonal; argumentando y manifestando tener la única razón ante un hecho, minimizando y discriminando todo aporte que recibe de la sociedad. Por psicopatología de base, la estructura psíquica solo puede convivir consigo misma no logrando interactuar de forma recíproca con sociedad. Llega a elaborar propios juicios de razón sobre cualquier situación, siendo esta de carácter: laboral, académica, social, personal;

proponiendo esta situación al trabajo directa sobre el paciente; llegará a cometer errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar sobre este; siendo que un error de esta característica generará un mal mayor sobre el paciente, traducido en un tratamiento mal establecido sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte; recayendo en este caso en la Maleficencia del paciente²³⁵

Y el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²³⁶. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”²³⁷ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de

²³⁵ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

²³⁶ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

²³⁷ Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”²³⁸. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”²³⁹ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”²⁴⁰. Pero también no se respeta el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”²⁴¹.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición**

238 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

239 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

240 Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

241 Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

que se afectarán por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 6 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Maltrato | Art. |
|-------------------------------------|-----------|
| Derechos Humanos | 1 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Se presentará el problema de la información en la interacción con el paciente y su familiar, traducido en queja de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios

de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”²⁴², así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”²⁴³.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se

²⁴² Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

²⁴³ Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

afectarán en total 3 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Falta de Información | Art. |
|-------------------------------------|------|
| Derechos Humanos | 0 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

Perfil Esquizofrenia y Residentes.

Ante las interacciones entre los médicos residentes y los problemas de conducta en los que se presentan conflictos entre iguales; no se está respetando el Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros”²⁴⁴ se aplica a los problemas de interacción ligados a la queja de maltrato o abuso de poder. Continuando con el análisis

²⁴⁴

Art.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

del maltrato pero empleando el Código de Conducta del Personal Sanitario; el cual interpreta normas morales y de trato social, especificando el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, presentando estándares de comportamiento del personal sanitario; y al presentarse problemas de convivencia no se están respetando los estándares de Conducta Laboral, el cual especifica que “la relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o la institución donde labora”²⁴⁵. Al analizar el concepto de maltrato entre personal sanitario y empleando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se estará respetando el Artículo 5, que especifica que “es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor”²⁴⁶. Así como también en el mismo tenor sobre las relaciones interpersonales, se presenta el artículo 36 del mismo Código, el cual especifica que “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios”²⁴⁷. Evidentemente al presentarse problemas de relación interpersonal no se está respetando este artículo y al continuar con el análisis de conflicto entre el personal sanitario y explorar la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, no se está respetando el artículo 5 que está referido a “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes, familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional”²⁴⁸.

²⁴⁵ Estándares de conducta laboral, Código de Conducta del Personal Sanitario.

²⁴⁶ Art.5 Cap.1 Código de Bioética para el Personal de Salud

²⁴⁷ Art. 36. Cap. VI. Relaciones interpersonales del equipo de salud, Código de Bioética del personal de salud

²⁴⁸ Art. 5. Carta Derechos Generales de los Médicos

| Códigos | Artículo |
|---------------------------------------|----------|
| Declaración Derechos Humanos | 1 |
| Código de Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Código de Bioética Personal Sanitario | 5, 36 |
| Derechos Generales Médicos. | 5 |
| Total de Faltas Bioéticas | 5 |

Ante el problema de interacción entre los médicos residentes y analizando esta problemática bajo los códigos y declaraciones no vinculantes por cada situación de conflicto en el que se presenta maltrato o abuso de autoridad sobre un médico residente; sea de menor, mayor o igual jerarquía se está recayendo en cometer 5 faltas bioéticas que al no ser vinculantes pueden pasar desapercibidas pero afectando la interacción y la interrelación entre el personal que será directamente reflejado en el desarrollo del “Télos de la Medicina” sobre el paciente.

Perfiles utilitaristas.

Código de Bioética para el personal de Salud. El tipo de evolución del perfil conflictivo y utilitarista, será en víspera de lograr su propia realización, sin importar el bien común o el desarrollo del otro. Llegarán a hacer caso omiso al artículo 4, del capítulo I del Código de Bioética para el personal de Salud el cual especifica que “el personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia”²⁴⁹, recurriendo los perfiles utilitaristas como este, a solo velar por sus propios intereses más no los de la institución médica mediante su trabajo dirigido al paciente, faltando también al Artículo 36 del Código de Bioética del Personal de salud, que especifica “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en

²⁴⁹

Art 4, Cap I. Código de Bioética para el Personal de Salud

beneficio de pacientes y de la comunidad”²⁵⁰; así como también dentro de ese proceso de autorrealización unitaria y utilitaria, se puede presentar la exhibición de algún error, no respetando el artículo 39 del código de bioética del personal de salud, el cual especifica que “el personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo”²⁵¹.

Cuando se presenta difamación no se están respetando la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en especial el Artículo 12 que especifica “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación...”²⁵² siendo que esta alteración se presentará en muchas ocasiones sobre los perfiles de personalidad conflictivos y los cuales solo buscan su propia autorrealización, intentando y buscando el hundimiento de los demás; al continuar con este tenor, se encuentra que ante la difamación, no se esta respetando el Artículo 39 del Código de Bioética del Personal de Salud.

Perfil Límitrofe Personalidad y Pacientes.

La personalidad límitrofe es la presencia de periodos alternos entre gran insensibilidad con respecto a las consecuencias de sus acciones y preocupación excesiva con respecto a los efectos de su comportamiento. Ejemplo de cierto tipo de paradoja, ante una insensibilidad sobre las consecuencias sociales de la propia conducta, y una excesiva preocupación de su conducta; es decir, se presentarán episodios en los que su comportamiento es de *acting out*, seguido de sentimientos de culpa y censura de

²⁵⁰ Art. 36, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud, Código Bioética del Personal de Salud

²⁵¹ Art. 39, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud. Código de Bioética del Personal de Salud.

²⁵² Art.12. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

sí mismos; sin embargo, esto no impedirá que manifieste *acting out* posteriormente. Serán comunes las quejas somáticas vagas, tensiones y fatiga. A menudo informarán que se sienten exhaustos e incapaces de enfrentar los problemas que los rodean. Los sentimientos de dependencia y su inseguridad personal dificultarán su adaptación. Son tan inseguros que necesitarán con frecuencia se les muestre confianza acerca de su propia valía. Ante la convivencia en el ámbito de trabajo, se desarrollará la búsqueda de personalidades dominantes y de respaldo; que puedan en algún momento desarrollar vínculos de amistad, pero en búsqueda de aceptación y protección; pero al presentarse en su mayoría personalidades conflictivas, se manifestará frustración y desaprobación propia generando irritabilidad y malestar. Ante el trabajo clínico, quirúrgico académico presentará poco desenvolvimiento; llegando en algunas ocasiones a manifestar interés en el aspecto del paciente (estudio de caso, mejor proceso de intervención quirúrgica) y en algunas otras (en momentos de frustración), apatía, desgano, maltrato y frialdad sobre el paciente²⁵³. Realizando un trabajo terapéutico encubierto con el paciente, con el objetivo obtener el reconocimiento de otros recaerá en el no respetar al paciente, porque puede no llegarlo a reconocer como persona, sino como objeto de estudio.

Y el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²⁵⁴. Y el maltratar a una persona no se está haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se está incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en

²⁵³

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

²⁵⁴

Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”²⁵⁵ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”²⁵⁶. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioetica en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”²⁵⁷ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto

²⁵⁵ Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

²⁵⁶ Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

²⁵⁷ Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”²⁵⁸. Pero también no se respeta el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”²⁵⁹.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se afectarán por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 6 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Maltrato | Art. |
|-------------------------------------|-----------|
| Derechos Humanos | 1 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

²⁵⁸ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

²⁵⁹ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Se presentará el problema de la información en la interacción con el paciente y su familiar, traducido en queja de “Falta de Información”, ante esta queja se está afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”²⁶⁰, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el

²⁶⁰ Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”²⁶¹.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 3 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Falta de Información | Art. |
|-------------------------------------|------|
| Derechos Humanos | 0 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

²⁶¹

Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

Perfil Limítrofe de Personalidad y Residentes.

Ante las interacciones entre los médicos residentes y los problemas de conducta en los que se presentan conflictos entre iguales; no se está respetando el Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros”²⁶² se aplica a los problemas de interacción ligados a la queja de maltrato o abuso de poder. Continuando con el análisis del maltrato pero empleando el Código de Conducta del Personal Sanitario; el cual interpreta normas morales y de trato social, especificando el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, presentando estándares de comportamiento del personal sanitario; y al presentarse problemas de convivencia no se están respetando los estándares de Conducta Laboral, el cual especifica que “la relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o la institución donde labora”²⁶³. Al analizar el concepto de maltrato entre personal sanitario y empleando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se estará respetando el Artículo 5, que especifica que “es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor”²⁶⁴. Así como también en el mismo tenor sobre las relaciones interpersonales, se presenta el artículo 36 del mismo Código, el cual especifica que “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los

²⁶² Art.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

²⁶³ Estándares de conducta laboral, Código de Conducta del Personal Sanitario.

²⁶⁴ Art.5 Cap.1 Código de Bioética para el Personal de Salud

servicios”²⁶⁵. Evidentemente al presentarse problemas de relación interpersonal no se está respetando este artículo y al continuar con el análisis de conflicto entre el personal sanitario y explorar la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, no se está respetando el artículo 5 que está referido a “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes, familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional”²⁶⁶.

| Códigos | Artículo |
|---------------------------------------|----------|
| Declaración Derechos Humanos | 1 |
| Código de Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Código de Bioética Personal Sanitario | 5, 36 |
| Derechos Generales Médicos. | 5 |
| Total de Faltas Bioéticas | 5 |

Ante el problema de interacción entre los médicos residentes y analizando esta problemática bajo los códigos y declaraciones no vinculantes por cada situación de conflicto en el que se presenta maltrato o abuso de autoridad sobre un médico residente; sea de menor, mayor o igual jerarquía se está recayendo en cometer 5 faltas bioéticas que al no ser vinculantes pueden pasar desapercibidas pero afectando la interacción y la interrelación entre el personal que será directamente reflejado en el desarrollo del “Télos de la Medicina” sobre el paciente.

Perfiles utilitaristas.

Código de Bioética para el personal de Salud. El tipo de evolución del perfil conflictivo y utilitarista, será en víspera de lograr su propia realización, sin importar el bien común o el desarrollo del otro. Llegarán a hacer caso omiso al artículo 4, del capítulo I del Código de Bioética para el personal de Salud el cual especifica que “el personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de

²⁶⁵

Art. 36. Cap. VI. Relaciones interpersonales del equipo de salud, Código de Bioética del personal de salud

²⁶⁶

Art. 5. Carta Derechos Generales de los Médicos

las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia”²⁶⁷, recurriendo los perfiles utilitaristas como este, a solo velar por sus propios intereses más no los de la institución médica mediante su trabajo dirigido al paciente, faltando también al Artículo 36 del Código de Bioética del Personal de salud, que especifica “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de pacientes y de la comunidad”²⁶⁸; así como también dentro de ese proceso de autorrealización unitaria y utilitaria, se puede presentar la exhibición de algún error, no respetando el artículo 39 del código de bioética del personal de salud, el cual especifica que “el personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo”²⁶⁹.

Cuando se presenta difamación no se están respetando la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en especial el Artículo 12 que especifica “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación...”²⁷⁰ siendo que esta alteración se presentará en muchas ocasiones sobre los perfiles de personalidad conflictivos y los cuales solo buscan su propia autorrealización, intentando y buscando el hundimiento de los demás; al continuar con este tenor, se encuentra que ante la difamación, no se esta respetando el Artículo 39 del Código de Bioética del Personal de Salud.

²⁶⁷ Art 4, Cap I. Código de Bioética para el Personal de Salud

²⁶⁸ Art. 36, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud, Código Bioética del Personal de Salud

²⁶⁹ Art. 39, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud. Código de Bioética del Personal de Salud.

²⁷⁰ Art.12. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Perfil Pasivo- Agresivo de Personalidad y Pacientes.

Los rasgos característicos de la personalidad Pasivo- Agresivo es que presentarán angustia extrema; informando que sienten ansiedad, tensión, inquietud; presentando quejas somáticas; con episodios agresividad y belicosidad; ambiciosas, pero al carecen de metas claras presentarán frustración por no tener la habilidad para llegar a un alto nivel en lo que pretenden. Procurarán negar que experimentan problemas de personalidad. Se describirán como felices y confiados en si mismos, a pesar de lo que los demás piensen. Con resistencia a aceptar explicaciones psicológicas con respecto a los problemas médicos que perciben; ante el trabajo clínico, presentarán excusas para la no realización de las actividades requeridas, aunado a la demanda constante del paciente oncológico, desarrollará constantes procesos de enojo, frustración e ira; ya que manifestará y presentará somatización a forma de justificación. Recayendo a la maleficencia del paciente, porque no desarrollará vinculo de armonía ni relación terapéutica entre el binomio Médico- Paciente.²⁷¹

Y el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²⁷². Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato

²⁷¹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

²⁷² Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”²⁷³ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”²⁷⁴. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”²⁷⁵ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto

²⁷³ Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

²⁷⁴ Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

²⁷⁵ Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”²⁷⁶. Pero también no se respeta el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”²⁷⁷.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se afectarán por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 6 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Maltrato | Art. |
|-------------------------------------|-----------|
| Derechos Humanos | 1 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

²⁷⁶ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

²⁷⁷ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Se presentará el problema de la información en la interacción con el paciente y su familiar, traducido en queja de “Falta de Información”, ante esta queja se está afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”²⁷⁸, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha

278

Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”²⁷⁹.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 3 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Falta de Información | Art. |
|-------------------------------------|------|
| Derechos Humanos | 0 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

²⁷⁹

Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

Perfil Pasivo- Agresivo de Personalidad y Residentes.

Ante las interacciones entre los médicos residentes y los problemas de conducta en los que se presentan conflictos entre iguales; no se está respetando el Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros”²⁸⁰ se aplica a los problemas de interacción ligados a la queja de maltrato o abuso de poder. Continuando con el análisis del maltrato pero empleando el Código de Conducta del Personal Sanitario; el cual interpreta normas morales y de trato social, especificando el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, presentando estándares de comportamiento del personal sanitario; y al presentarse problemas de convivencia no se están respetando los estándares de Conducta Laboral, el cual especifica que “la relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o la institución donde labora”²⁸¹. Al analizar el concepto de maltrato entre personal sanitario y empleando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se estará respetando el Artículo 5, que especifica que “es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor”²⁸². Así como también en el mismo tenor sobre las relaciones interpersonales, se presenta el artículo 36 del mismo Código, el cual especifica que “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los

280 Art.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

281 Estándares de conducta laboral, Código de Conducta del Personal Sanitario.

282 Art.5 Cap.1 Código de Bioética para el Personal de Salud

servicios”²⁸³. Evidentemente al presentarse problemas de relación interpersonal no se está respetando este artículo y al continuar con el análisis de conflicto entre el personal sanitario y explorar la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, no se está respetando el artículo 5 que está referido a “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes, familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional”²⁸⁴.

| Códigos | Artículo |
|---------------------------------------|----------|
| Declaración Derechos Humanos | 1 |
| Código de Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Código de Bioética Personal Sanitario | 5, 36 |
| Derechos Generales Médicos. | 5 |
| Total de Faltas Bioéticas | 5 |

Ante el problema de interacción entre los médicos residentes y analizando esta problemática bajo los códigos y declaraciones no vinculantes por cada situación de conflicto en el que se presenta maltrato o abuso de autoridad sobre un médico residente; sea de menor, mayor o igual jerarquía se está recayendo en cometer 5 faltas bioéticas que al no ser vinculantes pueden pasar desapercibidas pero afectando la interacción y la interrelación entre el personal que será directamente reflejado en el desarrollo del “Télos de la Medicina” sobre el paciente.

Perfiles utilitaristas.

Código de Bioética para el personal de Salud. El tipo de evolución del perfil conflictivo y utilitarista, será en víspera de lograr su propia realización, sin importar el bien común o el desarrollo del otro. Llegarán a hacer caso omiso al artículo 4, del capítulo I del Código de Bioética para el personal de Salud el cual especifica que “el personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de

²⁸³

Art. 36. Cap. VI. Relaciones interpersonales del equipo de salud, Código de Bioética del personal de salud

²⁸⁴

Art. 5. Carta Derechos Generales de los Médicos

las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia”²⁸⁵, recurriendo los perfiles utilitaristas como este, a solo velar por sus propios intereses más no los de la institución médica mediante su trabajo dirigido al paciente, faltando también al Artículo 36 del Código de Bioética del Personal de salud, que especifica “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de pacientes y de la comunidad”²⁸⁶; así como también dentro de ese proceso de autorrealización unitaria y utilitaria, se puede presentar la exhibición de algún error, no respetando el artículo 39 del código de bioética del personal de salud, el cual especifica que “el personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo”²⁸⁷.

Cuando se presenta difamación no se están respetando la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en especial el Artículo 12 que especifica “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación...”²⁸⁸ siendo que esta alteración se presentará en muchas ocasiones sobre los perfiles de personalidad conflictivos y los cuales solo buscan su propia autorrealización, intentando y buscando el hundimiento de los demás; al continuar con este tenor, se encuentra que ante la difamación, no se esta respetando el Artículo 39 del Código de Bioética del Personal de Salud.

285 Art 4, Cap I. Código de Bioética para el Personal de Salud

286 Art. 36, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud, Código Bioética del Personal de Salud

287 Art. 39, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud. Código de Bioética del Personal de Salud.

288 Art.12. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Perfil Antisocial de Personalidad y Pacientes.

En la personalidad antisocial desarrolla problemas para seguir órdenes de superiores, haciendo caso omiso a normas y valores, recayendo en Maleficencia, no respetando la Autonomía y Beneficencia del paciente por consiguiente no ejerciendo la Justicia; porque esta Personalidad busca generar dificultad a nivel de norma social; ya que se rige bajo su propio código de ética. Sobre el trabajo directo con el paciente llegará a presentar errores sobre el tipo de tratamiento a seguir o el procedimiento a desarrollar ya que esta personalidad solo actuará bajo su convicción, sin buscar el beneficio del otro; es decir, en la búsqueda de un logro personal puede llegar a generar un mal mayor sobre otro, traducido en un mal aplicado sobre el paciente que conllevará a su deterioro o posible muerte con la justificación de la búsqueda en la mejora de un aspecto académico.²⁸⁹

Y el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²⁹⁰. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno,

²⁸⁹ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

²⁹⁰ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”²⁹¹ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”²⁹². así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”²⁹³ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su

291 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

292 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

293 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

estabilización, recuperación o rehabilitación”²⁹⁴. Pero también no se respeta el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”²⁹⁵.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se afectarán por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 6 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Maltrato | Art. |
|-------------------------------------|-----------|
| Derechos Humanos | 1 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

²⁹⁴ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

²⁹⁵ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Se presentará el problema de la información en la interacción con el paciente y su familiar, traducido en queja de “Falta de Información”, ante esta queja se está afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”²⁹⁶, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el

²⁹⁶

Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”²⁹⁷.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 3 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Falta de Información | Art. |
|-------------------------------------|------|
| Derechos Humanos | 0 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

²⁹⁷

Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

La personalidad Histérica presentará quejas físicas vagas, que aumentarán bajo el estrés y desaparecerán cuando este disminuya. Generalmente no se presentará ansiedad ni depresión graves; desarrollando un nivel de eficiencia reducido en los ámbitos académico y profesional. Preferirán explicaciones médicas con relación a sus síntomas y se resistirán a aceptar interpretaciones psicológicas, asimismo, negará y racionalizarán fallas presentando poca capacidad de *insight* sobre sus dificultades. Se percibirán a si mismos como normales, responsables y sin fallas, no sentirán preocupación por sus síntomas y problemas; siendo demasiado optimistas e ingenuamente ilusorios. Se manifestarán periodos de inmadurez, egocentrismo y egoísmo, por lo que también podrán ser muy narcisistas. Se mostrarán pasivos y dependientes, desarrollando inseguridad si no obtienen la gran atención y simpatía que necesitan. Se les verá como sociables y extrovertidos, pero sus relaciones serán típicamente superficiales, ya que no se involucran con los demás. Existirán ganancias secundarias asociadas con las quejas físicas. Posiblemente mostrarán resentimiento y hostilidad hacia quienes ellos consideran que no les ofrecen suficiente atención y apoyo, ya que sentirán tratados injustamente por la vida. Se les considerará sobrecontrolados y pasivo-agresivos en sus relaciones. Mostrando arrebatos de ira ocasionales. Otra característica de este tipo de personalidad es la tendencia a reducir los hechos del exterior; es decir, a minimizar la sintomatología que puede llegar a manifestar el paciente ante su enfermedad o dolor secundario derivado de este; realizando maltrato de forma pasiva al paciente; pero cuando se presentan episodios de estrés; las acciones de este tipo de personalidad no podrán medir su actuar.²⁹⁸

Y el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos

²⁹⁸

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”²⁹⁹. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”³⁰⁰ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”³⁰¹. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de

299 Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

300 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

301 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”³⁰² y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”³⁰³. Pero también no se respeta el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”³⁰⁴.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se afectarán por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 6 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Maltrato | Art. |
|-------------------------------------|-----------|
| Derechos Humanos | 1 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 |

302 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

303 Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

304 Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Se presentará el problema de la información en la interacción con el paciente y su familiar, traducido en queja de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer

vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”³⁰⁵, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”³⁰⁶.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 3 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Falta de Información | Art. |
|-------------------------------------|----------|
| Derechos Humanos | 0 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información

305 Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

306 Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

comprensible al paciente no le está ofreciendo un beneficio. No se está respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le está afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

Perfil Antisocial de Personalidad y Residentes.

Ante las interacciones entre los médicos residentes y los problemas de conducta en los que se presentan conflictos entre iguales; no se está respetando el Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros”³⁰⁷ se aplica a los problemas de interacción ligados a la queja de maltrato o abuso de poder. Continuando con el análisis del maltrato pero empleando el Código de Conducta del Personal Sanitario; el cual interpreta normas morales y de trato social, especificando el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, presentando estándares de comportamiento del personal sanitario; y al presentarse problemas de convivencia no se están respetando los estándares de Conducta Laboral, el cual especifica que “la relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o la institución donde labora”³⁰⁸. Al analizar el concepto de maltrato entre personal sanitario y empleando el Código de Bioética del

³⁰⁷ Art.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

³⁰⁸ Estándares de conducta laboral, Código de Conducta del Personal Sanitario.

Personal de Salud, no se estará respetando el Artículo 5, que especifica que “es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor”³⁰⁹. Así como también en el mismo tenor sobre las relaciones interpersonales, se presenta el artículo 36 del mismo Código, el cual especifica que “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios”³¹⁰. Evidentemente al presentarse problemas de relación interpersonal no se está respetando este artículo y al continuar con el análisis de conflicto entre el personal sanitario y explorar la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, no se está respetando el artículo 5 que está referido a “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes, familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional”³¹¹.

| Códigos | Artículo |
|---------------------------------------|----------|
| Declaración Derechos Humanos | 1 |
| Código de Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Código de Bioética Personal Sanitario | 5, 36 |
| Derechos Generales Médicos. | 5 |
| Total de Faltas Bioéticas | 5 |

Ante el problema de interacción entre los médicos residentes y analizando esta problemática bajo los códigos y declaraciones no vinculantes por cada situación de conflicto en el que se presenta maltrato o abuso de autoridad sobre un médico residente; sea de menor, mayor o igual jerarquía se está recayendo en cometer 5 faltas bioéticas que al no ser vinculantes pueden pasar desapercibidas pero afectando la interacción y la interrelación entre el personal que será directamente reflejado en el desarrollo del

³⁰⁹ Art.5 Cap.1 Código de Bioética para el Personal de Salud

³¹⁰ Art. 36. Cap. VI. Relaciones interpersonales del equipo de salud, Código de Bioética del personal de salud

³¹¹ Art. 5. Carta Derechos Generales de los Médicos

“Télos de la Medicina” sobre el paciente.

Perfiles utilitaristas.

Código de Bioética para el personal de Salud. El tipo de evolución del perfil conflictivo y utilitarista, será en víspera de lograr su propia realización, sin importar el bien común o el desarrollo del otro. Llegarán a hacer caso omiso al artículo 4, del capítulo I del Código de Bioética para el personal de Salud el cual especifica que “el personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia”³¹², recurriendo los perfiles utilitaristas como este, a solo velar por sus propios intereses más no los de la institución médica mediante su trabajo dirigido al paciente, faltando también al Artículo 36 del Código de Bioética del Personal de salud, que especifica “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de pacientes y de la comunidad”³¹³; así como también dentro de ese proceso de autorrealización unitaria y utilitaria, se puede presentar la exhibición de algún error, no respetando el artículo 39 del código de bioética del personal de salud, el cual especifica que “el personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo”³¹⁴.

Cuando se presenta difamación no se están respetando la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en especial el Artículo 12 que especifica “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su

³¹² Art 4, Cap I. Código de Bioética para el Personal de Salud

³¹³ Art. 36, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud, Código Bioética del Personal de Salud

³¹⁴ Art. 39, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud. Código de Bioética del Personal de Salud.

reputación...³¹⁵ siendo que esta alteración se presentará en muchas ocasiones sobre los perfiles de personalidad conflictivos y los cuales solo buscan su propia autorrealización, intentando y buscando el hundimiento de los demás; al continuar con este tenor, se encuentra que ante la difamación, no se esta respetando el Artículo 39 del Código de Bioética del Personal de Salud.

Perfil de Inestabilidad Emocional de Personalidad y Pacientes.

La Inestabilidad Emocional se manifiesta como manifestarán enojo crónico e intenso, con impulsos hostiles y agresivos, por lo que no conseguirán expresar de manera apropiada sentimientos negativos. Problemas para controlarse, desarrollando y manifestando periodos breves de exhibicionismo (*acting out*) violento y agresivo, asimismo, ignorarán el origen de este comportamiento agresivo y sus consecuencias. Serán extrapunitivos, considerando su comportamiento como problemático, ya que culparán a los demás de lo que les sucede. No mostrarán ansiedad ni depresión que los incapacite, pero en cambio expresarán sus quejas somáticas. Se presentarán desadaptación sexual y la promiscuidad de forma común ante situaciones de estrés sobre este tipo de personalidad. Tenderán a exigir la atención y la aprobación de los demás en especial de las figuras de autoridad o superiores en sus ámbitos de trabajo; serán muy susceptibles al rechazo y desaprobación sobre una acción mal tomada o alguna corrección realizada sobre estos, tornándose hostiles cuando se les critique. Aunque exteriormente se mostrarán conformes, interiormente serán rebeldes. Después de presentar periodos de *acting out*, se pueden desarrollar pensamientos o acciones suicidas. Muchas veces expresarán su agresión en forma pasiva, pero insistente, por lo que es factible que ello les llegue a ocasionar problemas con los demás; esa es la razón por la que muchas de estas personas presentan conflictos con su familia o con su pareja.

³¹⁵

Art.12. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Ante la dinámica con las demás personalidades presentes en el área de trabajo del residente se buscará desarrollar alianzas con personalidades inferiores a fin de poder contrarrestar alguna personalidad sobresaliente o más dominante de esta; al no lograrlo, se desarrollarán conflictiva con estas, buscando la nula unificación de los demás. Este tipo de personalidad al estar con contacto con pacientes, desarrollarán desapego, poco o nulo interés ante la interacción y el trato directo con el paciente, recayendo en la maleficencia sobre este último, porque no será considerado como una persona que presenta necesidades. .³¹⁶

Y el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”³¹⁷. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”³¹⁸ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud

³¹⁶ Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

³¹⁷ Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

³¹⁸ Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”³¹⁹. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioetica en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”³²⁰ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”³²¹. Pero también no se respeta el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de

319 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

320 Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

321 Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

consideración, amabilidad y respeto”³²².

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se afectarán por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 6 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Maltrato | Art. |
|-------------------------------------|-----------|
| Derechos Humanos | 1 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Se presentará el problema de la información en la interacción con el paciente y su familiar, traducido en queja de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y

322

Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”³²³, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”³²⁴.

323 Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

324 Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 3 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Falta de Información | Art. |
|-------------------------------------|----------|
| Derechos Humanos | 0 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

Perfil Inestabilidad Emocional de la Personalidad y Residentes.

Ante las interacciones entre los médicos residentes y los problemas de conducta en los que se presentan conflictos entre iguales; no se está respetando el Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos

Humanos “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros”³²⁵ se aplica a los problemas de interacción ligados a la queja de maltrato o abuso de poder. Continuando con el análisis del maltrato pero empleando el Código de Conducta del Personal Sanitario; el cual interpreta normas morales y de trato social, especificando el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, presentando estándares de comportamiento del personal sanitario; y al presentarse problemas de convivencia no se están respetando los estándares de Conducta Laboral, el cual especifica que “la relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o la institución donde labora”³²⁶. Al analizar el concepto de maltrato entre personal sanitario y empleando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se estará respetando el Artículo 5, que especifica que “es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor”³²⁷. Así como también en el mismo tenor sobre las relaciones interpersonales, se presenta el artículo 36 del mismo Código, el cual especifica que “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios”³²⁸. Evidentemente al presentarse problemas de relación interpersonal no se está respetando este artículo y al continuar con el análisis de conflicto entre el personal sanitario y explorar la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, no se esta respetando el artículo 5 que está referido a “Recibir

325

Art.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

326

Estándares de conducta laboral, Código de Conducta del Personal Sanitario.

327

Art.5 Cap.1 Código de Bioética para el Personal de Salud

328

Art. 36. Cap. VI. Relaciones interpersonales del equipo de salud, Código de Bioética del personal de salud

trato respetuoso por parte de los pacientes, familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional”³²⁹.

| Códigos | Artículo |
|---------------------------------------|----------|
| Declaración Derechos Humanos | 1 |
| Código de Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Código de Bioética Personal Sanitario | 5, 36 |
| Derechos Generales Médicos. | 5 |
| Total de Faltas Bioéticas | 5 |

Ante el problema de interacción entre los médicos residentes y analizando esta problemática bajo los códigos y declaraciones no vinculantes por cada situación de conflicto en el que se presenta maltrato o abuso de autoridad sobre un médico residente; sea de menor, mayor o igual jerarquía se está recayendo en cometer 5 faltas bioéticas que al no ser vinculantes pueden pasar desapercibidas pero afectando la interacción y la interrelación entre el personal que será directamente reflejado en el desarrollo del “Télos de la Medicina” sobre el paciente.

Perfiles utilitaristas.

Código de Bioética para el personal de Salud. El tipo de evolución del perfil conflictivo y utilitarista, será en víspera de lograr su propia realización, sin importar el bien común o el desarrollo del otro. Llegarán a hacer caso omiso al artículo 4, del capítulo I del Código de Bioética para el personal de Salud el cual especifica que “el personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia”³³⁰, recurriendo los perfiles utilitaristas como este, a solo velar por sus propios intereses más no los de la institución médica mediante su trabajo dirigido al paciente, faltando también

³²⁹

Art. 5. Carta Derechos Generales de los Médicos

³³⁰

Art 4, Cap I. Código de Bioética para el Personal de Salud

al Artículo 36 del Código de Bioética del Personal de salud, que especifica “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de pacientes y de la comunidad”³³¹; así como también dentro de ese proceso de autorrealización unitaria y utilitaria, se puede presentar la exhibición de algún error, no respetando el artículo 39 del código de bioética del personal de salud, el cual especifica que “el personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo”³³².

Cuando se presenta difamación no se están respetando la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en especial el Artículo 12 que especifica “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación...”³³³ siendo que esta alteración se presentará en muchas ocasiones sobre los perfiles de personalidad conflictivos y los cuales solo buscan su propia autorrealización, intentando y buscando el hundimiento de los demás; al continuar con este tenor, se encuentra que ante la difamación, no se esta respetando el Artículo 39 del Código de Bioética del Personal de Salud.

Perfil Paranoide de la Personalidad y Pacientes.

Ante la personalidad Paranoide, esta se mostrará serán demasiado susceptible y desconfiado, se percibirán vulnerables con respecto a amenazas reales o imaginarias, sentirán ansiedad, y quizá manifiesten periodos de llanto y temblor con frecuencia. Tenderán a reaccionar demasiado ante la más

³³¹ Art. 36, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud, Código Bioética del Personal de Salud

³³² Art. 39, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud. Código de Bioética del Personal de Salud.

³³³ Art.12. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

mínima presión y responderán a serios reveses refugiándose en fantasías. Se manifestarán signos de desordenes en el pensamiento, se presentarán quejas para pensar y problemas para concentrarse. Podrán desarrollar cuadros de deliro, alucinaciones, discurso irrelevante e incoherente, así como lucir desorientados y perplejos. La capacidad de juicio de estas personas será limitada. Aunque se describirán a si mismos como feliz, tranquilo, adaptable y buenas condiciones de salud; serán los demás quienes los verán como enojones, hostiles y demasiado susceptibles al estrés. Se presentarán periodos alternos de sobrecontrol y arrebatos emocionales directos y poco controlados. Ante la dinámica del servicio trabajo con los pacientes, se presentarán conflictiva, debido a que tenderán a evitar responsabilidades directas, limitándose a canalizar y responsabilizar a otro; no seguirá la línea de jerarquía marcada, porque optará por saltarse los procesos en búsqueda de una justificación que le convenga. No podrá reaccionar de forma acertada ante situaciones de estrés, se presentarán constantes bloqueos a nivel mental y físico; que conllevarán a una mala y errónea ejecución del actuar sobre el paciente; que podrá ser traducido en errores médicos que lesionarán al paciente e inclusive llegando a dañar o matar al paciente ante un actuar mal enfocado; recayendo en Maleficencia sobre el paciente de forma secundaria por un actuar no mesurado³³⁴

Y el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”³³⁵. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que

³³⁴

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

³³⁵

Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”³³⁶ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”³³⁷. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioética en la Prestación de Servicios de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”³³⁸ y también el Artículo 8 del

³³⁶ Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

³³⁷ Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

³³⁸ Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”³³⁹. Pero también no se respeta el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”³⁴⁰.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se afectarán por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 6 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Maltrato | Art. |
|-------------------------------------|-----------|
| Derechos Humanos | 1 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 |

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no

339 Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

340 Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Se presentará el problema de la información en la interacción con el paciente y su familiar, traducido en queja de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”³⁴¹, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del

341

Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”³⁴².

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 3 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Falta de Información | Art. |
|-------------------------------------|------|
| Derechos Humanos | 0 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones

342

Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

El médico con un perfil dominante de personalidad Narcisista, se mostrará inmaduro, narcisista e indulgente con si mismo, se caracterizará por hacer demandas excesivas y poco realistas en sus relaciones con los demás, asimismo, buscará atención y simpatía; por lo general sospecharán de los demás y resentirán que se les exija algo. Los problemas en las relaciones con otros serán características de sus conflictos psicológicos, en especial cuando estos involucren a personas del sexo opuesto. Se desconfiarán de los motivos de los demás y tenderán a evitar involucrarse emocionalmente de manera profunda. Considerado irritables, malhumorados, persona que les gustará discutir, resentidas con las autoridades. Serán comunes los problemas de personalidad en cuanto a la adaptación. En el trabajo sobre los pacientes se mostrarán distantes, con periodos de despotismo, generando sentimientos superioridad- autoridad sobre los pacientes, se manifestarán periodos de soberbia, con tendencia a minimizar, limitar y menospreciar al paciente. Ante la dinámica con las demás personalidades, al presentarse la convivencia con alguna dominante, se desarrollará conflictiva e inicio de lucha de poder, con tendencia a buscar aliados en las personalidades pasivas. Recayendo esta personalidad en la maleficencia de su actuar sobre el paciente.³⁴³ Traduciendo este actuar en un problema de maleficencia sobre el paciente generando así, el “maltrato” directo con su actuar.

Y el maltrato analizado ante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se encuentra afectando al primer artículo de la misma Declaración, el cual argumenta que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben

³⁴³

Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003, pag. 166- 191

comportarse fraternalmente los unos con los otros”³⁴⁴. Y el maltratar a una persona no se esta haciendo valer el derecho que tiene como persona; así que, ante este actuar se esta incurriendo en una falta sobre la misma humanidad. Pero el análisis de este rubro se ve mucho más afectado, debido a que comparando esta queja con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, se encuentra que en primera instancia se ha afectado el Artículo número 2 de la carta; el cual hace referencia a recibir trato Digno y Respetuoso, y especifica “La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”³⁴⁵ encontrándose amparado por la Ley General de Salud en los Artículos 51 y 83; así como en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48. Pero en la queja interpuesta no se especifica que tipo de “maltrato” fue acreedor el paciente; si es que, esta fue de carácter verbal, física o psicológica. Pero aun así, al no haberse respetado el Artículo 2 de la Carta a los Derechos Generales del Paciente, el personal de salud no respetó los Estándares de Trato Social especificados en el Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002, el cual establece que el comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes y familiares, “debe de ser profesional, amable, personalizada y respetuosa hacia los pacientes, con un trato digno y considerado respecto a la condición sociocultural de los pacientes, de sus convicciones personales y morales”³⁴⁶. así como también no se respetó el Artículo 6 del Capítulo II del Código de Bioética del Personal de Salud que hace referencia a la Conducta Bioetica en la Prestación de Servicios

344 Art 1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

345 Art. 2. Carta Derechos Generales de los Pacientes

346 Código de Conducta del Personal de Salud dictaminado en el 2002.

de Salud y especifica que “la población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante”³⁴⁷ y también el Artículo 8 del mismo capítulo, que especifica que “la actitud del equipo de salud debe mantenerse e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y persona que los asiste, puesto que el humanismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación”³⁴⁸. Pero también no se respeta el Artículo 13 del Capítulo III del mismo código, pero que hace referencia al Enfermo como centro de interés de la Bioética” y especifica que “los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto”³⁴⁹.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se afectarán por el concerniente concepto “Maltrato” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 6 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Maltrato | Art. |
|-------------------------------------|-----------|
| Derechos Humanos | 1 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 2 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 6, 8 y 13 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 6 |

³⁴⁷ Art. 6, Cap II. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

³⁴⁸ Art. 8 Cap II Código de Bioética del Personal de Salud 2002

³⁴⁹ Art. 13 Cap III. Código de Bioética del Personal de Salud 2002

Ante el análisis y clasificación de Principios Biéticos que no fueron respetados, se encuentran: Beneficencia, porque al proporcionar maltrato al paciente y/o familiar, no se les esta dando el respeto y lugar como personas que son ofreciendo un maleficio de forma directa, así que No se esta respetando el Principio de No maleficencia. No se respetó el Principio de Justicia, ya que al proporcionar “maltrato” al paciente, se le puede estar proporcionando “dignidad” porque se le esta otorgando un lugar, pero no de la forma debida como a cualquier ser vivo, cayendo sin dudar a la Maleficencia.

Se presentará el problema de la información en la interacción con el paciente y su familiar, traducido en queja de “Falta de Información”, ante esta queja se esta afectando al 3er Derecho de la Carta de Derechos Generales de los Pacientes, el cual hace referencia a: Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; especificando “La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad” amparado en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

Analizando esta queja bajo el Código de Conducta del Personal de Salud del 2002; en cual, el apartado de Estándares de Trato Social especifica que el equipo sanitario debe Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y sus familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables. Así como también que el equipo de salud se esforzará por establecer vínculos de comunicación efectiva con el paciente y sus allegados, y obtener así su confianza en el

personal que los atiende y en su institución. Pero sobre todo el personal sanitario “Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana”³⁵⁰, así como también no se realizó el apego al Artículo 14, del Capítulo III del Código de Bioética del Personal de Salud, que especifica sobre la información que ha de realizarse con el paciente y aclara “El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad”³⁵¹.

Al realizar la comparación en cuanto a los Códigos y Artículos de índole “No Vinculante” **definición** que se encuentran afectado el concerniente concepto “Falta de Información” siendo derivado de la relación entre el tipo de personalidad del residente y la interacción con pacientes y familiares, se afectarán en total 3 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes, siendo estos:

| Falta de Información | Art. |
|-------------------------------------|----------|
| Derechos Humanos | 0 |
| Derechos Generales de los Pacientes | 3 |
| Código Bioética Personal Sanitario | 14 |
| Código Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Total de Faltas Bioéticas | 3 |

No respetando los Principios Biéticos de: Beneficencia, porque al no proporcionar información comprensible al paciente no le esta ofreciendo un beneficio. No se esta respetando el Principio de No

³⁵⁰ Código de Conducta del Personal de Salud del 2002

³⁵¹ Art. 14. Cap. III Código Bioética Personal de Salud 2002

maleficencia; porque al no realizar la exploración de la comprensión de la información en el paciente se le esta afectando, debido a que el paciente puede llegar a tomar una decisión errónea. No se respetó el Principio de Autonomía, ya que el paciente al no contar con información comprensible, sus decisiones no contarán con un fundamento válido, llegando a estar condicionadas por el actuar u opinar médico, que evidentemente será confuso para el paciente, cayendo en la Maleficencia.

Perfil Paranoide de la Personalidad y Residentes.

Ante las interacciones entre los médicos residentes y los problemas de conducta en los que se presentan conflictos entre iguales; no se está respetando el Artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos a los otros”³⁵² se aplica a los problemas de interacción ligados a la queja de maltrato o abuso de poder. Continuando con el análisis del maltrato pero empleando el Código de Conducta del Personal Sanitario; el cual interpreta normas morales y de trato social, especificando el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, presentando estándares de comportamiento del personal sanitario; y al presentarse problemas de convivencia no se están respetando los estándares de Conducta Laboral, el cual especifica que “la relación con los compañeros del equipo de salud deberá ser afable y respetuosa, evitando comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de los demás o la institución donde labora”³⁵³. Al analizar el concepto de maltrato entre personal sanitario y empleando el Código de Bioética del Personal de Salud, no se estará respetando el Artículo 5, que especifica que “es necesario afirmar que el

³⁵² Art.1. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

³⁵³ Estándares de conducta laboral, Código de Conducta del Personal Sanitario.

respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor”³⁵⁴. Así como también en el mismo tenor sobre las relaciones interpersonales, se presenta el artículo 36 del mismo Código, el cual especifica que “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios”³⁵⁵. Evidentemente al presentarse problemas de relación interpersonal no se está respetando este artículo y al continuar con el análisis de conflicto entre el personal sanitario y explorar la Carta de los Derechos Generales de los Médicos, no se está respetando el artículo 5 que está referido a “Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes, familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional”³⁵⁶.

| Códigos | Artículo |
|---------------------------------------|----------|
| Declaración Derechos Humanos | 1 |
| Código de Conducta Personal Sanitario | 1 |
| Código de Bioética Personal Sanitario | 5, 36 |
| Derechos Generales Médicos. | 5 |
| Total de Faltas Bioéticas | 5 |

Ante el problema de interacción entre los médicos residentes y analizando esta problemática bajo los códigos y declaraciones no vinculantes por cada situación de conflicto en el que se presenta maltrato o abuso de autoridad sobre un médico residente; sea de menor, mayor o igual jerarquía se está recayendo en cometer 5 faltas bioéticas que al no ser vinculantes pueden pasar desapercibidas pero afectando la interacción y la interrelación entre el personal que será directamente reflejado en el desarrollo del “Télos de la Medicina” sobre el paciente.

³⁵⁴ Art.5 Cap.1 Código de Bioética para el Personal de Salud

³⁵⁵ Art. 36. Cap. VI. Relaciones interpersonales del equipo de salud, Código de Bioética del personal de salud

³⁵⁶ Art. 5. Carta Derechos Generales de los Médicos

Perfiles utilitaristas.

Código de Bioética para el personal de Salud. El tipo de evolución del perfil conflictivo y utilitarista, será en víspera de lograr su propia realización, sin importar el bien común o el desarrollo del otro. Llegarán a hacer caso omiso al artículo 4, del capítulo I del Código de Bioética para el personal de Salud el cual especifica que “el personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia”³⁵⁷, recurriendo los perfiles utilitaristas como este, a solo velar por sus propios intereses más no los de la institución médica mediante su trabajo dirigido al paciente, faltando también al Artículo 36 del Código de Bioética del Personal de salud, que especifica “la capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de pacientes y de la comunidad”³⁵⁸; así como también dentro de ese proceso de autorrealización unitaria y utilitaria, se puede presentar la exhibición de algún error, no respetando el artículo 39 del código de bioética del personal de salud, el cual especifica que “el personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo”³⁵⁹.

Cuando se presenta difamación no se están respetando la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en especial el Artículo 12 que especifica “nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación...”³⁶⁰ siendo que esta alteración se presentará en muchas ocasiones sobre los perfiles de personalidad conflictivos y los cuales solo buscan su propia autorrealización, intentando y buscando el

³⁵⁷ Art 4, Cap I. Código de Bioética para el Personal de Salud

³⁵⁸ Art. 36, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud, Código Bioética del Personal de Salud

³⁵⁹ Art. 39, Cap. IV. Relaciones Interpersonales del Equipo de Salud. Código de Bioética del Personal de Salud.

³⁶⁰ Art.12. Declaración Universal de los Derechos Humanos.

hundimiento de los demás; al continuar con este tenor, se encuentra que ante la difamación, no se esta respetando el Artículo 39 del Código de Bioética del Personal de Salud.

4.4 Análisis de principios bioéticos respetados y que se harán valer con la propuesta de selección.

Beneficencia.

Al realizar la selección de los médicos residentes conforme a un perfil de personalidad base tomando como parámetro que por su composición no sea patológico; se buscará en primera instancia que se desarrolle el “*telos de la medicina*” ante la interacción del médico residente con el paciente y sus familiares; así como también que se desarrolle una relación cordial y de cooperación entre el mismo médico residente con sus semejantes y sus superiores. Que beneficiará a la UMAE H. Oncología porque se reducirán conflictos.

Justicia.

Al contar con personal calificado en el aspecto académico, se desarrollará un mejor trato para los pacientes; pero al contar con personal que presenta un perfil de personalidad no patológico, centrado en la búsqueda de la mejora y el apoyo del paciente, de desarrollará un trato justo para este último ya que recibirán el mejor tratamiento aplicado por médicos residentes con capacidad empática, preocupados y enfocado en la mejora del paciente; además de que los residentes aceptados al no presentar alteración en la composición de su perfil de personalidad se desarrollará un trato justo entre estos mismo. Asegurando que no se presentara abuso alguno.

Autonomía.

Con la selección de residentes conforme a un perfil de personalidad base que en su composición no sea patológico, se sabrá que el actuar de estos será un actuar enfocado en lograr el beneficio del paciente. Se incentivará que todo médico residente debe de tener un perfil de personalidad no patológico.

No Maleficencia.

Al realizar la selección de residentes conforme a su perfil de personalidad y conocer cuales de estos son patológicos se evitará un daño tanto para el residente, el paciente, el familiar y todo el personal que deba estar en contacto con una personalidad patológica; debido a que al conocer y clasificar los perfiles conflictivos y rechazarlos, se evitarán daños futuros tanto para el residente con el perfil patológico como todos los que llegarán a estar a su alrededor.

Doble Efecto:

Se estará realizando la selección de residentes haciendo un pequeño mal, pero que generará grandes beneficios a la larga sobre la Unidad Médica, debido a que al no realizar la aceptación de personal que presente alteraciones en la personalidad se contará con personal con capacidad mental y emocional de adaptarse a los requerimiento del trabajo constante y día a día sobre el paciente oncológico y sus constantes demandas de atención. Ante esto se reducirá el síndrome de Burn-Out en el médico residente y a su vez se limitarán o se reducirán por completo los problemas de maltrato entre el personal y el receptor del tratamiento; estimulando la buena interacción en el binomio Médico-Paciente.

Permiso:

Al conocer el tipo de perfil presente en cada uno de los residentes clasificando pronósticos de acción y evolución en la interacción social, se encontrará justificado la no aceptación del residente.

Humildad:

Al reconocer que el médico residente no cuenta con capacidad psíquica para realizar una subespecialidad médica como las que se desarrollan en la UMAE. H Oncología se podrá canalizar a que realice otra residencia médica en cualquier otra institución en la cual la interacción en con los profesionales de salud y el paciente no sea fuente de distrés o alteración mayor a su perfil de personalidad base; realizando así un beneficio social.

4.5. Análisis de principios bioéticos afectados o violados con la propuesta de selección.

Beneficencia.

Con la búsqueda de la beneficencia para UMAE y sus pacientes, se esta recayendo en la Maleficencia sobre la persona, debido a que se le esta rechazando y negando una oportunidad de crecimiento, limitando su desarrollo ante una justificación por presentar un perfil patológico para la UMAE; aunque la propuesta este centrada en el beneficio de la mayoría, se le estará realizando un daño a otro ser.

Justicia.

Con la justificación de que se buscará otorgar la mejor atención a todo paciente y familiar que sea atendido en la UMAE H. Oncología se realizará la selección de los residentes conforme a su perfil de

personalidad; no se le estará otorgando Justicia al médico residente que sea rechazado por presentar o tener un perfil de personalidad patológico, recayendo en discriminación por enfermedad mental.

Autonomía.

Los residentes con perfiles patológicos, los cuales, según la propuesta de selección, los que no sean idóneos para realizar la residencia en la UMAE H. Oncología, recurrirán a limitar su actuar y a intentar enmascarar su problemas, generando represión en su proceder, situación que desarrollará mayor alteración en su perfil de personalidad y evidentemente una limitación mayor en su definición como persona única e irrepetible, limitando así su actuar a una condición de selección.

No maleficencia.

Automáticamente al realizar la selección de los residentes conforma a su perfil de personalidad y limitando la aceptación a todo persona con un perfil no patológico se le estará etiquetando al Médico Residente que antes de ser Residente es un ser humano que presenta Dignidad y esta debe de ser respetada en todo momento y al no permitirle realizar su residencia médica, se le esta generando un Daño.

Doble Efecto:

Con la justificación de realizar un beneficio y mejorar la atención de la Unidad Médica; así como para el paciente y familiar, se estará limitando el actuar de una persona, discriminándola y etiquetándola; pero ese actuar sera un mal y que afectará al paciente, a la unidad médica; porque ese buen trato será el reflejo de un maltrato sobre un residente al cual se le ha limitado en su formación por una alteración en su perfil de personalidad.

Permiso:

Al conocer el tipo de perfil presente en cada uno de los residentes clasificando pronósticos de acción y evolución en la interacción social, se encontrará justificado la integración del residente en un programa de intervención en salud mental para mejorar su condición de limitación, con el objetivo de lograr su integración y rehabilitación, además de evitar futuros altercados o focos de distrés en este.

Humildad:

No se respetará la Humildad, porque se estará recayendo en la soberbia al discriminar a una persona que desea realizar su superación en el ámbito académico y en su formación humana; solo porque no presenta una estructura psíquica acorde al proceso de formación psíquica requerida por la UMAE.

Hospital de Oncología.

4.6. Beneficios para la UMAE H. Oncología con la selección.

El beneficio que se presentaría para la UMAE H. Oncología sería la reducción de problemas y conflictos entre el personal sanitario, así como también la reducción o posible eliminación de la queja que presentó mayor frecuencia en las encuestas anónimas realizadas a los pacientes y familiares de la unidad; siendo que esa misma queja también presentaba el mayor registro en el departamento de Atención al Derechohabiente, refiriéndome a la queja de “Maltrato”, en primera instancia se reduciría esa alteración; pero también se presentaría una mejor atención y un desarrollo de “télos de la medicina”; porque al permitir el ingreso a realizar la residencia a médicos residentes con perfiles de

personalidad no conflictivos o sin alteración por psicopatología que limita la interacción cordial entre semejantes y población vulnerable, se logrará una mejor atención y por consiguiente una recuperación mayor y satisfactoria para el paciente y familiar.

Logrando con esto la formación de un Médico Especialista con enfoque Personalista más nunca Utilitarista. Evidentemente que la noción en un inicio de la selección es en búsqueda de lograr el beneficio de la Población cautiva en el Hospital de Oncología, hablando así de Todo Paciente, Familiar, Médico, Enfermera, Personal Administrativo y Médico Residente en Formación; siendo una Noción Utilitarista ya que afectará al mínimo y beneficiará al máximo de la población.

4.7. Demérito para la UMAE H. Oncología con la selección.

Se cae en la discriminación del personal médico que desee realizar su especialización en el área oncológica; limitado así su desarrollo académico, por un hecho meramente psicológico, que afecta su desempeño social y académico; convirtiendo a la especialización médica de la UMAE H. Oncología en una formación elitista, porque estará dirigida y permitida solo para los médicos que presenten un perfil de personalidad no conflictivo y con una capacidad de adaptación reactiva sin desarrollar desajustes o problemas de interacción social; pero ante esto se estará desarrollando discriminación entre la población; que si bien se busca un beneficio se genera un perjuicio sobre la persona a la cual se le rechazará su ingreso. Legando a etiquetar y no respetado los derechos de igualdad en los médicos residentes,

5. Capítulo V. Comparación de Resultados Bioéticos entre propuesta de selección y problemas presentes en la UMAE H. Oncología.

5.1. Análisis de principios involucrados afectados ante los dos resultados.

Actualmente se presenta una cantidad considerable de quejas de tipo formal y de tipo informal bajo el concepto de “maltrato” atañiendo ese actuar, a no respetar a la persona que esta recibiendo esa retroalimentación por parte del personal sanitario, no cumpliendo con el “Telos de la Medicina” y afectando la interrelación del Binomio Médico-Paciente; alterando y limitando la recuperación del paciente en su proceso de tratamiento; pero ese actuar de “maltrato” trasciende como una onda concéntrica hacia otras figuras que se encuentran en esa relación Médico- Paciente, siendo estas los familiares y otro personal sanitario. Se ha analizado la propuesta de selección del residente a formación con respecto a que cubra o contenga un perfil de personalidad no patológico a nivel personal y social; encontrando de que de aceptarse dicha condición de selección se estaría recayendo en no respetar el Principio de Beneficencia al Médico residente, debido a que se caería sobre la maleficencia de forma indirecta porque no se le acepta; pero además, no se estaría practicando la justicia con el obrar, ya que se estaría discriminando a una persona y se le limitaría por presentar un perfil de personalidad patológico, recayendo en discriminación por enfermedad mental. Obligando a la persona con un perfil conflictivo a limitar su actuar y a intentar enmascarar su problemas, generando represión en su proceder, desarrollando mayor alteración en su perfil de personalidad y evidentemente una limitación mayor en su definición como persona única e irrepetible. Se presentará también el Doble Efecto, porque al otorgar beneficio y mejorar la atención de la Unidad Médica se estará discriminando y etiquetando a una persona; y que aunque se considere la integración de la persona a sesiones de trabajo

en salud mental para mejorar condiciones de higiene mental, puede presentar focos de distrés o alteración; no pudiendo colocar un supervisor de tiempo completo en el residente, porque se le estaría acosando y como consecuencia coartando su libertad de acción, situación que generará mayor alteración mental. Así como también se estaría recayendo en la soberbia; al discriminar a una persona que desea realizar su superación en el ámbito académico y en su formación humana; solo porque no presenta una estructura psíquica acorde al proceso de formación psíquica requerida por la UMAE Hospital de Oncología.

Pero aunque se presenten argumentos de forma negativa ante la propuesta; de no aceptarla y permitir el ingreso para realizar la especialidad en oncología a un médico residente que presente alteración en su personalidad, tal como: patología o conflictiva a nivel de interrelación social, se estaría generando mayor daño que beneficio; porque a pesar de haber presentado argumentos sobre las repercusiones o efectos secundarios sobre la UMAE H. Oncología y sobre el Médico residente rechazado; a corto, mediano y largo plazo se le estaría generando mayor beneficio a todos los involucrados en la selección, a pesar de haber sido rechazados, porque se podrá realizar la contención y supervisión del cuadro psíquico del residente durante su residencia; pero no al salir de esta y su actuar no podrá ser contenido por otro médico; afectando a la larga a los pacientes y familiares que en un inicio y final siempre se intentan proteger.

Debido a esto; de aceptar la propuesta no se estarían respetando muchos principios bioéticos sobre el residente, pero se le estaría protegiendo así al paciente, familiar, médicos de base, pero principalmente al residente; porque se le estaría evitando un mal mayor que repercutirá en toda su vida.

5.2. Análisis de principios involucrados beneficiados ante los dos resultados.

Bajo un enfoque utilitarista, se estaría generando mayor beneficio en la UMAE H. Oncología al realizar la selección de los residentes tomando de parámetro que no se presentará un perfil de personalidad conflictivo o con tendencias a desarrollar alteraciones en la interacción social (psicopatología); debido a que con la justificación de desarrollar médicos residentes con especialidades oncológicas y tendencia al trato empático- humano, sobre las necesidades y requerimientos del paciente, se justificaría la selección con el objetivo de reducir la actual problemática latente de “Maltrato” al derechohabiente y su familiar. Analizando los principios bioéticos beneficiados se encuentra que se realiza la acción buscando la Beneficencia, porque al realizar la selección de los médicos residentes conforme a un perfil de personalidad base se buscará en primera instancia que se desarrolle el “*telos de la medicina*” ante la interacción del médico residente con el paciente y sus familiares; así como también que se desarrolle una relación cordial y de cooperación entre el mismo médico residente con sus semejantes y sus superiores. Que beneficiará a la UMAE H. Oncología porque se reducirán conflictos. Se presentará la Justicia porque solo los residentes que no presenten un trastorno de personalidad patológico lograrán ingresar a la residencia y se desarrollará un mejor trato para los pacientes centrado en la búsqueda de su mejora recibiendo un trato justo; así como también se logrará una mejor convivencia entre los residentes, siendo una interacción honesta y justa entre estos mismos, no llegando a desarrollar problemas de abusos de autoridad como los que se han reportado. Ante la Autonomía se sabrá que el actuar de estos será un actuar enfocado en lograr el beneficio del paciente, liberando así la carga de supervisión sobre el bien actuar entre el binomio medico-paciente logrando el “*telos de la medicina*”. Se buscaré reforzar la No Maleficencia; porque se evitará un daño tanto para el residente, el paciente, el

familiar y todo el personal que deba estar en contacto con una personalidad patológica; debido a que se evitarán daños futuros tanto para el residente con el perfil patológico como todos los que llegarán a estar a su alrededor. Doble Efecto: se hará un pequeño mal, pero que generará grandes beneficios a la larga sobre la Unidad Médica, se contará con personal con capacidad mental y emocional de adaptarse a los requerimiento del trabajo constante sobre el paciente oncológico, Se reducirá el síndrome de Burn-Out buscando reducir por completo los problemas de maltrato entre el personal y el receptor del tratamiento; estimulando la buena interacción en el binomio Médico-Paciente. Permiso: Al conocer el tipo de perfil presente se encontrará justificado la no aceptación del residente. Porque Al reconocer que el médico residente no cuenta con capacidad psíquica para realizar una subespecialidad médica como las que se desarrollan en la UMAE. H Oncología se podrá canalizar a que realice otra residencia médica en cualquier otra institución en la cual la interacción en con los profesionales de salud y el paciente no sea fuente de distrés o alteración mayor a su perfil de personalidad base; realizando así un beneficio social desarrollando la Humildad en el actuar.

Ante lo anterior, al presentar la revisión de los principios beneficiados en el actuar o el aceptar la propuesta de selección de residentes con respecto a perfil de personalidad, descartando a todo aquel residente que presente psicopatología y que por su conformación no presente más que aspectos negativos en su evolución e interacción social, se le generaría beneficio al mismo residente al ser rechazado de recibir o estar sometidos a focos de distrés que le conllevarán a una alteración mayor o a una trasmutación en su personalidad, generando mayor perjuicio que beneficio sobre si mismo; debido a que al rechazarlo se hará con la iniciativa de hacerle un bien a el de forma holística. Así como también a la sociedad, debido a que su actuar será regulado y canalizado a especialidades médicas en las que no tenga un contacto directo sobre el paciente. Beneficiando también a futuros pacientes,

familiares y personal sanitario. No llegando a ser discriminación debido a que se estará otorgando un beneficio a todo aquel que figure en estado vulnerable ante una personalidad patológica y conflictiva que llegue por estructura a depender de este.

Resultados.

Repercusión Bioética sobre los problemas Actuales de la UMAE H. Oncología.

Ante el trato recibido por el paciente y su familiar en la UMAE H. Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI y referido por el Servicio de Atención al Derecho Habiente ante el tipo de queja que se ha registrado de carácter formal en esta, se presenta que se ha recibido maltrato en la unidad otorgada por el personal sanitario, llegando a no respetar Códigos de Conducta, Códigos Bioéticos y Cartas sobre Derechos Generales; llegando a no respetar o ejercer el “Telos de la Medicina” con ese proceder; pero principalmente llegando a lastimar y a generar daño sobre la población que se encuentra vulnerable y que acude buscando el recuperar su salud ante una enfermedad crónica; depositando la confianza en el médico que hará de otorgarle un servicio; llegando en la mayoría de las ocasiones a ser de calidad; pero ante las quejas reflejadas y señaladas de carácter formal, se encuentra todo lo contrario; debido a que ante la propuesta de otorgar salud y cuidar de la vida del paciente y de su familiar, este ha recibido (el paciente y familiar quejos) “maltrato” por el personal de salud siendo este actuar un maleficio para el paciente sobre su bienestar; ante esto, actualmente la UMAE se encuentra que en su servicio de bienestar se esta otorgando un malestar que sigue respetando la vida del paciente, pero haciendo daño al mismo; es decir, que ante un actuar que en el fondo busca generar un beneficio; lo genera, pero al a vez desarrollando un mal a nivel psíquico sobre el paciente y su familiar y ese mal puede transmutar hacia un malestar mucho mayor. Encontrando actualmente que se le otorga un

beneficio al paciente, pero ese beneficio es parcial; porque si bien, el tratamiento oncológico esta encaminado a buscar un beneficio, generando un maleficio secundario, que si bien no es buscado en primera instancia, pero si esperado a que se presente como efecto colateral en el actuar, esta justificado, debido a que se busca generar un beneficio derivado de ese efecto secundario, pero sin ser un acto malo perse; pero ante este actuar, no se esta justificado generar o realizar un daño en el aspecto psíquico o en la integridad del paciente, debido a que el actuar del médico esta el buscar y lograr el bienestar holístico del paciente; siendo que ante la estadística presentada por el departamento de Atención al Derechohabiente se muestra un caso contrario. Ante estos resultados, se demuestra que el paciente recibe un beneficio en el aspecto físico, más no en el aspecto psíquico y no como efecto secundario del tratamiento oncológico; sino derivado de la interrelación de los factores protagónicos del tratamiento, refiriéndome en este caso o actuar hacia el personal médico sanitario que es una de las partes principales del binomio médico-paciente.

Repercusión Bioética sobre los problemas Actuales en la relación a la interacción entre los residentes de la UMAE H. Oncología.

El médico residente acude a la Unidad Médica a realizar una subespecialidad médica en el área Oncológica, buscando lograr su superación a nivel académico, personal. Teniendo que someterse a la normativa vigente de la Unidad Médica, la Ley General de Salud, Ley Federal de Trabajo y para la UMAE H. Oncología, el contrato Colectivo de Trabajo, pero en ninguno de estos se especifica que el médico residente tenga que ser acreedor a situaciones de “Acoso Sexual, Falta de Respeto, situaciones de Injusticia, o que lleguen a Atentar su Integridad como persona o lastimarla desarrollando

Maleficencia sobre si misma como persona, ya que el objetivo es lograr la conformación de médicos especialistas en el trato de personas, pacientes portadores de enfermedades crónicas degenerativas como el Cáncer en todas las fases de su enfermedad. Pero además de la formación médica; actualmente se esta recibiendo cierta forma de “Maltrato” sobre si mismo debido a que los residentes están percibiendo el trato entre iguales como un trato en el cual se les genera una afectación en su persona, no siendo esta afectación de forma directa sobre su físico, sino más bien sobre su estructura psíquica; siendo esta forma de agresión una agresión que deja una huella mnémica sobre cada uno de los residentes y que afectará su desarrollo moral, humano y médico que se verá reflejado en la interacción diría sobre su actuar humano y en la UMAE sobre la relación Médico- Paciente. Porque si una persona dentro de su proceso de formación, se le es incluida un proceso que afecte su desarrollo psíquico-empático, será integrado y descargado sobre cada uno de los receptores que se encuentre en su proceso profesional y evidentemente personal. Y al presentarse este tipo de hechos referidos por los médicos residentes en los que se han hecho receptores de abusos en contra de su persona, generarán mayor daño sobre su vida y sobre los pacientes receptores; así que, actualmente la aceptación para la formación del médico residente en el Hospital de Oncología esta centrada en el aspecto académico, focalizada solo en su desarrollo académico, más no en su apego sobre el desarrollo humano y centrado en el paciente, porque al presentar este tipo de afectación, solo se esta fomentando que el mismo residente sea el agente agresor y busque un chivo expiatorio sobre el personal más vulnerable; siendo este personal o personaje el paciente, familiar; afectado el binomio de curación y del desarrollo del telos de la medicina, siendo este binomio como anteriormente fue señalado como el Binomio de Curación “Médico- Paciente” o “emisor- receptor” . formando lamentable y lastimosamente médicos centrados solo en el aspecto del tratamiento del padecimiento, más no centrados en el aspecto del paciente como sujeto y ser con necesidades.

Conclusión.

Actualmente se realiza la aceptación de los médicos residentes a la UMAE H. Oncología tomando en consideración el perfil académico, pero sin incluir o el conocer su perfil psicológico; con esto se ha logrado obtener productividad y formación de médicos residentes como se ha estipulado; pero también se han presentado maltrato referido por el paciente y familiar usuario de esta unidad médica, correspondiendo a 383 quejas interpuestas ante el departamento de atención al derechohabiente del año 2010 al 2013 equivaliendo a 6 faltas bioéticas por cada queja interpuesta bajo el concepto de “maltrato” dando un total de 2,298 faltas bioéticas bajo esa queja; también se ha presentado la queja referente a “información” registrándose del año 2010 al 2013, un total de 224 quejas interpuestas ante el mismo departamento de atención al derechohabiente, equivaliendo a 3 faltas bioéticas por cada queja presentada bajo ese rubro; dando un total de 672 faltas bioéticas.

Pero además, al realizar la exploración de forma anónima con los pacientes y familiares de la unidad médica y encuestar a 231 pacientes, 59 (25.54 %) de estos refirieron haber recibido maltrato, equivaliendo a 354 faltas bioéticas; 16 (6.93 %) refiriendo que no le fueron contestadas sus preguntas; equivaliendo a 48 faltas bioéticas. Y de los 155 familiares que fueron entrevistados 48 (30.97 %) refiriendo haber recibido maltrato; equivaliendo a 288 faltas bioéticas; 21 (13.55 %) refirieron que no les fueron contestadas sus preguntas, equivaliendo a 63 faltas bioéticas.

Al realizar la exploración en la relación a la interacción entre los residentes se encontró que: 3 residentes que corresponden al 5% de los residentes encuestados, refirieron haber presentado problemas con residentes de mayor jerarquía; entre los que se refirieron “Acoso Sexual, Falta de

respeto e Injusticia”. 5 residentes que corresponden al 9% de los residentes encuestados, refirieron haber presentado problemas con residentes de menor jerarquía; entre los que se refirieron “Falta de Respeto e Injusticia”. 1 residente que corresponde al 2% de los residentes encuestados, refirió haber presentado problemas con residentes de igual jerarquía; entre los que se refirió “Falta de Respeto”. 3 residentes que corresponden al 5% de los residentes encuestados, refirieron haber presentado problemas con médicos de base; entre los que se refirieron “Falta de Respeto”. 18 residentes que corresponden al 5% de los residentes encuestados, refirieron haber presentado problemas con residentes de mayor jerarquía; entre los que se refirieron “Falta de Respeto, Injusticia, Maleficencia y Atentado”. Ante el “Acoso Sexual” se esta recayendo en la maleficencia de forma directa sobre la persona, afectándose en total 4 artículos por cada queja presentada o sometida bajo ese concepto. Ante el concerniente concepto “Falta de Respeto” hacia el Médico residente derivado de la relación entre los residentes (personal médico- sanitario) y los pacientes, se manifiesta que se encuentran en total de 45 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados. Siguiendo con la “Injusticia” referido por los residentes se podrían encontrar afectados 5 artículos; pero sobre la “injusticia de sobre carga de trabajo” solo se encuentra afectado 1 artículo proveniente de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fue respetado. Ante el concerniente concepto “Maleficencia” se manifiesta que se encuentran afectados en total 8 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados. Ante el concerniente concepto “Atentado” se encuentran afectados en total 4 artículos provenientes de Códigos y Declaraciones No Vinculantes que no fueron respetados. Dando un total de 14 quejas referidas, las cuales corresponden a un total de 66 faltas u omisiones a declaraciones o cartas con fundamento bioético.

De aceptarse la propuesta de selección de residentes para realizar alguna de las especialidades

Oncológicas en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI empleando como uno de los criterios, el perfil de personalidad, evaluado mediante el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota Versión II adaptado para población mexicana, seleccionando solo a los residentes que presenten un perfil de personalidad sin psicopatología psiquiátrica que afecte la interacción con la sociedad, residentes, personal sanitario, pero principalmente pacientes y familiares con padecimiento oncológico. Evidentemente bajo un enfoque Personalista se vislumbrarán problemas Bioéticos, debido a que no se respetarán la Beneficencia, La Autonomía, Justicia, Humildad, Permiso y se recaerá sobre Maleficencia en el residente, siendo que este aspecto es evaluado y visto de forma inmediata; pero al realizar una decisión prospectiva sobre la no aceptación, se le estará generando un beneficio al residente, ya que al no permitirle sumergirse en un ambiente académico- laboral de eustrés como lo son estas 3 residencias médicas y ser canalizado a un área de acción en la cual no pueda generar ni generarse un daño; podrá presentar mejor control y desarrollo psíquico, beneficiando así a la sociedad y a los pacientes que pudieran haber presentado algún daño directo o colateral con su actuar. Evidentemente, la Unidad Médica al aceptar esa propuesta de selección y ser analizada con un enfoque Personalista se le estaría presentando como una Unidad Médica Elitista y Excluyente, llegando a no ser inclusiva y en cierta forma discriminativa. Pero al realizar el análisis bajo un enfoque Utilitarista, se estarán respetando los mismos principios que se estarían violando bajo el enfoque Personalista; debido a que ante la decisión de no aceptación del residente por psicopatología se estará limitando la plantilla de médicos residentes a solo personas con capacidad psíquica de poder abordar y trabajar sobre las necesidades del paciente- familiar y los requerimientos de la Unidad Médica, buscando el desarrollo del “telos de la medicina” en cada actuar y proceder del médico y la Unidad Médica. Se generarán beneficios en todas las partes involucradas afectando solo al individuo que no es apto para ese requerimiento. Siendo así, de aceptar y aplicar la

propuesta de selección se reducirían las quejas de maltrato y los problemas interpersonales que actualmente se reportan. No se presentarían violaciones bioéticas sobre el paciente- familiar, médicos personal sanitario.

BIBLIOGRAFIA.

- Barbella de Szarvas, S., (2012) “Jerarquización de 18 valores en estudiantes de pregrado y postgrado de la escuela de medicina de la Universidad de Carabobo. *Revista Educación en Valores. Universidad de Carabobo*. Enero - Junio 2011. Vol. 1 N° 15. p 10-21.
- Bautista, H., (2010) . Evaluación de Personalidad en Médicos Residentes de Oncología Médica del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, como medio de conocimiento del personal a fin de reducir alteraciones en el trabajo con el paciente y del servicio. *Tesis de Maestría. Centro de Postgrados de Estado de México. México, D.F.*
- Bautista, H., (2012). *Predicción de Problemas en áreas de trabajo Clínico- Quirúrgicas del Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI, mediante la Evaluación de Personalidad de los Médicos Residentes del Hospital; como medio de conocimiento del personal a fin de evitar alteraciones en el trabajo con el paciente y el servicio, Tesis Doctoral. Centro de Postgrados de Estado de México. México, D.F.*
- Bee-Horng, L., (2010). “Strees, personal characteristics and burnout among first postgraduate year residente: a national wide study in Taiwan”. *Medical Teacher. Taiwain* 32.
- Belloch Fuster y Fernández-Álvarez, (2010). *Tratado de trastornos de la personalidad*. editorial síntesis. <http://www.sintesis.com/biblioteca-de-psicologia-107/tratado-de-trastornos-de-la-personalidad-ebook-1564.html>

- Berrios, G E (1993). «European views on personality disorders: a conceptual history». *Comprehensive Psychiatry* **34** (1): pp. 14–30. [doi:10.1016/0010-440X\(93\)90031-X](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90031-X). [PMID 8425387](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8425387/)
- Bidart Campos, Germán J. (2007). *Tratado Elemental de Derecho Constitucional Argentino*. Buenos Aires: Ediar
- Bore, M., (2009). “A comprehensive model for selection of medical students”. *Medical Education*. Australia. 31:1066-1072.
- Bore, M., (2005). “Selection of medical students according to their moral orientation”. *Medical Education*. Australia. 39:266-275.
- Borges, N., Savickas, M., (2002) “Personality and Medical Specialty Choice: A literature Review and Integration” *JOURNAL OF CAREER ASSESSMENT*, U.S.A. Vol. 10 No. 3, August 2002 362–380.
- B. Miles., (2005). “Selection of medical students according to their moral orientation”. *Ltd MEDICAL EDUCATION*. 39: 266–275.
- Calvo, A; “Radioterapia”, en Díaz Rubio, *Oncología Clínica Básica*, Vol. 1, España, Arán, 2000
- Diane, *Papalia*. *Desarrollo Humano*, Colombia, Editorial Mc. Graw-Hill, 1995.

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- Die, A; “Cirugía Oncológica”, en Díaz Rubio, Oncología Clínica Básica, Vol. 1, España, Arán, 2000.
- Estadística, Departamento Atención al Derecho-Habiente UMAE. H. Oncología. 2013.
- Elzubeir, M., (2001). “Identifying characteristics that students, interns and residents look in their role models”, en *Medical Education*. Australia ;35:272-277.
- Estadística Departamento Jurídico y Legal UMAE. Hospital Oncología, 2013.
- Foster, K, Brubaker-Rimmer, R., (2010) “A psychological Profile of Surgeons and Surgical Residents”. *Journal of Surgical Education*. Volume 67/Number 6. 359-370.
- Gallardo, S., (2012) “Actitud Ética profesional de los residentes de Anestesiología de acuerdo con el grado académico en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, del Centro Médico Nacional La Raza”. [en línea]. 4 (3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/archivosdemedicinadeurgencia>. [consultado el 17 de mayo del 2013]
- García. M., Pinto J., (2011), “La bioética en la medicina actual: una necesidad en la formación profesional”. *Rev Méd Electrón* [en línea]. 33(4). Disponible en:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema08.htm>.

[consultado el 17 de mayo del 2013]

- Granada, O., (2010).“Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia.” *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(2):65-71 Toledo España.
- Gómez Maqueo, E. León, M, (2005) “Características MMPI-2” en: R. Hathaway, *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2*, Estados Unidos de América: Manual Moderno.
- Gómez- Maqueo, E; León, M, Uso e interpretación del MMPI-2 en español, México D.F., Manual Moderno, 2003
- Guzmán Brito, Alejandro (2000). *La codificación civil en Iberoamérica. Siglos XIX y XX*. Santiago: Editorial Jurídica de Chile.
- Heinze, G., (2008). “Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud Mental* ; México. 31.
- Hoffman, B., (2010). “Personality differences between surgery residents, nonsurgery residents, and medical students” *Duke University Medical Center* 148(2).

- Hojat, M., Gonnella, J., Erdmann, J., (2001). “Medical students, cognitive appraisal of stressful life events as related to personality, physical well-being, and academic performance: a longitudinal study” en *Personality and Individual Differences* . Scotland. 35 (2003).
- Joles, M., Fellows, J., (2011) “Coping with cancer: a brief report on stress and coping strategies in medical students dealing with cancer patients”. *Psycho-Oncology* 20.
- Kretschmer, E; Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten, Berlin, 1921; trad. Cast. Constitución y Carácter, Labor Barcelona, 1961
- Knights, J., (2007). “Medical school selection: impact of dysfunctional tendencies on academic performance” en *Medical Education Australia*. 41: 362–368.
- Koenig JA, Sireci SG, Wiley A., (1998). “Evaluation the predictive validity of MCAT scores across diverse applicant groups”. *Acad Med*. 73:1095–106.
- Lockley SW, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Czeisler CA, Landrigan CP., (2007) “Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance”. *Jt Comm. J. Qual. Patient Saf*. 33 (11 Suppl.), 7–18.

- Lorin, S., (2005). “Attitudes and perceptions of Internal Medicine Residents Regarding Pulmonary and Critical Care Subspecialty Training”. *Journal.Publications*[en línea] Disponible en: www.chestjournal.org consultado [17 de mayo del 2013].
- Lumsden, M., (2005). “Assessment of personal qualities in relation to admission to medical school” en *Medical Education*, Australia 39: 258–265.
- Millon, Theodore; Roger D. Davis (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- McCrae, R y Costa P, *Personality in Adulthood*, New York: Guilford Press, 1990
- Nancy McWilliams (29 de julio de 2011). *Psychoanalytic Diagnosis, Second Edition: Understanding Personality Structure in the Clinical Process*. Guilford Press. <http://books.google.com/books?id=BzPOAWB2DncC&pg=PA196>. Consultado el 2 de Octubre de 2013
- Nicholas, *Dicaprio, Teorías de la Personalidad*, México, Editorial Trillas. 1989
- Paz, A, Diagnóstico Precoz del cáncer, en Díaz R, *Oncología Clínica Básica*, Vol. 1, España, Arán, 2000

- Perez E, Iglesias, J., (2002) “Documentos Receptores del Proceso de Formación y el modelo del especialista en medicina general” *Revi. Cubana. Educ. Med.Superior*: La habana, Cuba. 6(2):164-83.
- Rada, L., (2009). “Competencias esenciales en los estudiantes del sexto año de medicina”. *Revista ciencias de la educación*. Valencia, España. 33(19). 37-65.
- R. Hathaway, *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2*. Estados Unidos de América, Vol. 1, Manual Moderno, 1992
- Sheldon, W; Stevens, S, *the varieties of human physique*, trad. Cast. *Las variedades de la constitución física del hombre*, Buenos Aires, Paidós, 1956
- Smelser, N. J., & Baltes, P. B. (2001). Personality Disorders. *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (pp. 11301-11308). Amsterdam: Elsevier.
<http://www.sciencedirect.com.myaccess.library.utoronto.ca/science/article/pii/B0080430767037>
[633](#)
- Taber, B., (2011) “Personality and values as predictors of medical speciality choice””. En *Journal fo Vocational Behaivour*. USA. 78 (2011) 202–209.

- “The Virtues, 58” en Ferrer J, Álvarez J. *Para fundamentar la bioética, teorías y paradigmas de una bioética contemporánea*. Brasil: Ediciones Loyola, 179-200.
- Wright N, Tanner MS., (2002) “Medical students’ compliance with simple administrative tasks and success in final examinations: retrospective cohort study”. *Br. Med. J.* 324: 1554–5.

Documentos, Cartasy Leyes.

- Carta de los Derechos Generales de las Médicas y los Médicos, 2001.
- Carta de los Derechos Generales de las Paciente y los Pacientes, 2001
- Código de Conducta para el Personal de Salud 2002.
- Código de Bioética para el Personal de Salud, 2002
- Código Civil, Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Nación el 8 de Abril del 2013.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos 1917. *Párrafo reformado DOF 10-06-2011*
- Criterios diagnósticos generales para un Trastorno de la personalidad. DSM-IV-TR
- <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv16.html#f60> Criterios diagnósticos generales para un Trastorno de la personalidad. DSM-IV
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
<http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>
- Diccionario de Real Academia Española 2013
- Ley Federal de Responsabilidad Patrimonial 2004. Última Reforma DOF 12-06-2009

- Ley Federal de Trabajo 1970. Última Reforma DOF 30-11-2012
- Ley General de Salud (Última Reforma DOF 27-04-2010)
- Reglamento Interior, Contrato Colectivo de Trabajo IMSS
- Trastornos de la Personalidad. http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F60.html Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. CIE-10

Anexo 1

**Percepción de relación laboral para médicos residentes.
Encuesta Anónima.**

Especialidad _____ Año: _____ Sexo: (M / F)

¿Ha tenido algún problema con un médico residente de mayor jerarquía?. (Si/No).

Describe ampliamente el tipo de problema que ha tenido: _____

¿Ha tenido algún problema con un médico residente de menor jerarquía?. (Si/No).

Describe ampliamente el tipo de problema que ha tenido: _____

¿Ha tenido algún problema con un médico residente de igual jerarquía?. (Si/No).

Describe ampliamente el tipo de problema que ha tenido: _____

¿Ha tenido algún problema con un médico de base?. (Si/No).

Describe ampliamente el tipo de problema que ha tenido: _____

¿Podría escribir el nombre o nombres de los médicos, así como cargos?: _____

¿Ha sentido o considera que se le han faltado al respeto durante su Residencia en la UMAE H. Oncología?. _____

¿Ha sufrido de algún tipo de acoso? (laboral/ sexual/ económico/ religioso): _____

¿Podría escribir el nombre del agresor y cargo? _____ :

¿Considera usted que ha sido acreedor de alguna situación injusta durante su Residencia en la UMAE H. Oncología?. ¿Cual y Porqué? _____

¿Ha sido obligado a realizar actos en contra de su voluntad o que han afectado su integridad durante su Residencia en la UMAE H. Oncología?. ¿Cuales? _____

¿Ha sido obligado a realizar actos que afectan su ideología durante su Residencia en la UMAE H. Oncología?. ¿Cuales?

Tiene alguna sugerencia al Comité de Bioética Hospitalaria: _____

Muchas Gracias por su cooperación.

Anexo 2

Entrevista estructurada abierta para pacientes y/o familiares UMAE.H Oncología Centro Médico Nacional Siglo XXI.

1.- ¿Es usted Paciente o Familiar?

2.- ¿Cuanto tiempo tiene de acudir y ser atendido en este Hospital?

3.- ¿Cómo ha sentido el trato en ese tiempo? (Bueno/ Regular/ Malo/ Pésimo).

(Apático, Despersonalizado), (Humanizado, Interesado por el bienestar de usted).

¿Porque? _____

4.- ¿A qué servicio acudió el día de hoy?.

5.- ¿Cómo sintió el trato que le dieron? (Bueno/ Regular/ Malo/ Pésimo)

(Apático, Despersonalizado), (Humanizado, Interesado por el bienestar de usted).

¿Porque? _____

6.- ¿Cómo lo trato el médico? (Bien/ Regular/ Mal/ Pésimo)

(Apático, Despersonalizado), (Humanizado, Interesado por el bienestar de usted).

¿Porque? _____

7.- ¿Cómo lo trato la enfermera? (Bien/ Regular/ Mal/ Pésimo)

(Apático, Despersonalizado), (Humanizado, Interesado por el bienestar de usted).

¿Porque? _____

8.- ¿Cómo lo trato la asistente médica? (Bien/ Regular/ Mal/ Pésimo)

(Apático, Despersonalizado), (Humanizado, Interesado por el bienestar de usted).

¿Porque? _____

9.- ¿Le fueron respondidas todas sus preguntas?. (Si/No).

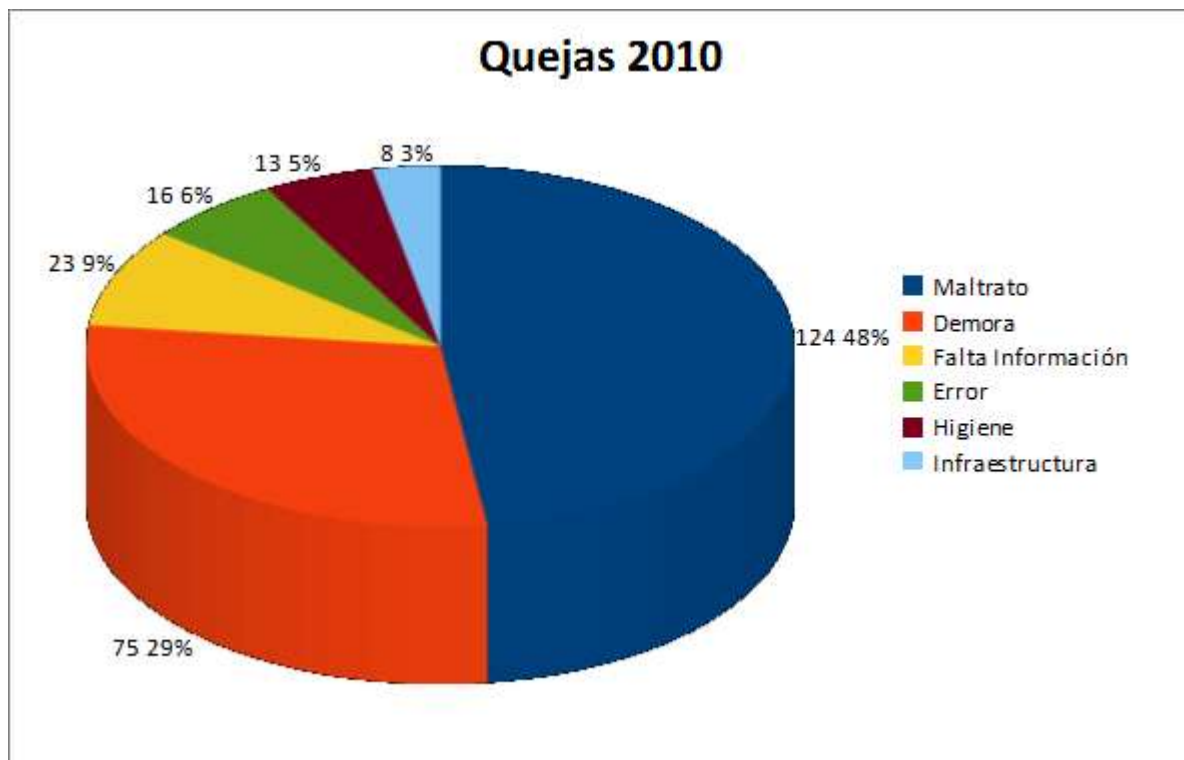
¿Porque? _____

10.- ¿Qué le gustaría que fue incluido en el servicio que le proporcionaron hoy?

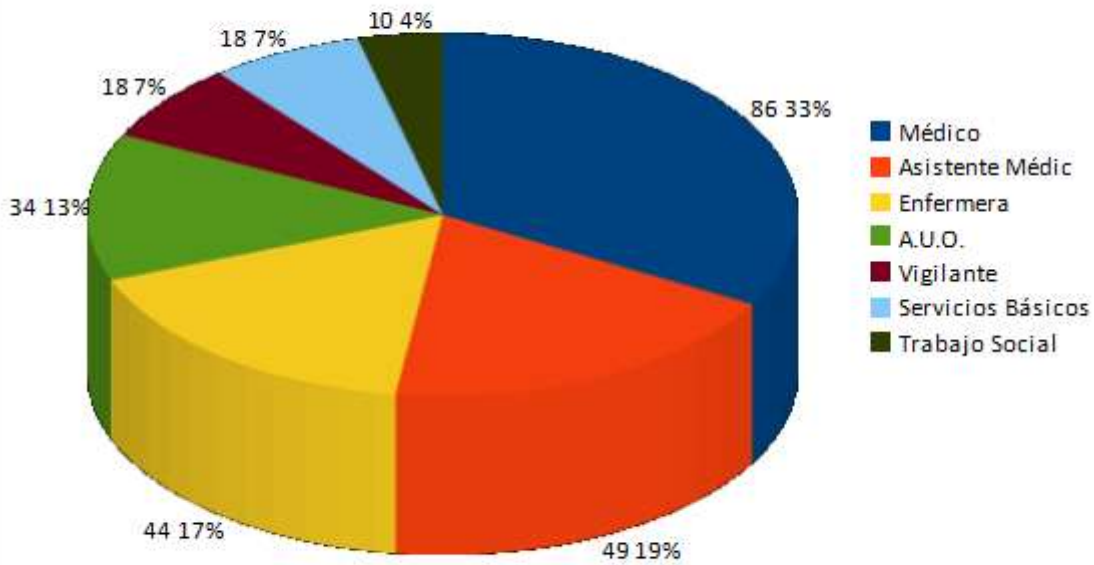
11.- ¿Tiene alguna queja?. (Si/No).
¿Cuál? _____

12.- ¿Tiene alguna sugerencia? . (Si/No).
¿Cuál? _____

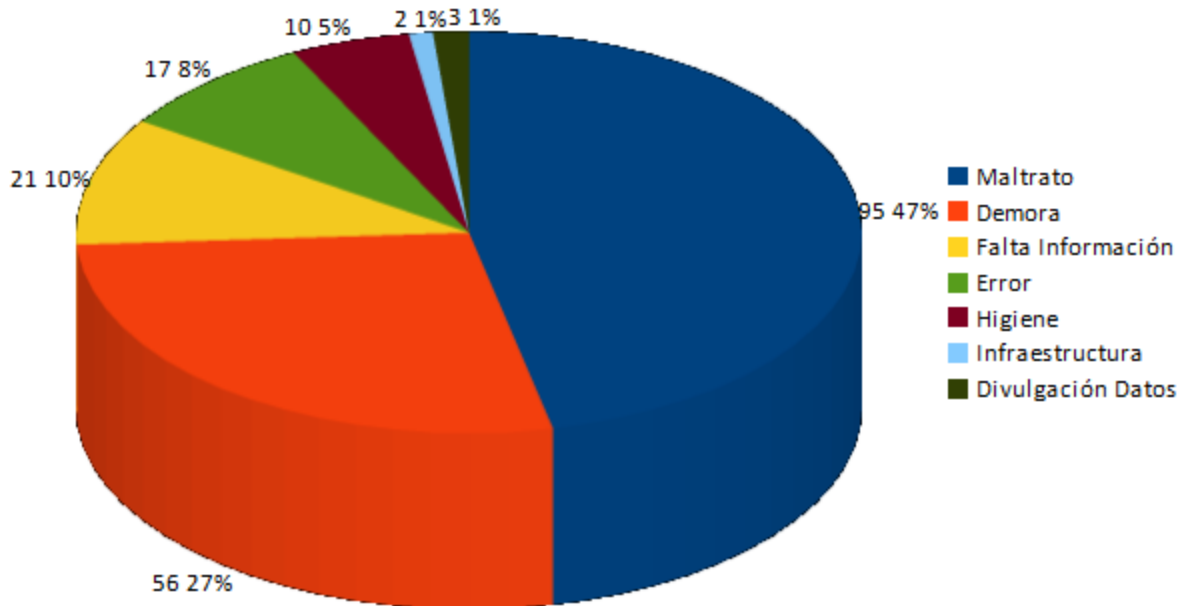
Anexos Gráficos.
Atención DerechoHabiente.

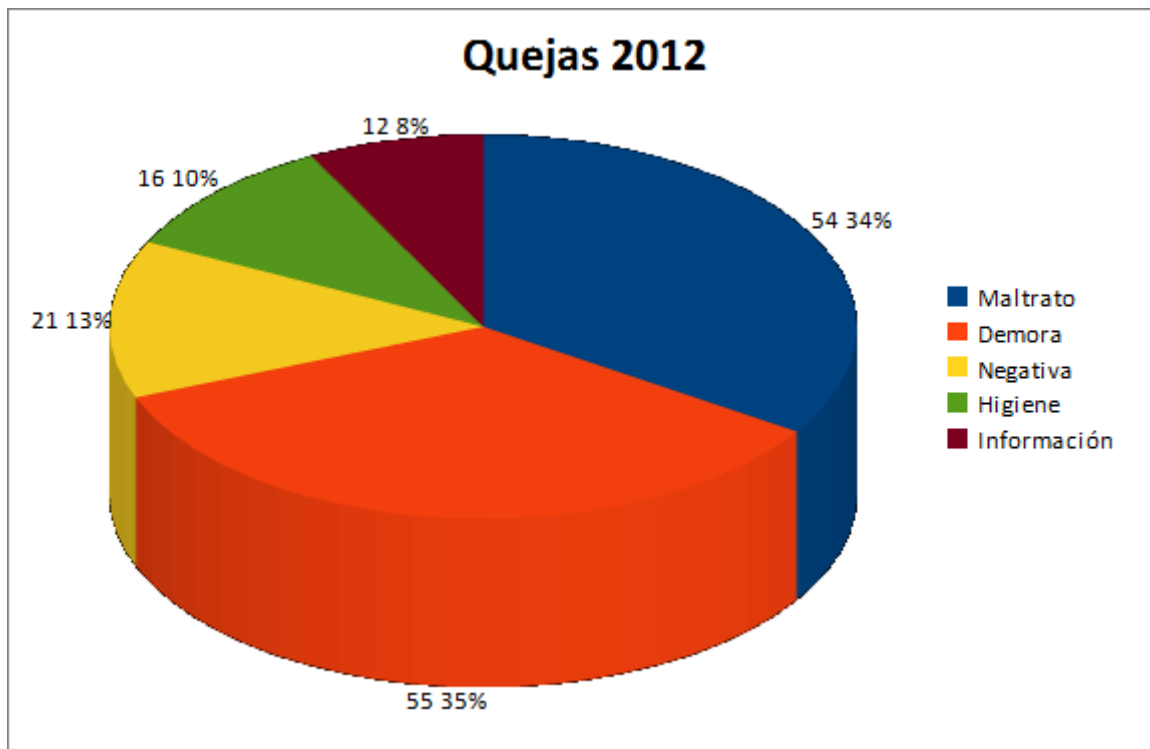
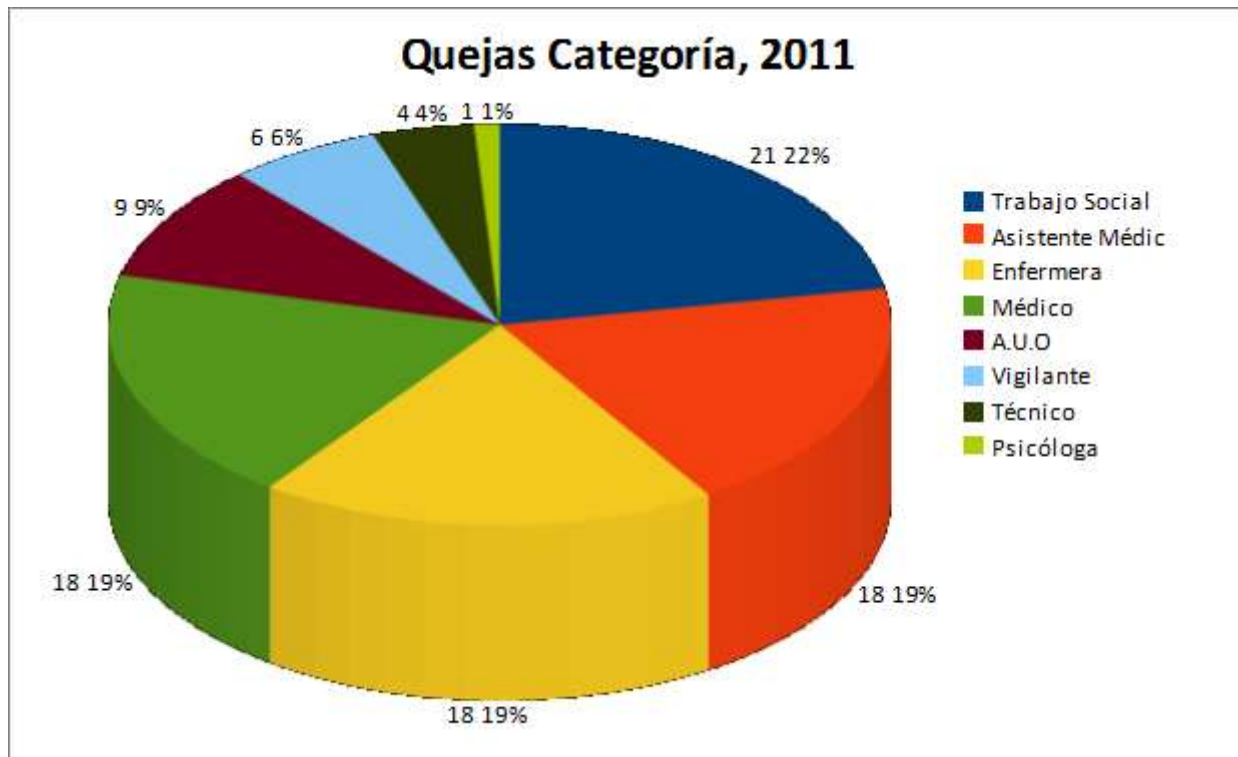


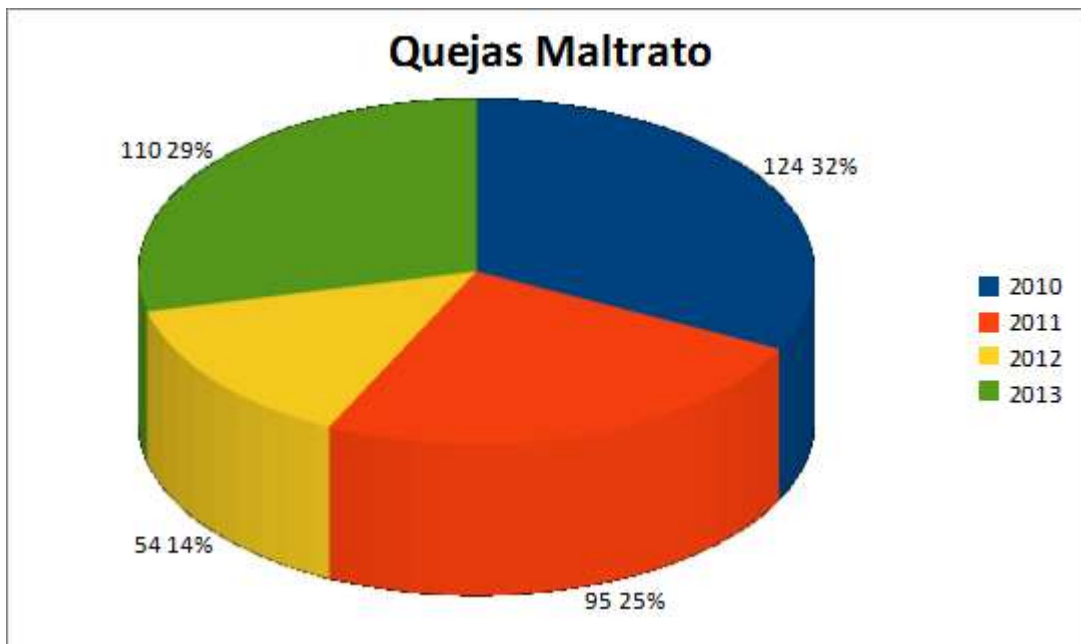
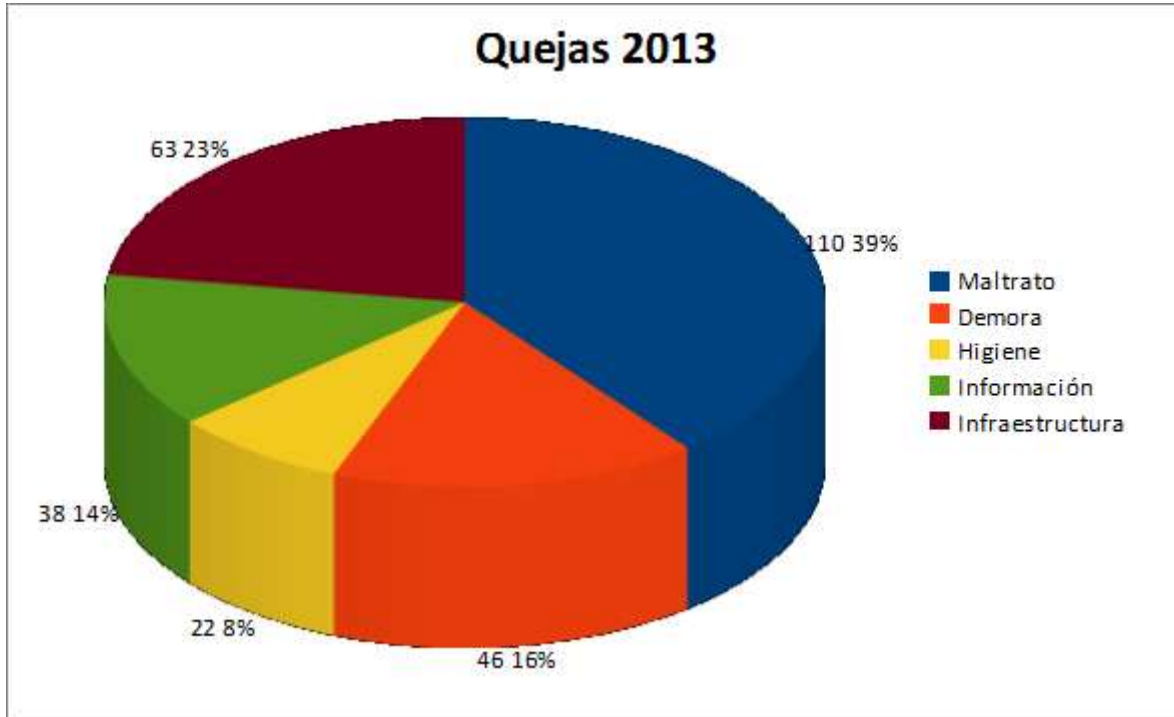
Quejas por Categoría 2010



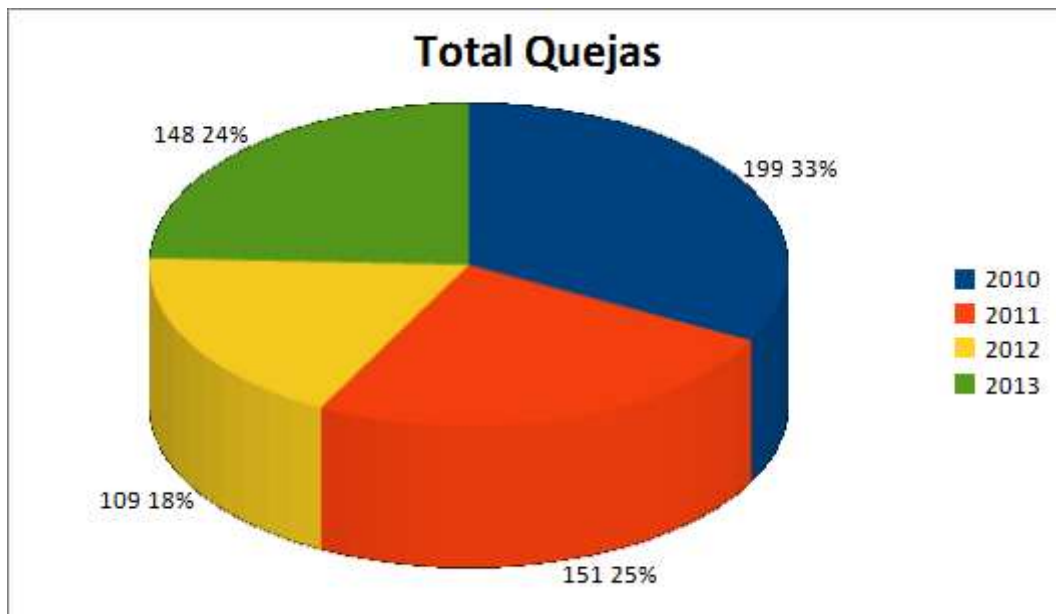
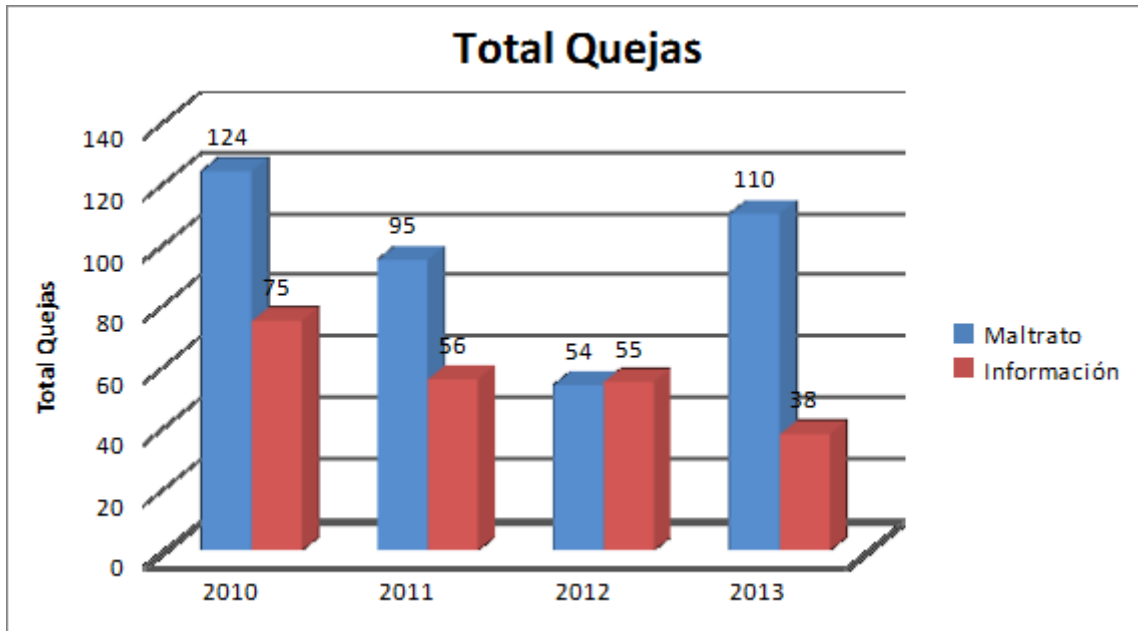
Quejas 2011

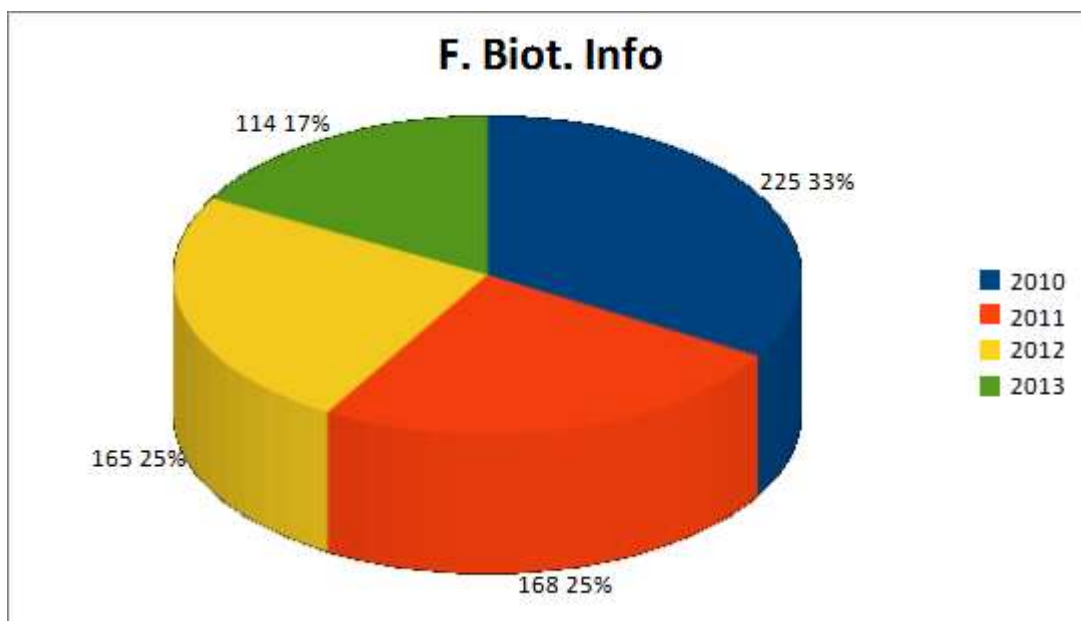
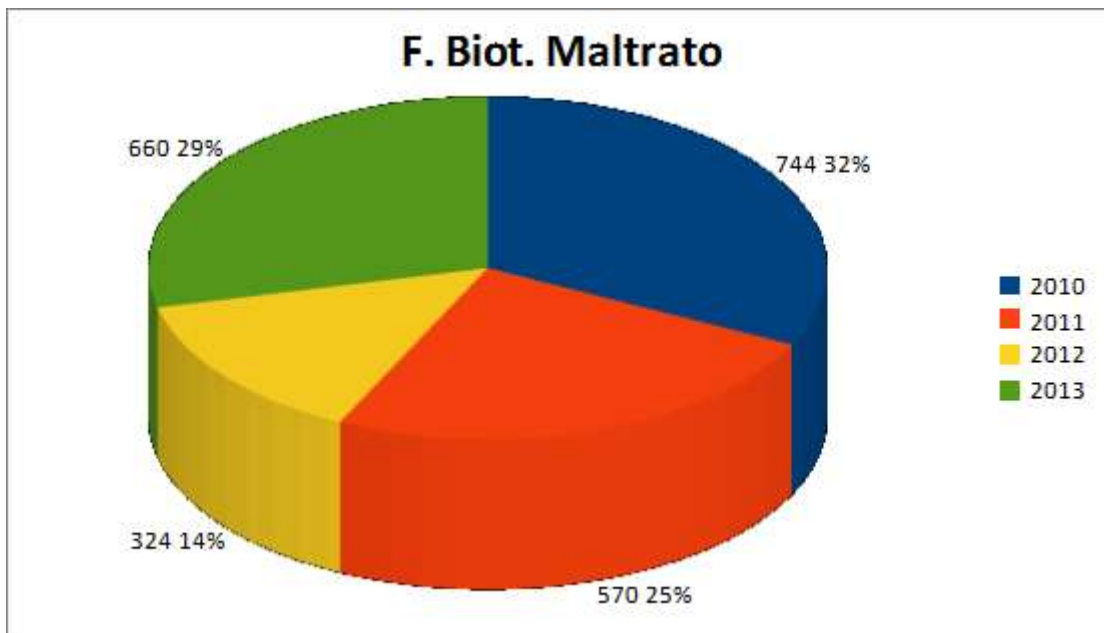


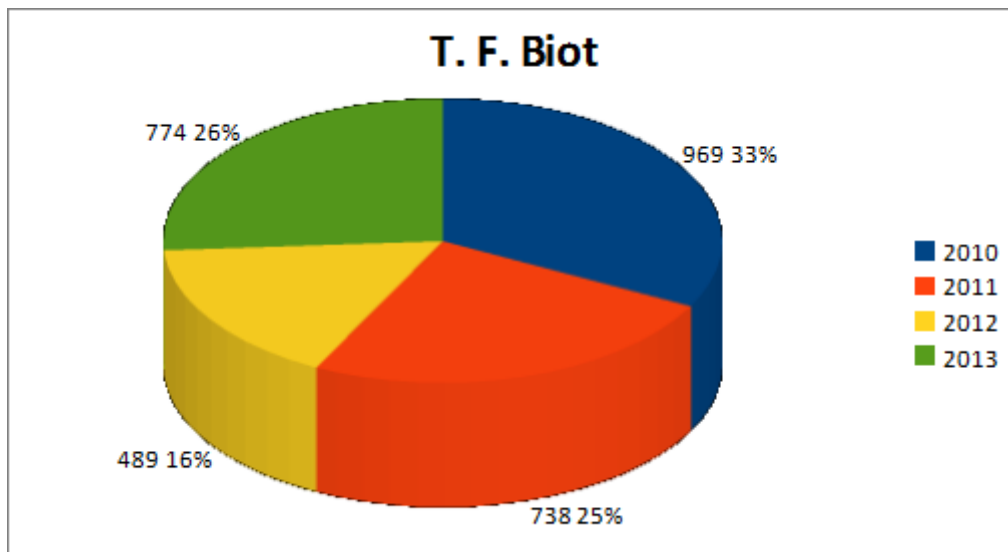
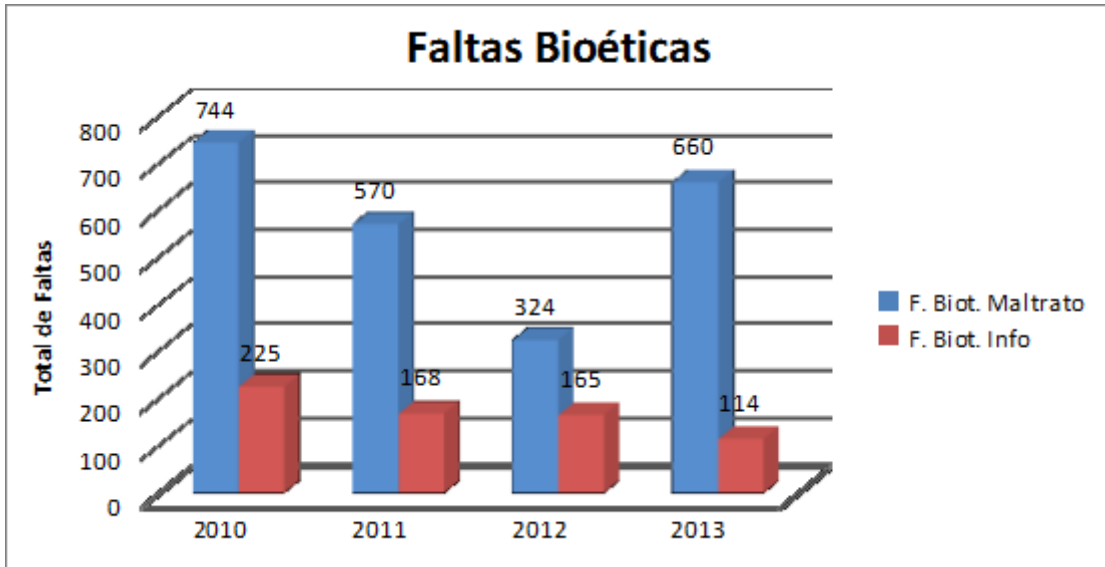


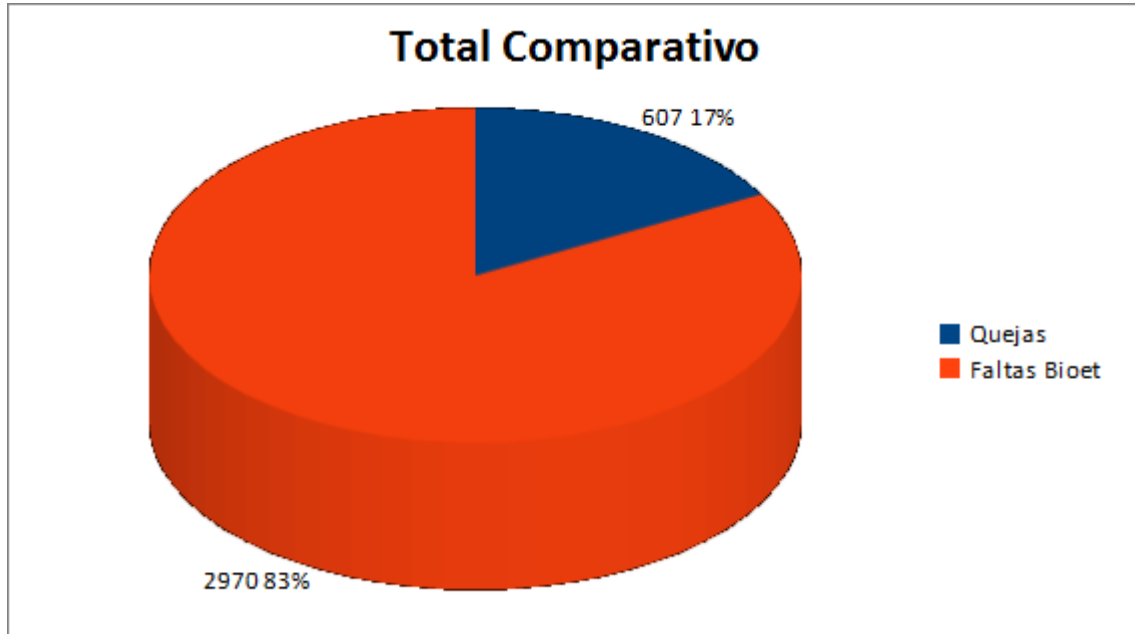
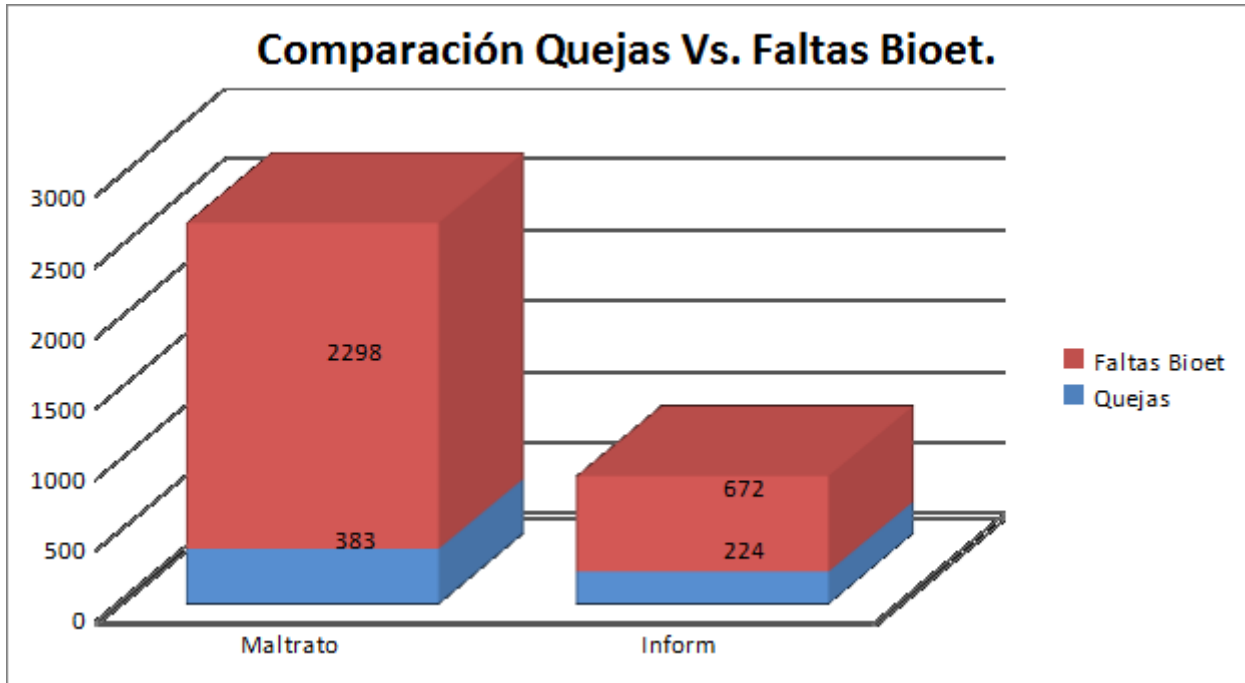




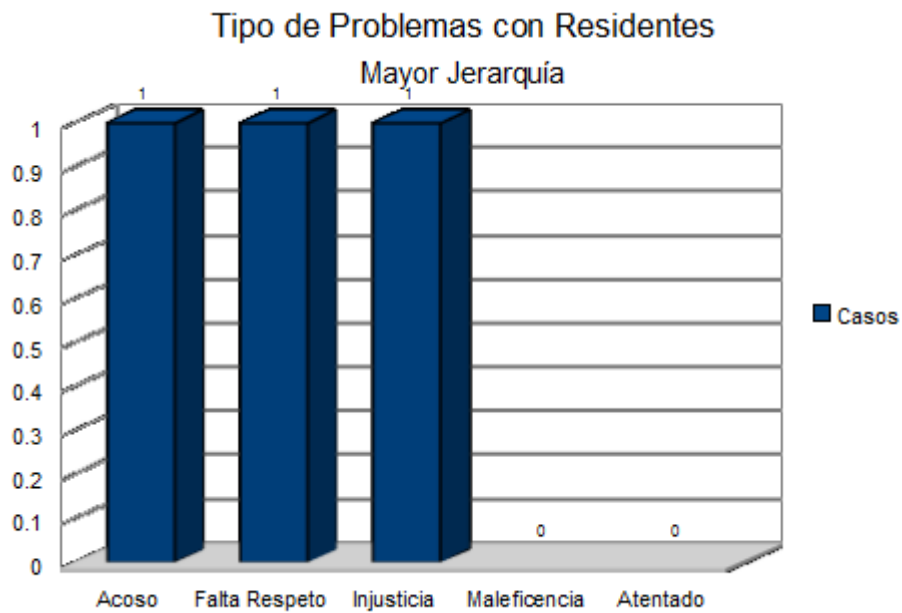
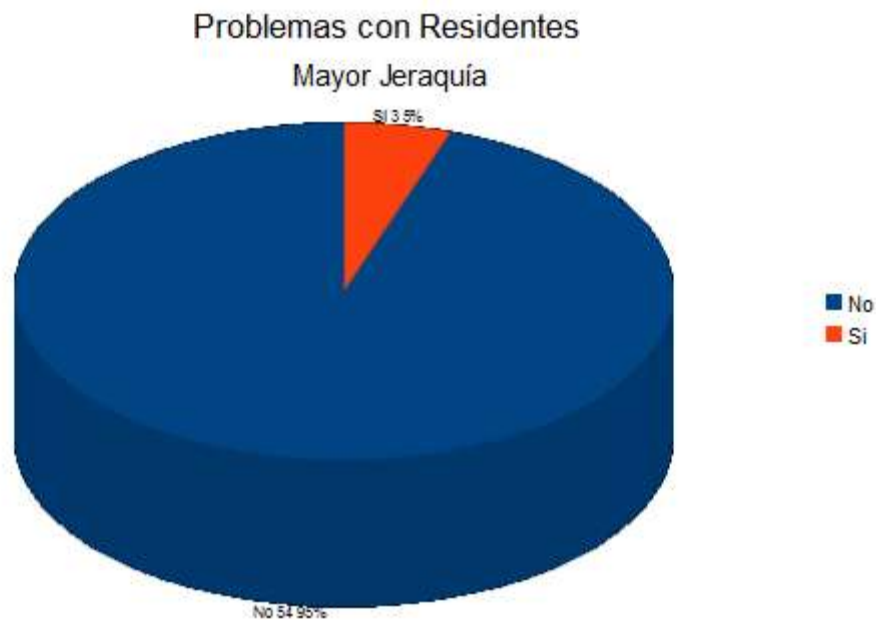






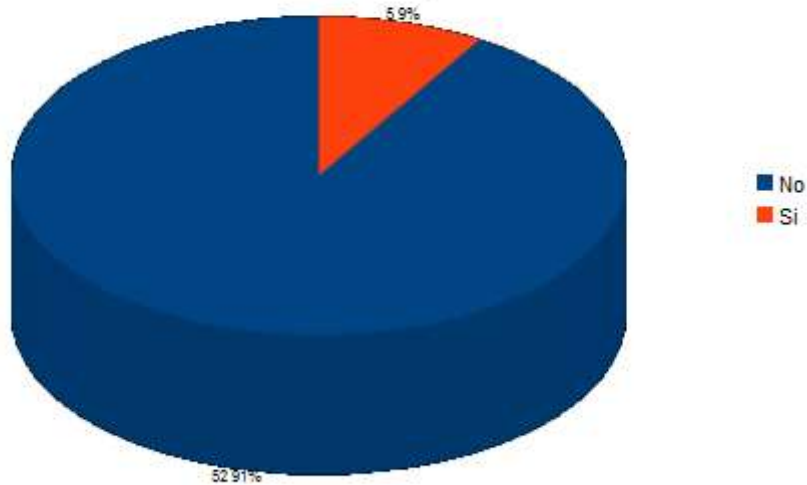


Anexos Quejas Residentes



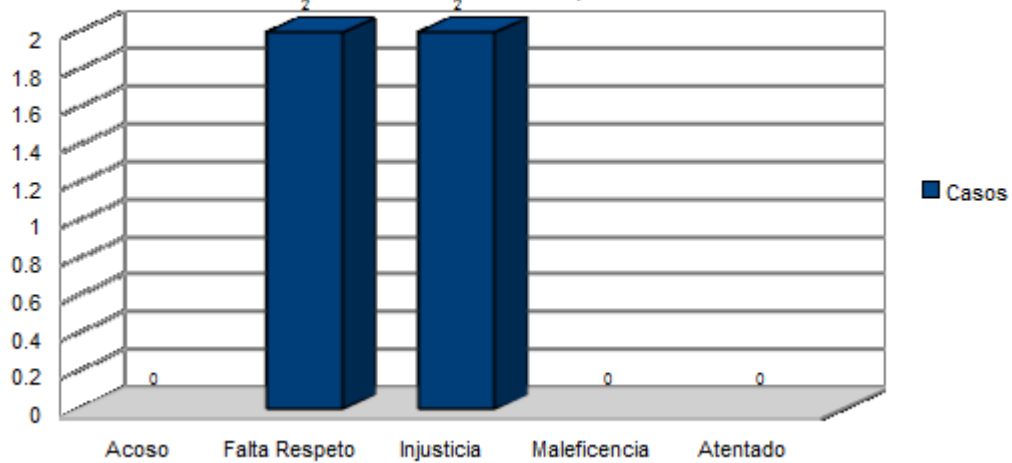
Problemas con Residentes

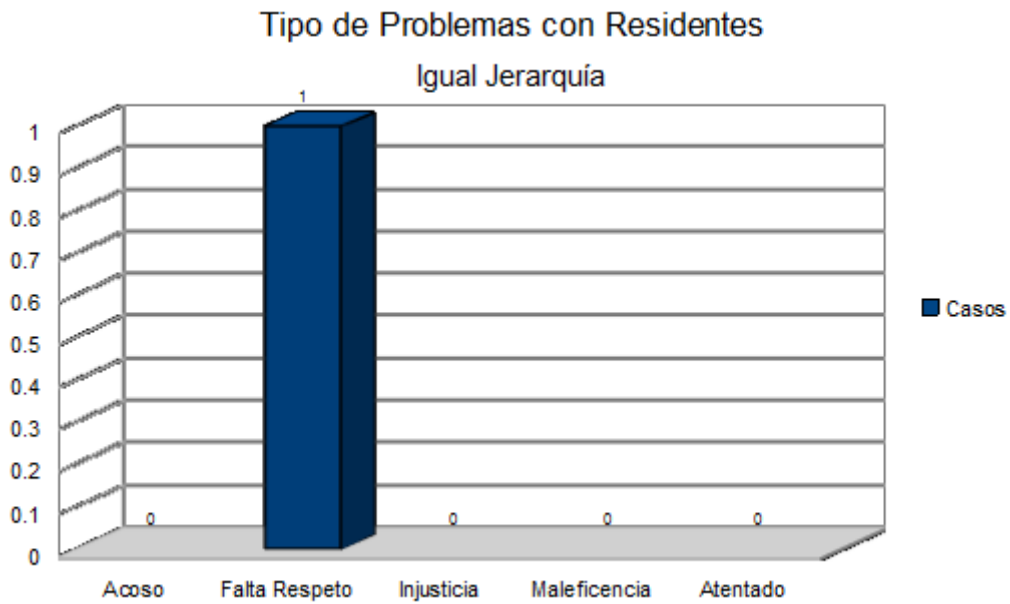
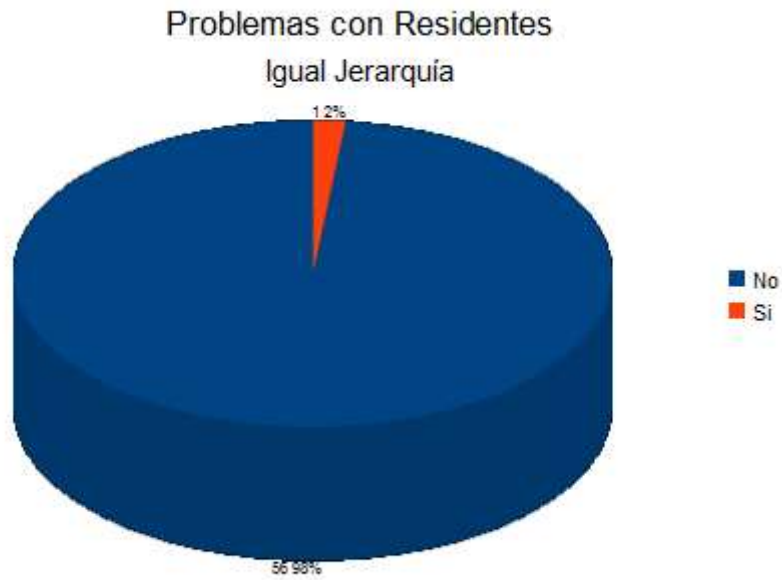
Menor Jerarquía

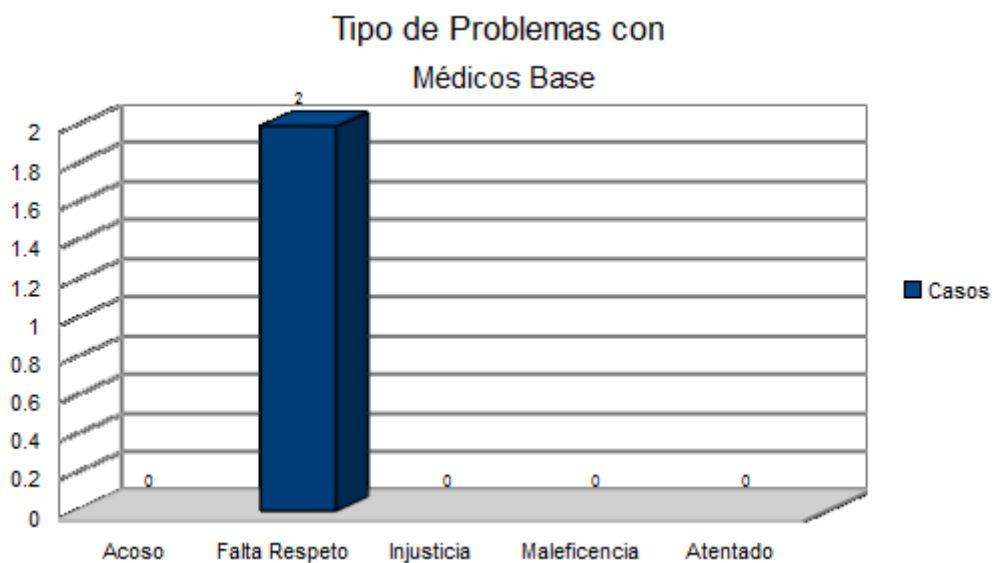


Tipo de Problemas con Residentes

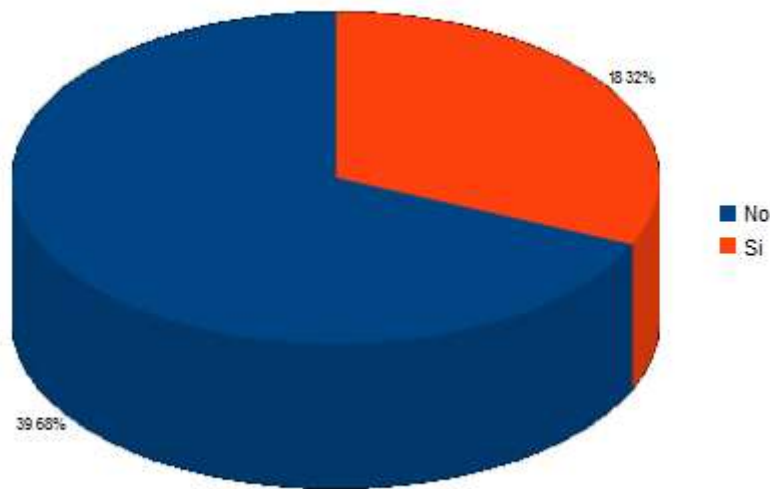
Menor Jerarquía



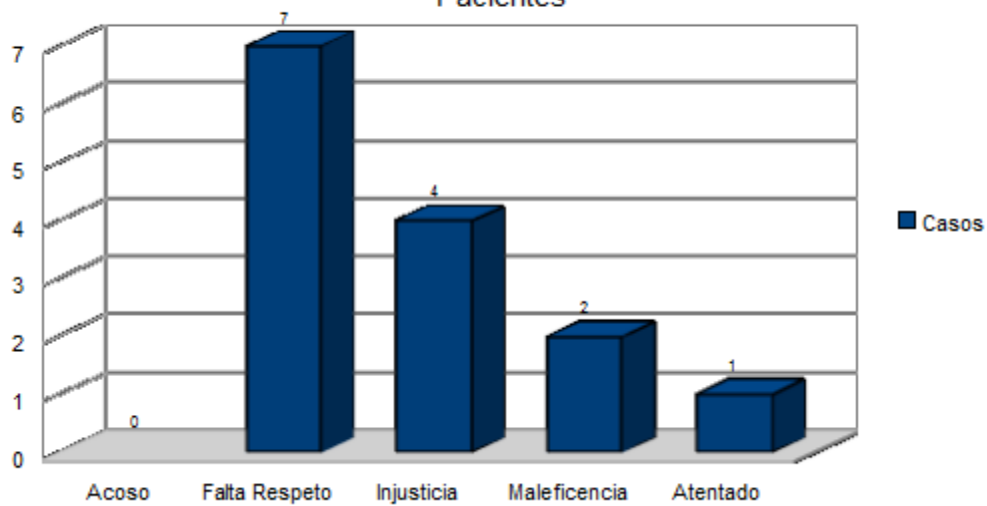


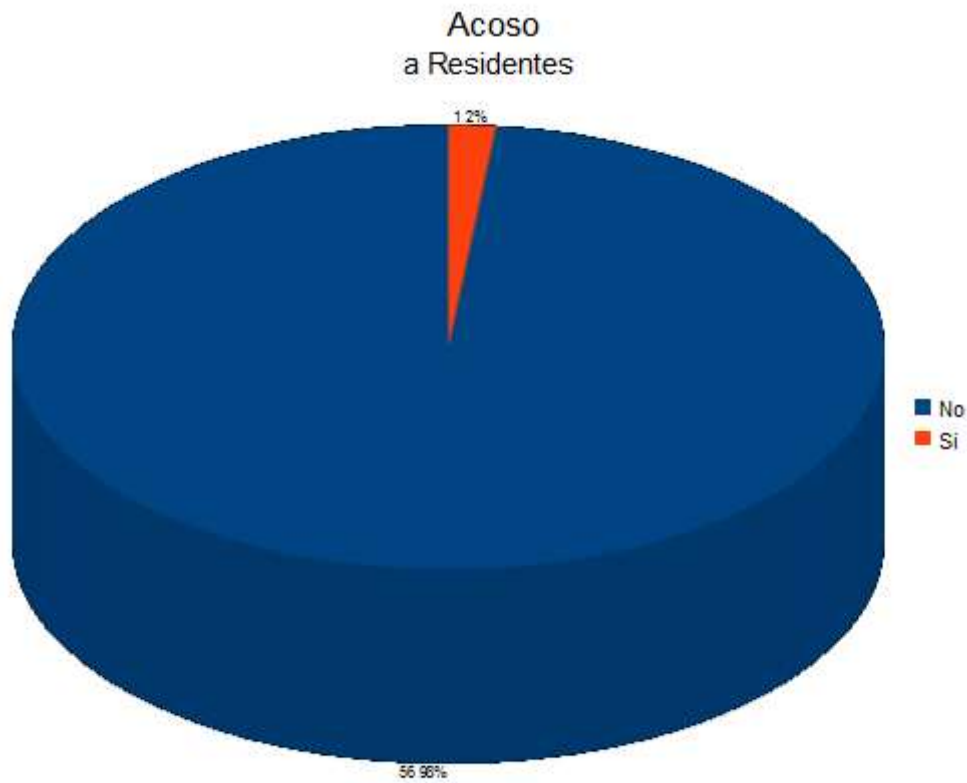


Problemas con Pacientes

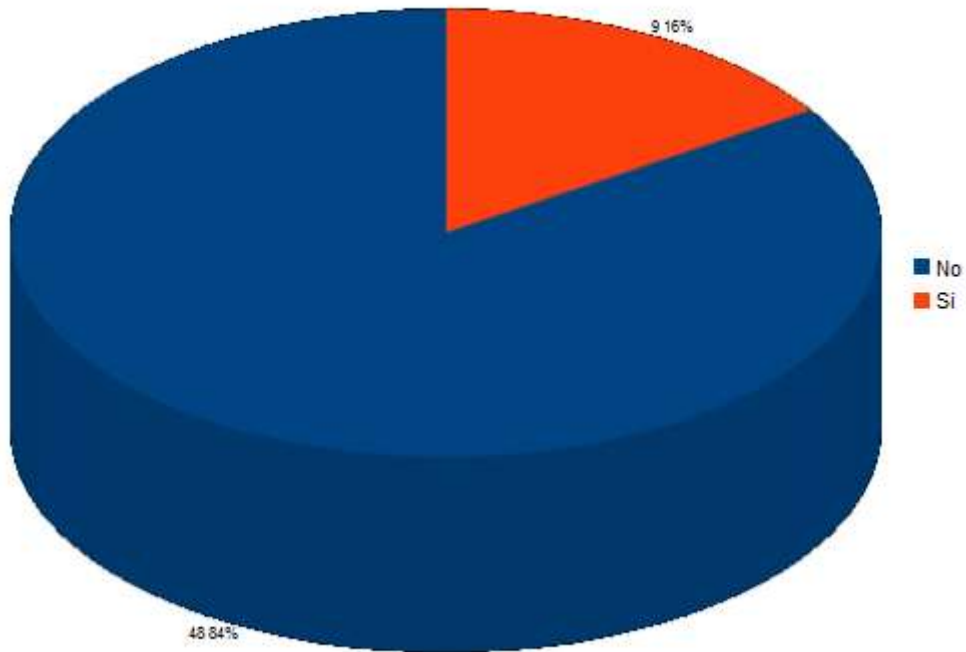


Tipo de Problemas Pacientes

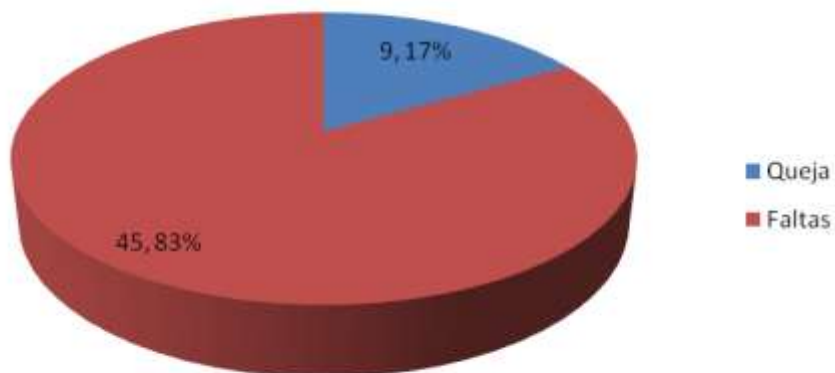


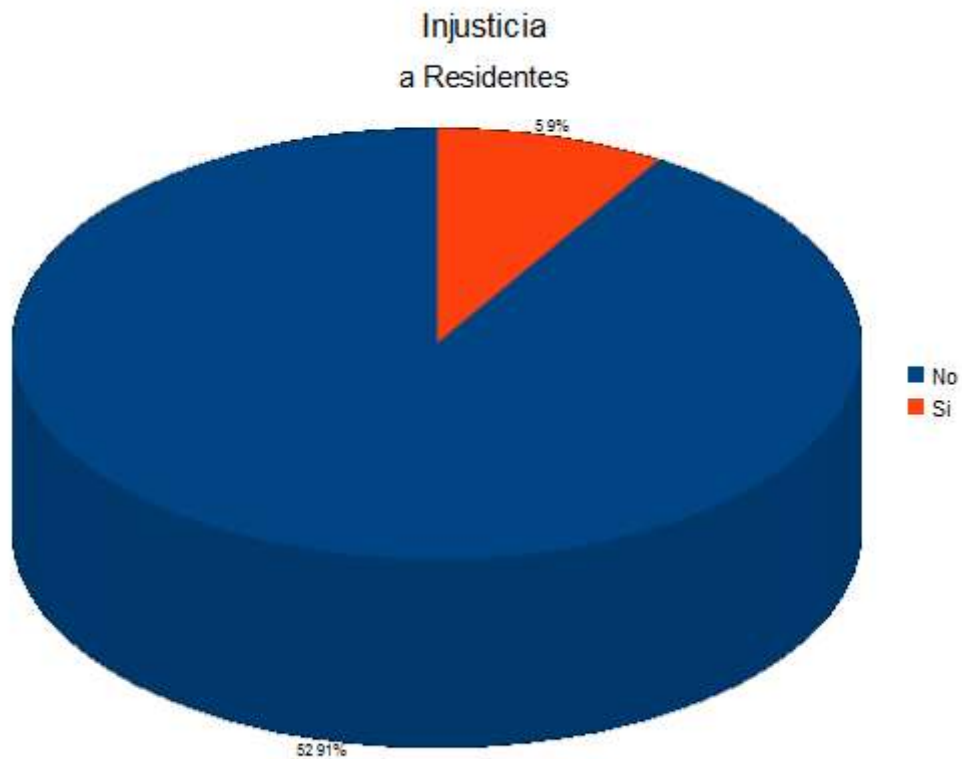


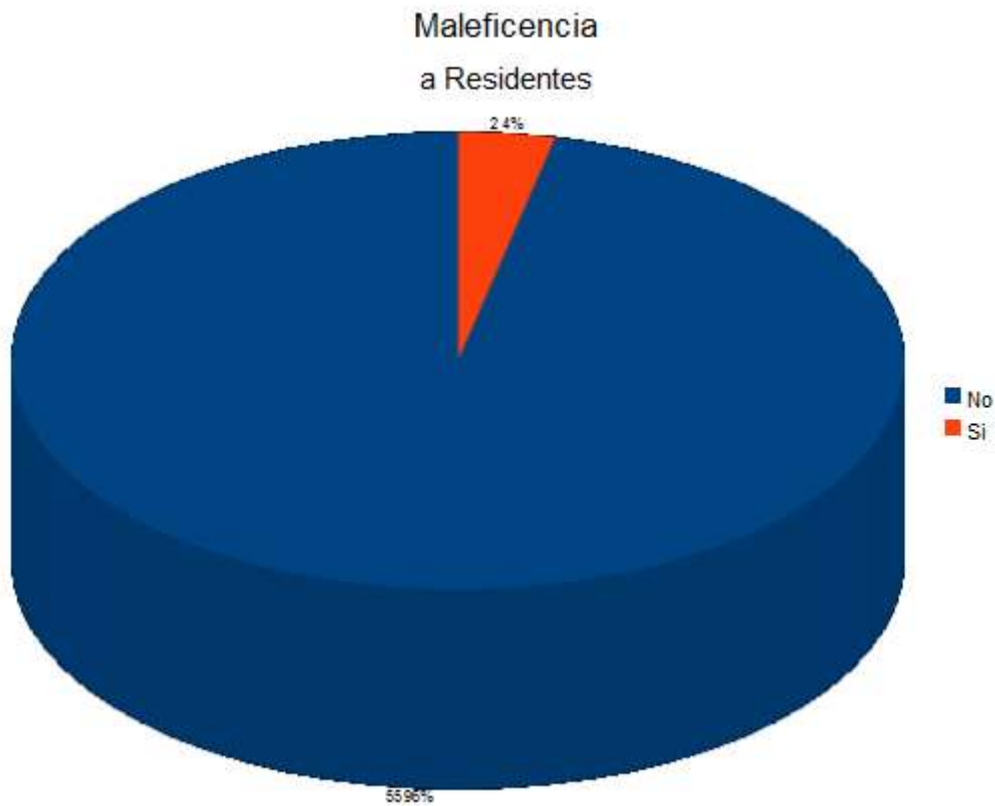
Falta de Respeto a Residentes

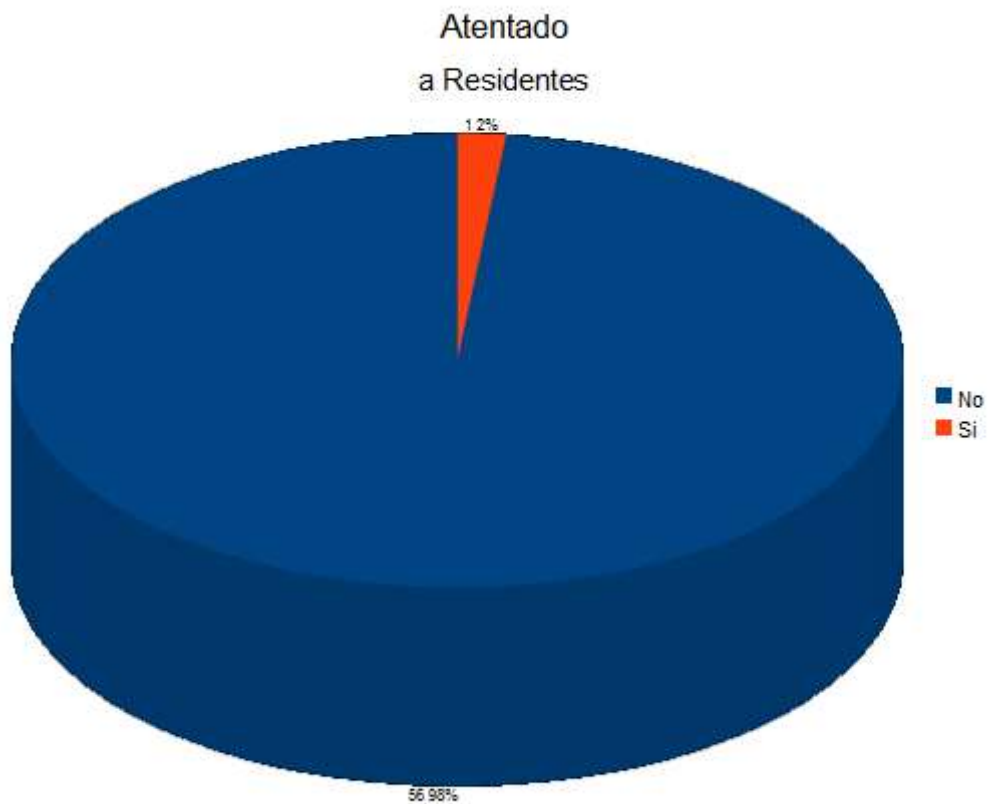


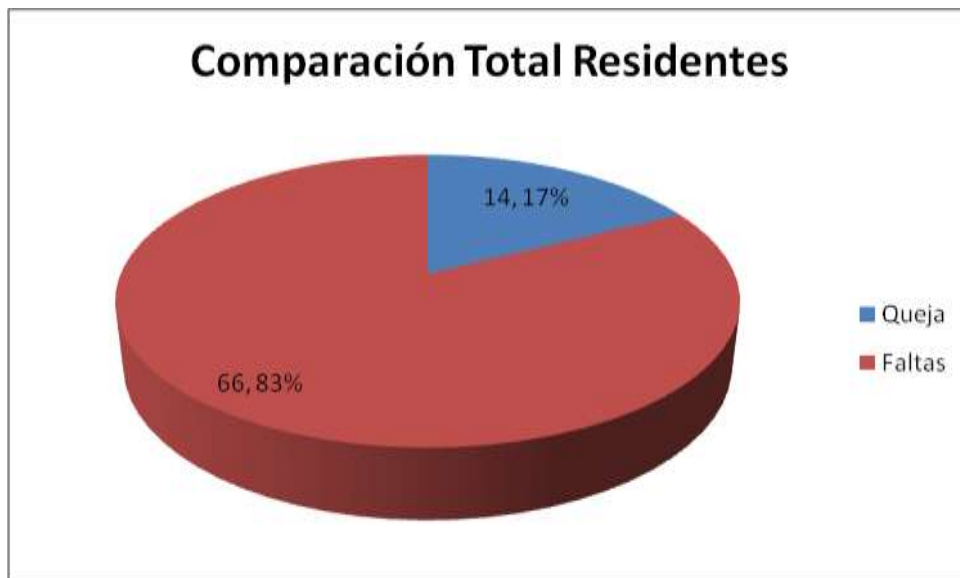
Equivalencia Falta Respeto



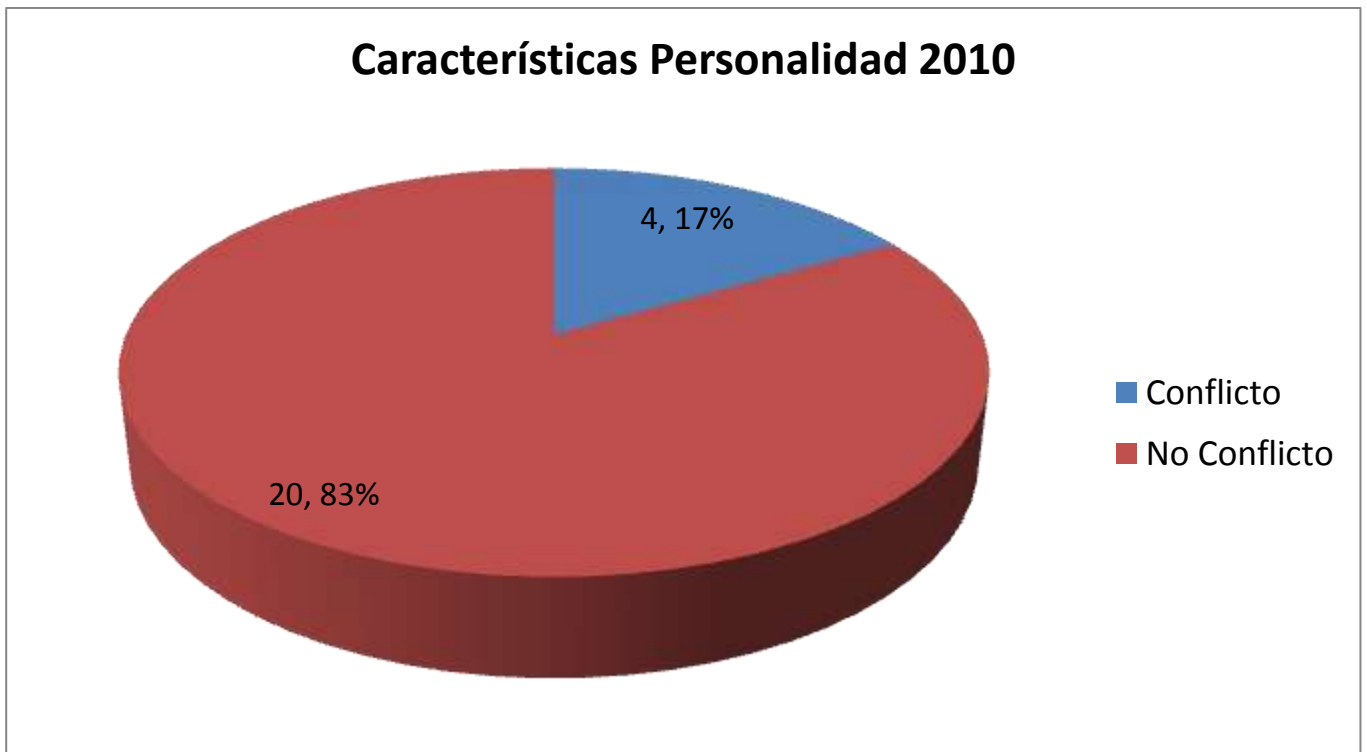
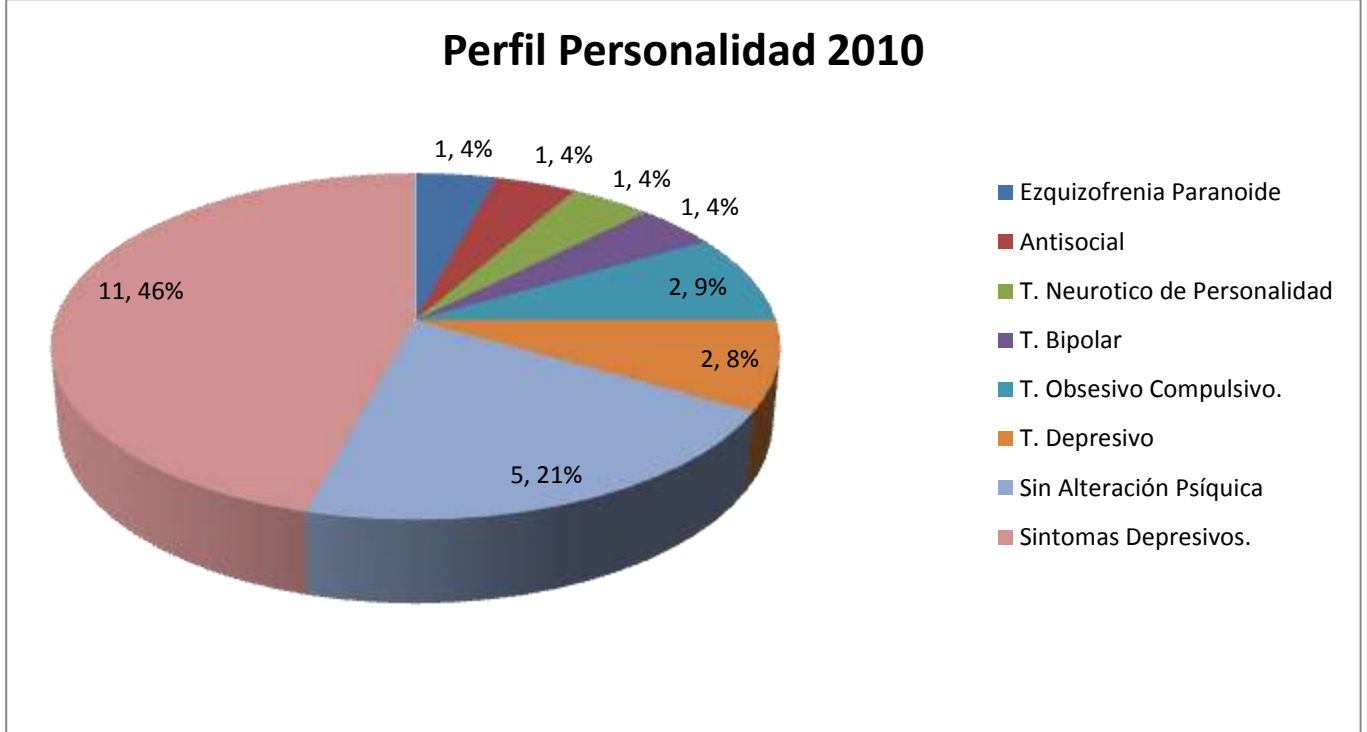




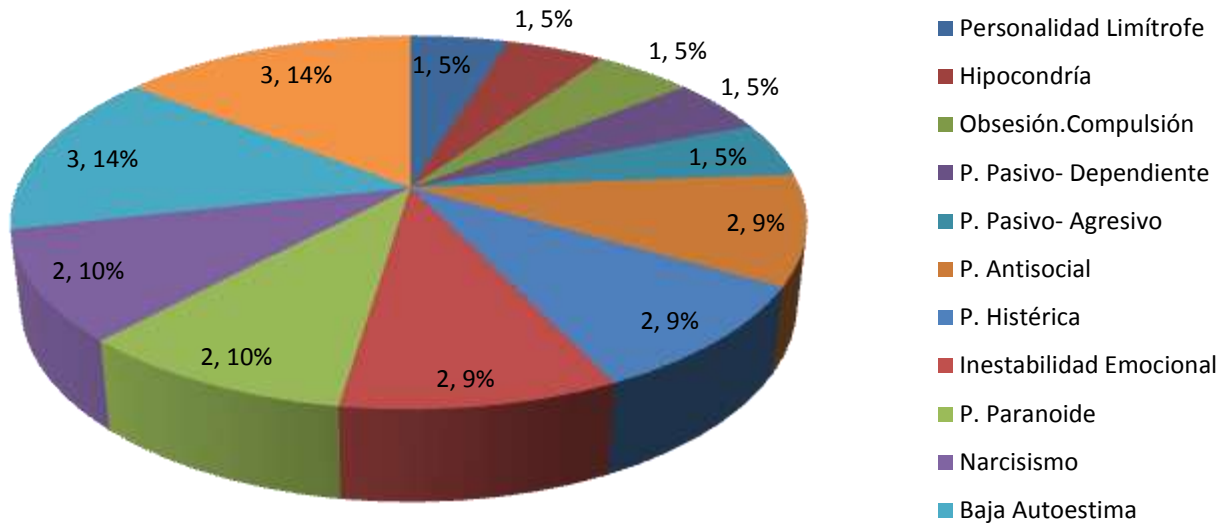




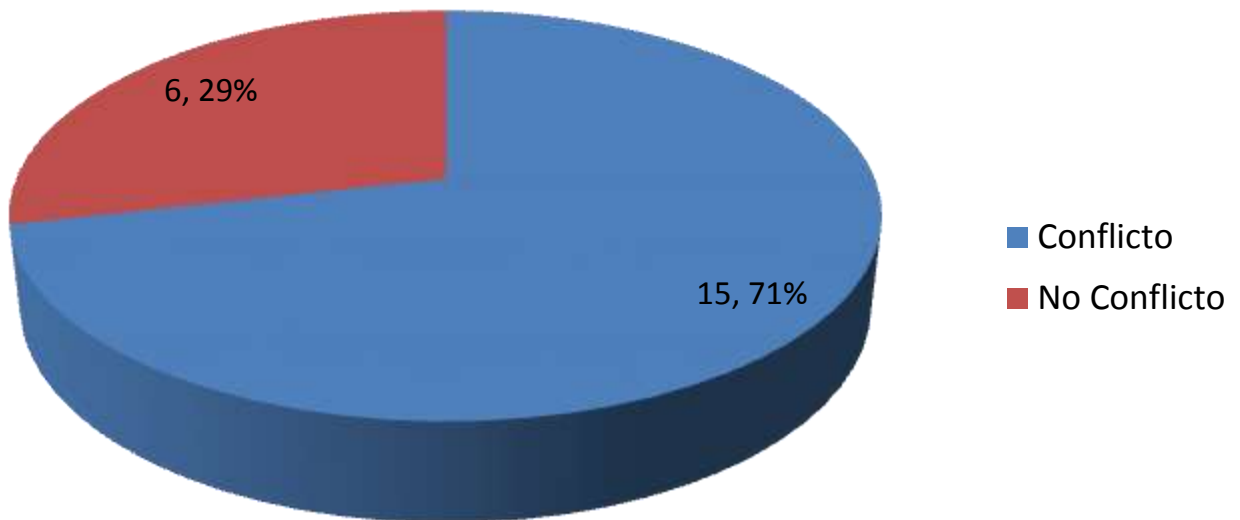
Anexos Personalidad.



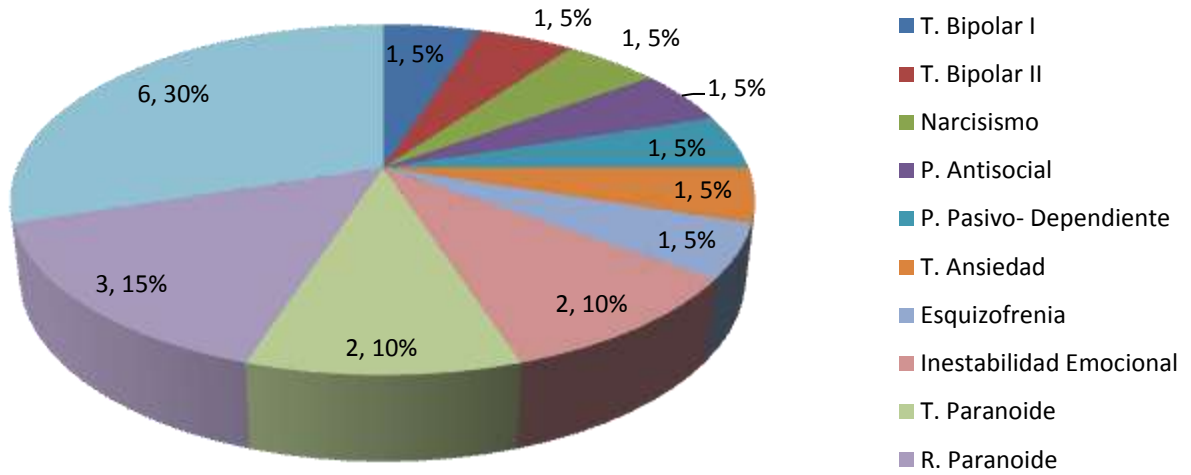
Perfil Personalidad , 2012



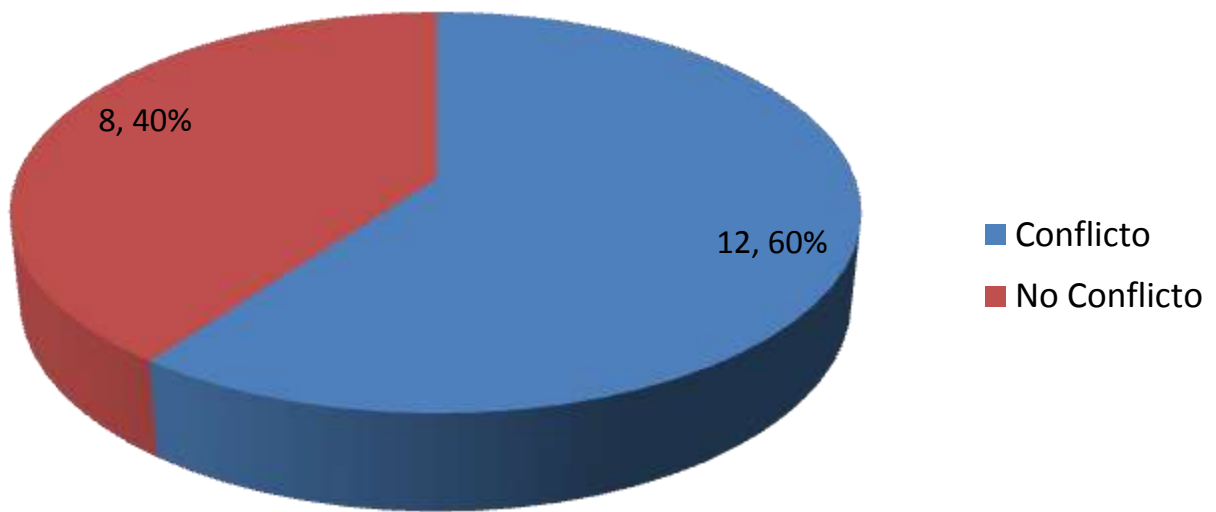
Carcaterísticas Personalidad 2012



Perfil Personalidad, 2013

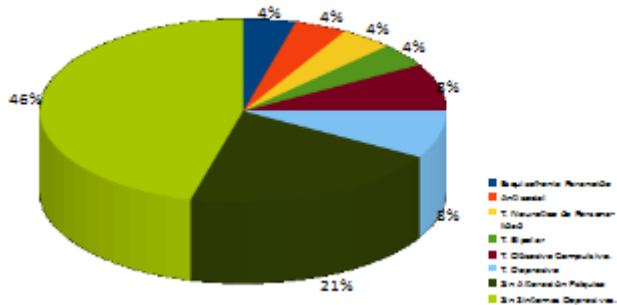


Características Personalidad 2013

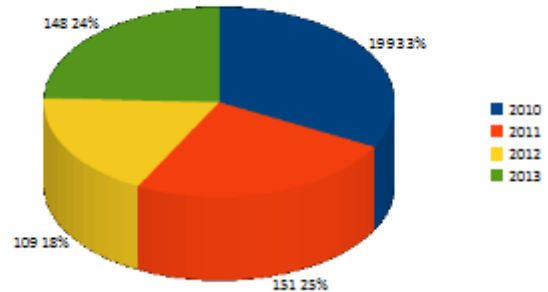


Anexos Integración

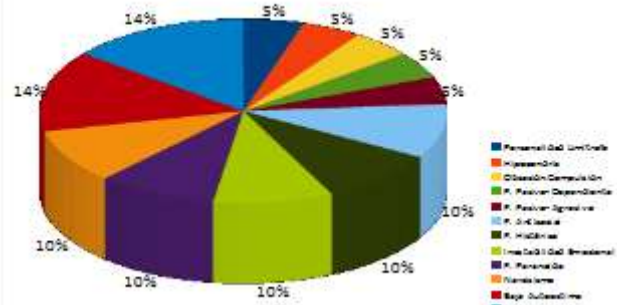
Perfil Personalidad 2010



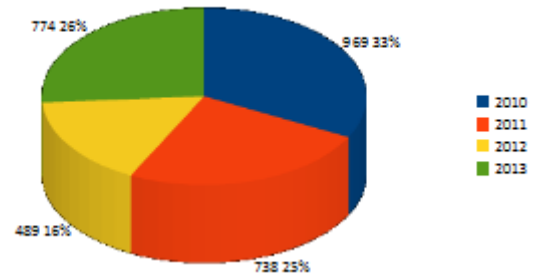
T. Quejas



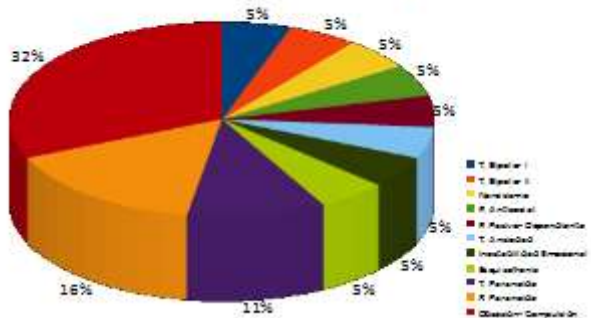
Perfil Personalidad, 2012



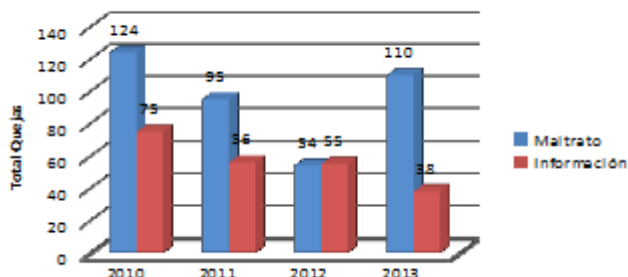
T. F. Biot



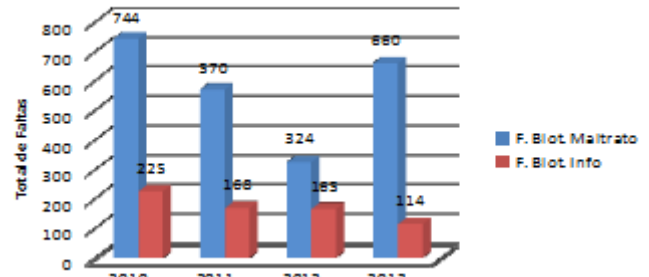
Perfil Personalidad, 2013



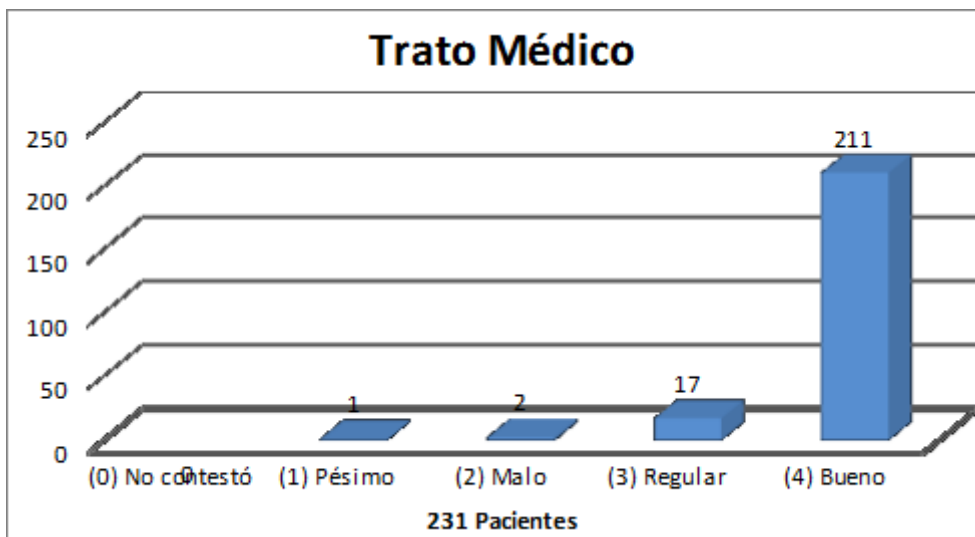
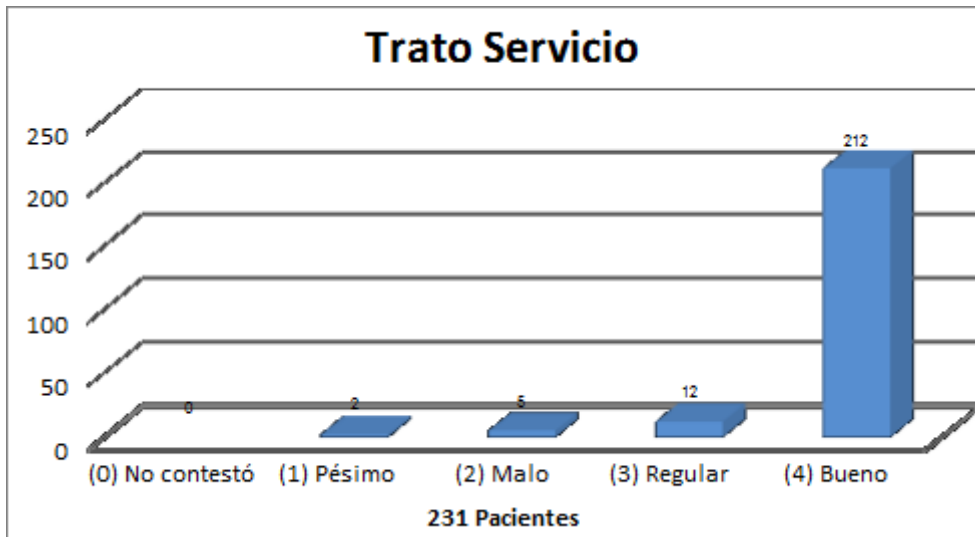
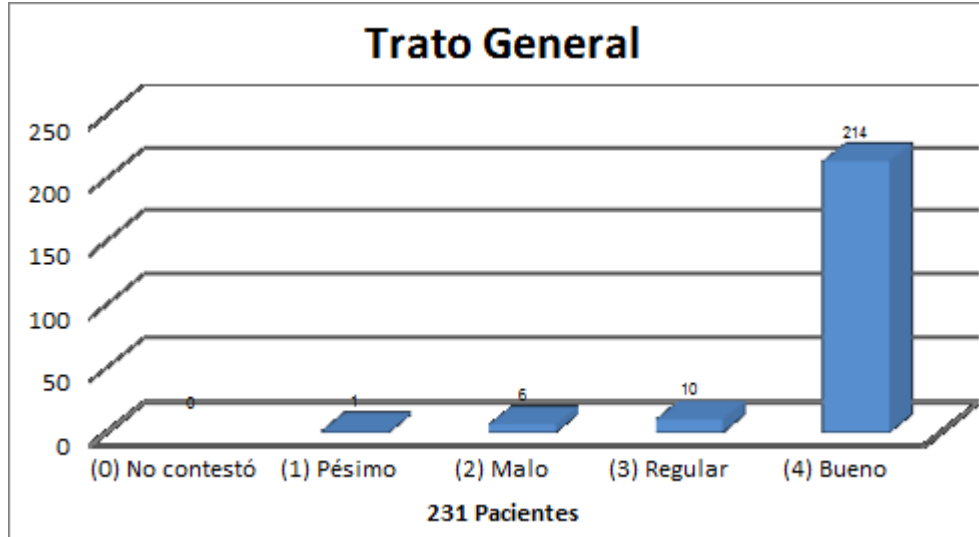
Quejas



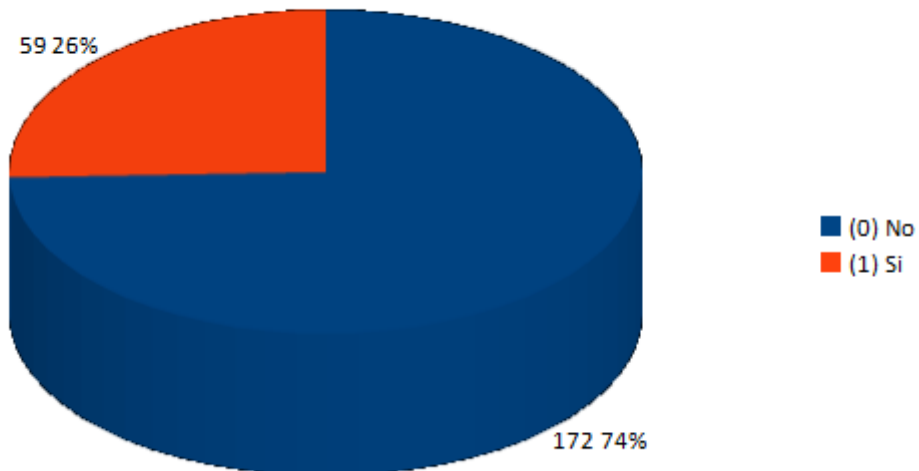
Faltas Bioéticas



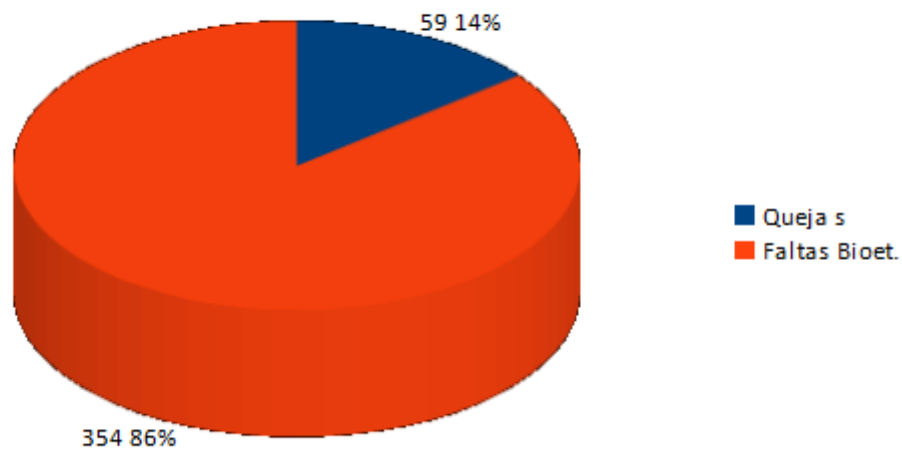
Anexos. Entrevista Anónima Paciente



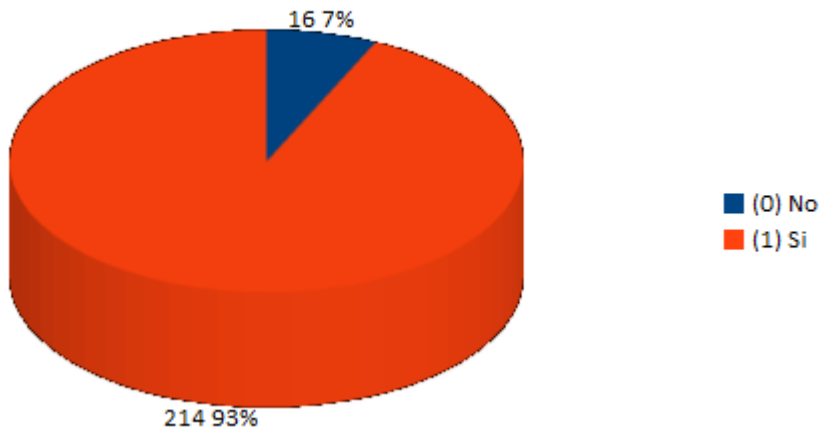
Maltrato, Pacientes



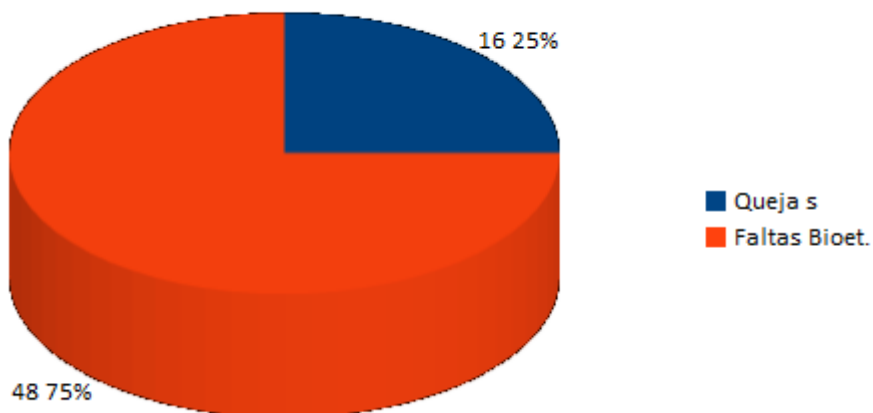
Equivalencia Maltrato Paciente



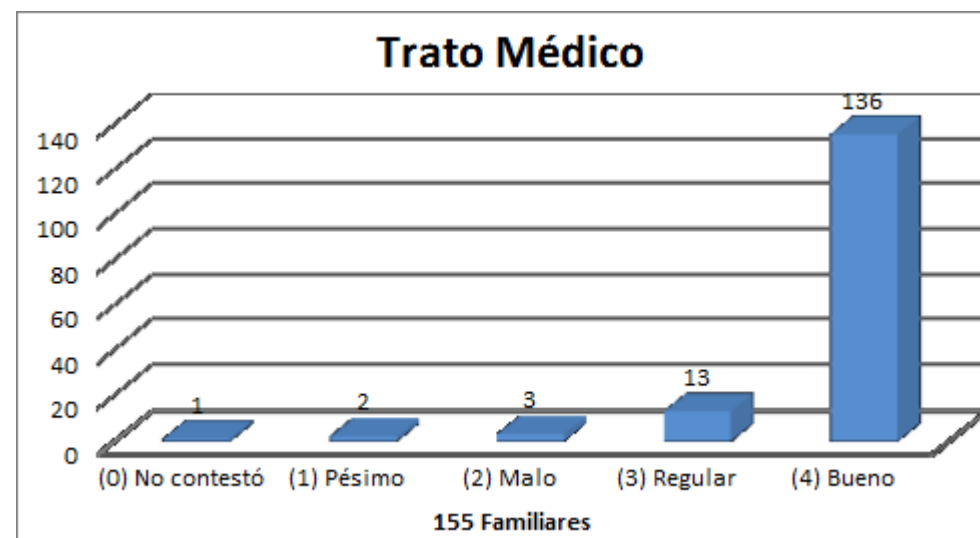
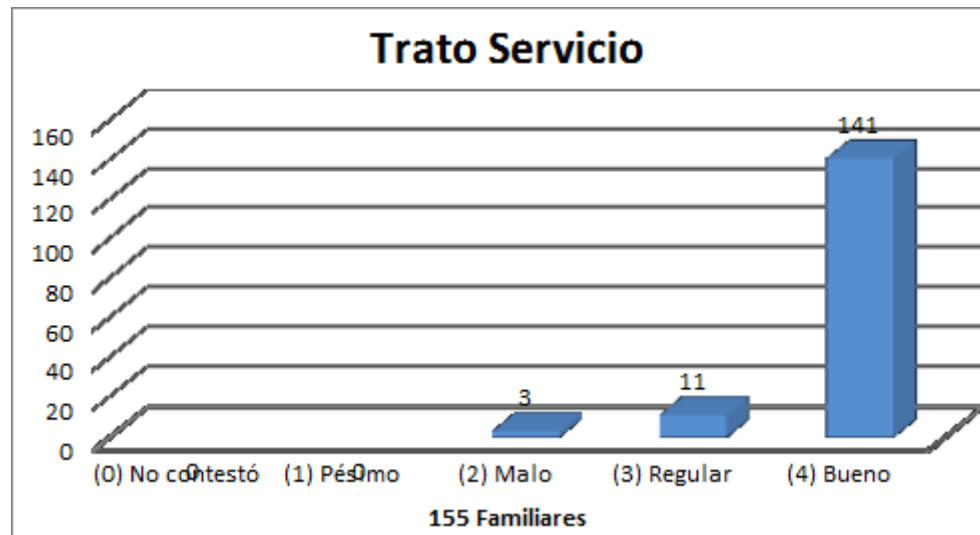
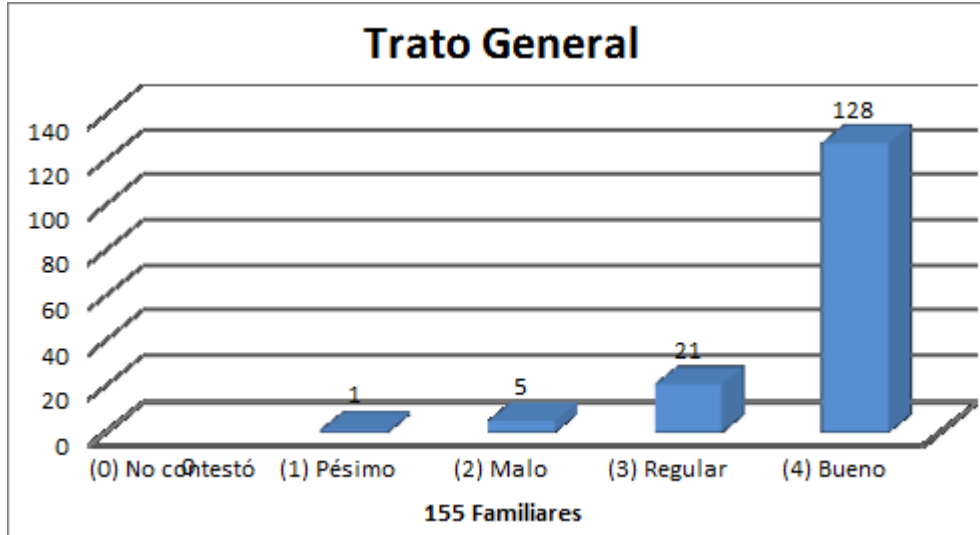
Respuesta Preguntas, Pacientes



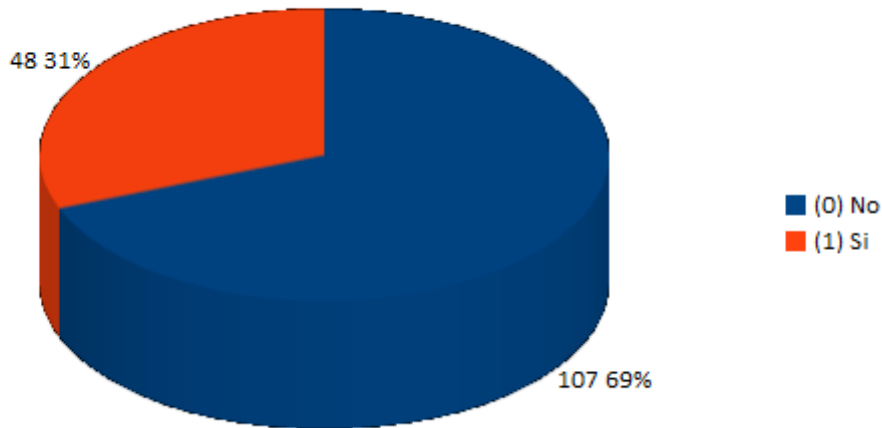
Equivalencia Información Paciente



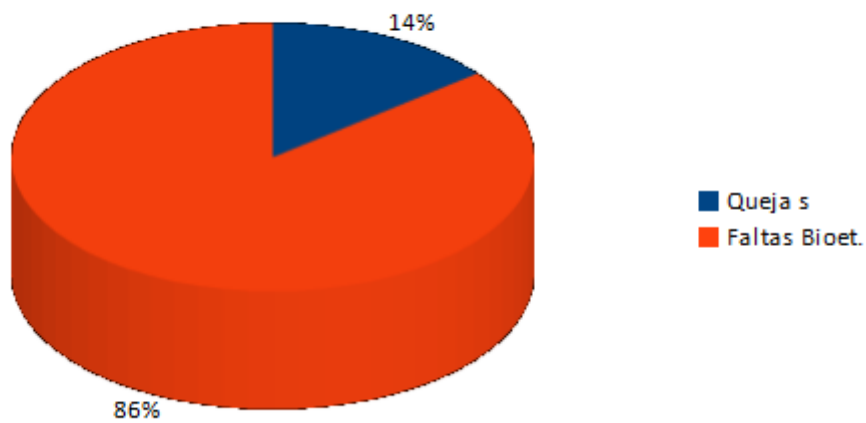
Anexos. Entrevista Anónima Familiares.



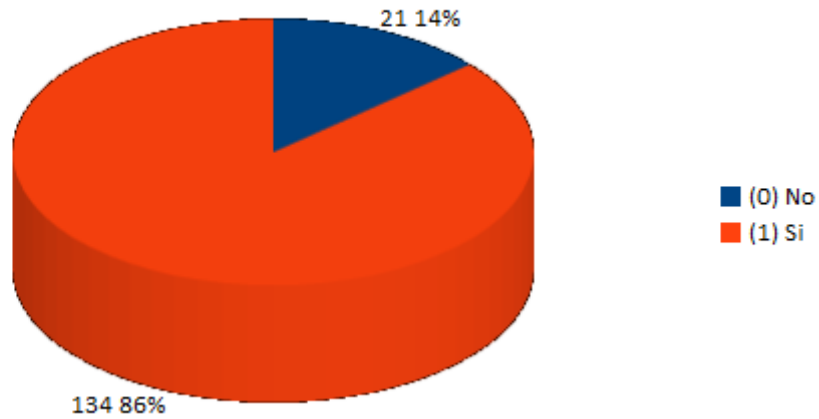
Quejas Maltrato, Familiar



Equivalencia Maltrato Familiar



Respondieron Preguntas, Familiar



Equivalencia Información Familiar

