

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



¿Qué hacen los médicos de la ciudad de Quito cuándo tienen un problema de salud? Un estudio cualitativo.

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

MARIA IRENE RODAS ZAMBRANO

CHRISTIAN SANTIAGO VARGAS PACHA

DIRECTOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dr. Galo Sánchez del Hierro

TUTOR METODOLÓGICO:

Dr. José Sola Villena

Quito - 2014

TABLA DE CONTENIDOS

1. TABLA DE CONTENIDOS.....	2
2. DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	6
3. RESUMEN.....	9

CAPÍTULO I

4. INTRODUCCIÓN.....	13
5. JUSTIFICACIÓN.....	16

CAPÍTULO II

6. Marco Teórico	17
6.1 PARTE 1	
6.1.1 EL ROL DEL MÉDICO COMO ENFERMO.....	17
6.1.2 RELACIONES FAMILIARES Y PERSONALES.....	24
6.1.3 INTERACCIONES PROFESIONALES	25
6.1.4 ERRORES MÉDICOS.....	27
6.1.5 ¿PARA QUÉ SIRVE EL CONOCIMIENTO?	28

6.2 PARTE 2	
6.2.1 PARADIGMAS Y SOCIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD	28
6.3 PARTE 3	
6.3.1 ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL.....	36
6.4 PARTE 4	
6.4.1 INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	40
6.4.2 TEORIA FUNDADA	45
CAPITULO III	
7. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	50
8. OBJETIVOS	50
8.1 General:	50
8.2 Específicos:	50
9. Hipótesis:	51
10. METODOLOGÍA	51
11.1. Universo y muestra:	51
11.2. Análisis de Datos:	55

11.3. Tipo de estudio	56
11.4. Criterios de Inclusión:	56
11.5. Criterios de Exclusión:	57
11.6. Instrumentos	57

CAPITULO IV

12. RESULTADOS	57
12.1. Encuestas	57
12.2. Entrevistas semiestructuradas.....	58
12.3. Genograma	71

CAPITULO V

13. DISCUSIÓN	72
14. CONCLUSIONES	87
15. TEORÍA	87
16. RECOMENDACIONES	88
17. ANEXOS	90
Anexo I: Encuesta, Consentimiento Informado.....	91
Anexo II: Esquema de Entrevista	95

Anexo III: Categorías	97
Anexo IV: Constructos Teóricos y Categorías	99
Anexo V: Familiogramas funcionales	101
18. LISTA DE TABLAS	
Tabla I: Formato de Recopilación de Datos (Encuestas)	109
Tabla II: Análisis de Entrevistas	111
19. BIBLIOGRAFÍA	112

DEDICATORIA

A mi amado hijo Antonio, quien desde el cielo, es la alegría y el perfume de mi vida.

A Paul Germán, mi esposo, con mucho amor y gratitud, por estar a mi lado, ser mi apoyo, tomar mi mano y caminar conmigo.

A mis padres, que con su amor incondicional me formaron y lucharon incansables para que hoy sea quien soy y esté alcanzando esta gran meta.

A Leonardo, Micaela y Rafaela, por llenar de luz nuestros días.

A mi familia.

A las familias del Ecuador, a ellas dedico todo mi trabajo.

María Irene

A Jehová Dios, el creador y padre del universo.

A mis padres Juan y María Rosalía, mi esposa María Fernanda, por su amor y comprensión en estos años.

A los colegas, compañeros y amigos, dedico estas páginas.

Santiago

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por forjarme incluso en el dolor y con infinito amor mostrarme su presencia constante.

A la Virgen María, por ser mi madre celestial.

A Susi Alvear, por ser tan buen ejemplo de vida y enseñarme lo que significa ser Médica de Familia.

A Santiago, mi compañero y amigo.

A Galito, por su apoyo y paciencia.

Al Dr. José Sola, por todo lo enseñado.

Al Dr. Carlos Acurio, por ser siempre tan cordial y amable y darse tiempo para nosotros.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y al Hospital Vozandes, a quienes debo mi formación profesional.

A todos los médicos participantes, muchas gracias!

María Irene

A Dios, la fuente de amor y sabiduría cada día, y con sus bendiciones en mi vida.

A mis amados padres, hermanos y esposa por su paciencia y apoyo incondicional.

*A la Universidad, con sus maestros y compañeros, por darme la oportunidad de
alcanzar esta especialidad médica.*

*Al Hospital Vozandes, con sus autoridades y amigos, con quienes he compartido tiempo
valioso y vivido experiencias enriquecedoras.*

A mi colega, amiga y compañera del presente trabajo.

Santiago

RESUMEN

¿Qué hacen los médicos de la ciudad de Quito cuándo tienen un problema de salud? Un estudio cualitativo.

Objetivo: Evaluar el proceder de los médicos de la ciudad de Quito respecto al manejo de sus problemas de salud, determinar cuál es su comportamiento cuando cambian de rol, examinar su participación en el diagnóstico - tratamiento y estimar la importancia que le dan al médico de cabecera.

Diseño: Estudio cualitativo con análisis de contenido basado en la teoría fundada.

Emplazamiento: Unidades de salud de atención ambulatoria y hospitalaria de la ciudad de Quito.

Participantes: Veinte médicos de atención clínica y quirúrgica (entrevista semiestructurada), previa encuesta electrónica de acercamiento a seiscientos médicos.

Metodología: Se realizó una investigación cualitativa con teoría fundada por medio de veinte entrevistas semiestructuradas, que se plantearon a un grupo de médicos de la ciudad

de Quito, acerca de sus conductas cuando tienen un problema de salud y sobre su autocuidado. Fueron grabadas y transcritas. Se empleó análisis de contenido. Además se aplicó encuestas a seiscientos médicos de la ciudad de Quito, previo a consentimiento informado, usando Google Drive y encuestas físicas como acercamiento al comportamiento de los médicos en el cuidado de su salud y frente a la enfermedad.

Resultados: De la población estudiada la mayoría se auto medican, buscan atención por gravedad, consideran importante un médico de cabecera pero no lo tienen, piensan que los controles de salud son buenos pero pocos los realizan. El cambio de rol les resulto desagradable. Para muchos el haber sido paciente les generó un aprendizaje y aumentó su empatía.

Conclusiones: La atención de los médicos es informal y solicitan atención de sus problemas de salud de acuerdo a la gravedad. Valoran al médico de cabecera y los controles de salud, pero no lo tienen y no los realizan. El médico cuando está enfermo tiene dificultades para cuidar de su salud, por lo que se necesita fortalecer las competencias de los médicos familiares para la atención de sus pares.

Palabras Clave:

Médicos, problemas de salud, autocuidado, automedicación, médico de cabecera, cambio de rol.

ABSTRACT

¿What doctors of Quito do when have a health care problem? A qualitative study?

Goal: Evaluate what doctors of Quito do about how to handle health care problems, determine their behavior when roles change, analyze their participation in the treatment - diagnosis and consider the importance they give to the family doctor.

Design: Qualitative study with analysis of content, based on grounded theory.

Location: Health care units of outpatient and hospital care in Quito.

Participants: Twenty clinical care and surgical physicians (semi structured interview), prior electronic approaching survey to six hundred doctors.

Methodology: A qualitative search was done with grounded theory through twenty semi structured interviews, set out to a group of doctors of Quito, about their behavior when have health care problems, and their self-care. These searches were recorded and transcribed. Analysis content was used. Also survey was applied to six hundred doctors of Quito, prior to an informed consent, using Google Drive and physical surveys as an approach to the doctor's behavior about health care and how to deal with illness.

Results: Of the group studied, most of them self-medicate, they look for medical attention when the illness is severe, for them it is very important to have a family doctor but they do not have one, think that a medical control is good, but just a few of them do it. They were unpleasant with the change of roles. For most of them who acted as patients produced learning on them and increase their empathy.

Conclusions: Medical attention is informal and they are asking to pay attention to their health problems according to the gravity. They appreciate a family doctor and the health controls, but they do not have them y do not do it. When a doctor is sick, has difficulties to take care of his own health, so it will be necessary strengthen the responsibility of the family doctors to take care of his colleagues.

Key Words:

Doctors, health problems, self-care, self-medication, family doctor, changing of roles.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN.

Cuando un médico sufre un problema de salud, su principal herramienta para enfrentarlo es su conocimiento. Su entrenamiento y experiencia le permiten saber las dificultades para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad. Son unos pacientes diferentes por tener más conocimiento del área, pero pautas de comportamiento comunes a las de la población general para encarar la enfermedad. (1)

Por la naturaleza del trabajo perciben a la enfermedad ajena, sensación de invulnerabilidad, minimizando la magnitud de sus dolencias, negando la existencia de su problema de salud; lo que le genera ansiedad y temor. (1) Es probable que los médicos teman hablar de la propia enfermedad porque es tabú. (2) El médico considera su enfermedad como una derrota o acude a la negación, es el primer mito que debe enfrentar. (3)

No puede actuar como paciente porque su grupo de referencia forma parte de la misma profesión que tiene como práctica curar las enfermedades. Para ellos no es compatible sociológicamente ser médico y enfermo. Por todo esto se podría decir que el médico se enferma diferente al resto de personas. (1,2)

El momento que el médico pasa a ser el paciente, experimenta cambios de su comportamiento habitual, lo que lo obliga a desempeñar un nuevo rol y aceptar la pérdida de la posición de poder. El cambio de estatus le genera confusión y le dificulta la

racionalización de la información científica, surgiendo la necesidad de que otro colega este a su cargo. La explicación sobre el comportamiento del problema de salud, las expectativas en cuanto al diagnóstico y el plan de manejo, le brinda seguridad y disminuye la ansiedad. (4)

Cuando se ha recuperado de su enfermedad, se vuelve más crítico consigo mismo y sus capacidades médicas. Su empatía con el dolor y el miedo de otros aumenta. Su comportamiento hacia su entorno, en particular con su familia y pacientes, puede cambiar drásticamente.(5)

Tener conciencia sobre la enfermedad suele ser uno de los momentos de mayor conflicto para un médico, la práctica profesional se ve trastornada por la enfermedad. El conocimiento médico es una práctica del curar y de poder. Un médico al caer enfermo teme perder el poder sobre su cuerpo y sobre el estatus que le otorga su profesión. Ese cambio en el rol suele empezar como una contradicción que luego se transforma en un proceso que separa al médico del resto de profesionales. (1,6)

Un paciente por más que discuta el tratamiento no varía su posición de paciente; el médico que atiende asume esa posibilidad desde una posición de poder por el conocimiento. Con el médico-enfermo esa relación con el colega que le atiende es contradictoria porque las relaciones de poder pueden ser conflictivas. Ambos médicos experimentan la presión por negociar y cambian el tono del lenguaje.(1,7)

El paciente regular espera que el médico asuma el rol activo para enfrentar la enfermedad, mientras que un médico enfermo controla y decide la manera en que quiere actuar frente

a su padecimiento. Se identifica como profesional de la Medicina cuando necesita controlar el tipo de tratamiento que recibe. Pero frente a una enfermedad grave se pone a prueba su rol de médico y ante sus colegas tiene que demostrar que conoce el lenguaje médico y puede interpretar resultados de análisis clínicos. (1,7)

Hay médicos que prefieren asumir un papel pasivo, donde dependen en gran parte de las decisiones de otros médicos. Es improbable que el médico asuma un rol de paciente porque sus conocimientos le ponen en alerta, convirtiéndose en observador sobre el tratamiento que recibe. El error puede estar en la ruptura del diálogo; o en asumir que a veces sabe más que el colega que le atiende. (1,8)

Los médicos ante un problema crónico le dan la atención necesaria de acuerdo a la severidad, y cuando esta se estabiliza, tienden a minimizar el padecimiento. El médico asume el rol de enfermo sólo cuando se trata de un padecimiento de gravedad, y eso con reservas.(8) La autosuficiencia los puede hacer vulnerables. No saben lo mismo que un especialista, pero les resulta complicado aceptar que carecen del conocimiento específico. (1,8)

El médico desarrolla miedos sobre su confidencialidad, diagnosticándose a sí mismo y auto prescribiéndose, lo que genera que no busque el correcto cuidado de su salud.(5,8)

Como paciente atípico, los esquemas normales de atención sanitaria no sirven. Es por esta razón que los sistemas sanitarios deberían capacitar e identificar a los profesionales preparados para tratar médicos enfermos y así poder proporcionarles una atención integral específica. Lo contrario, una atención deficiente por parte de un compañero, incrementa

el riesgo de estigmatización del médico enfermo y las consecuencias indeseables asociadas al hecho de ser portador de la etiqueta de paciente incómodo o difícil. (3)

JUSTIFICACIÓN

Este estudio es importante para conocer el manejo de salud de los médicos de la ciudad de Quito, entender las necesidades frente a la enfermedad que éstos tienen y la importancia del papel del médico de cabecera en su salud.

En nuestro país no tenemos estudios que nos orienten en este tema, y consideramos fundamental iniciar estudios sobre ello, para implementar conductas que puedan generar conciencia en los médicos de cómo debemos ser cuando somos pacientes, y a su vez de como debemos tratar a un colega cuando éste está enfermo.

Este estudio de investigación cualitativa se lleva a cabo entre dos investigadores y se pretende entender las necesidades frente a la enfermedad de los médicos y como se tratan, observar cuál es el papel de los médicos de atención primaria visto por sus pares, para fomentar áreas de salud de médicos para médicos, con lo que conseguiremos tener galenos más sanos y en mejores condiciones bio-psico-sociales.

CAPITULO II

MARCO TEORICO.

PARTE 1

EL ROL DEL MÉDICO COMO ENFERMO

En la comunidad, los médicos son los profesionales que deben estar entre los miembros más saludables. Sin embargo, los médicos que presentan la ventaja de tener una mejor salud se atribuye a su estatus socio-económico más que su empleo médico. Los mismos enfrentan un ligero aumento del riesgo de lesiones debido a los riesgos laborales al que están expuestos, en comparación con la población general. (10)

Muchos médicos entregan muchas horas del día y de sus semanas a la parte laboral, su vida se debate entre la atención a pacientes, estudios, investigación, etc. Pasan poco tiempo en sus hogares y las relaciones familiares se resienten. El resultado de todo esto es la auto deshumanización del médico, porque se compromete su realización como ser social y su salud. Si el ciclo sigue se producirán otros trastornos, ya psicológicos tanto en él como en su familia, con impacto directo en esta.(10,11)

Actividad y exposición

Al igual que todos los trabajadores de salud, los médicos se enfrentan a un aumento de la exposición a infecciones: gripe, tuberculosis, hepatitis B - C y VIH. Sufren menos de los cánceres asociados con un bajo nivel socio-económico como cáncer de estómago, cavidad bucal y faringe. Estas enfermedades se asocian comúnmente con la mala alimentación, el exceso de tabaco y el consumo de alcohol. (12,13)

Comparte las enfermedades de un nivel socio-económico más alto, como el cáncer de colon y los melanomas. Estas enfermedades se asocian con las dietas occidentales de alto contenido de grasa y baja en fibra, mientras que el riesgo de melanoma puede estar asociado con la exposición al sol. Al respecto a la actividad física, (14) sostienen un bajo nivel de ejercicio en comparación con la población general. Y el estrés laboral en los médicos provoca mayor riesgo de mala salud emocional y altos niveles de insatisfacción en el trabajo. Los factores de riesgo para el estrés laboral incluyen los relacionados con el cuidado de la salud de los pacientes, jornadas largas de empleo para una remuneración adecuada. (15,16)

La alta carga de trabajo de la profesión médica puede colocar presión en las relaciones personales, en particular los cónyuges y descendientes. Las relaciones personales son descuidadas a pesar que tienen prioridad sobre el trabajo. El estrés laboral puede contribuir a un alto nivel de problemas matrimoniales y el divorcio, sobre todo para las mujeres médicos.(14)

El alcoholismo ha disminuido como un problema importante para los profesionales de la medicina, el uso de las drogas es difícil de evaluar, sobre todo entre los médicos, donde el mal uso puede dar lugar a graves sanciones profesionales y sociales. Existen altos niveles de depresión y trastornos psiquiátricos entre los médicos profesionales. El mayor riesgo de suicidio para todos los profesionales de la medicina, es para las mujeres médicos. (11)

Problemas de salud

El médico cuando enfrenta su propio problema de salud, se apoya en el conocimiento que ha adquirido, lo que lo hace diferente a otros pacientes. Los cuidados que se realiza, no siempre son favorables para su recuperación. Aun así tiene el modelo de conducta común al de la población general. (1,8) La tendencia es continuar en su trabajo, a pesar de estar enfermos, niegan o minimizan los síntomas y consecuencias de su enfermedad. (17)

Existe una diferencia entre los comportamientos de los médicos para sus pacientes y para ellos mismos al proceder en la recuperación de la salud. A pesar de las guías clínicas, persiste el enfoque de *"haz lo que yo digo, no lo que yo hago"* respecto a la atención médica. (18)

Conocimiento médico

El conocimiento médico de un profesional de la salud, no es lo suficiente para solventar sus propios problemas de salud, caso contrario se vuelve autosuficiente y cae en condición vulnerable. A pesar de que el conocimiento en la práctica de curar, le otorga poder al médico frente a sus pacientes y colegas, teme perder su estatus cuando cae enfermo. Surgen pensamientos de que no puede enfermar porque él tiene la misión de curar a los enfermos en este mundo. (1,19)

El aforismo *"Doctor, cúrate a ti mismo"* entendiéndose como autodiagnóstico, parece ser aceptado y seguido por muchos miembros de la profesión médica, a pesar de las dudas sobre la eficacia de este tipo de comportamiento. Estudios realizados en Australia y Nueva

Zelanda repetidamente sugiere que menos de una cuarta parte de los médicos generales buscan consejo médico profesional sobre su propia salud, concluyen el estudio con el aforismo “*Un médico que se trata a sí mismo, tiene a un tonto por paciente*”, resaltando las consecuencias de tal actuación.(20)

Comportamiento de un médico

Los médicos tienden a no acudir a un colega a pesar de que se incrementan los riesgos de complicaciones por ignorar la mala salud, y se inclinan a auto medicarse, aumentando el riesgo de abuso de drogas. Generalmente los médicos reconocen la importancia de la salud preventiva, aunque no las realizan. (17)

El comportamiento de un médico se forja desde sus años de entrenamiento, mantiene un rol activo frente al manejo de la enfermedad, por lo que controla y decide su actuación frente a su problema de salud. Se cuestiona lo que le hacen, lo que no le tendrían que hacer, sintiéndose diferente del resto de pacientes al enfrentar una nueva forma de relación médico-paciente y comunicación con sus profesionales de la salud. Las relaciones de poder entre el médico enfermo y su colega que le atiende pueden ser causa de conflicto. Al no ser sociológicamente compatible ser médico y enfermo a la vez, el médico trata de alejarse del ambiente de pacientes y médicos que le atienden, y tiene el riesgo de ser abandonado por falta de una comunicación. (1,8)

Las características personales asociadas con la selección de la carrera de Medicina, dedicación completa al trabajo, alto nivel de empatía, deseo de prestigio social, puede provocar que los médicos sean vulnerables al deterioro de su salud emocional en la edad adulta. (17)

La Psicología de los médicos y la cultura de Medicina

La dedicación al paciente, y el exagerado sentido de responsabilidad puede implicar que el médico trabaje por largos periodos de tiempo y presente dificultad para delegar la atención por otros médicos. (12,16)

Los médicos psiquiatras Michael Myers y Glen Gabbard han plasmado sus estudios en la obra *“The Physician as Patient”*, consideran cuestiones como la singularidad de la estructura psicológica del médico que facilita o dificulta el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento, describen las enfermedades médicas y psiquiátricas más comunes en los médicos (incluyendo las adicciones), y abordan temas tales como trastornos de la personalidad, todo esto debido a que la población médica tiene sus peculiaridades a la hora de enfrentar la enfermedad. Anderson Spickard¹, señala que

¹ Anderson Spickard, Jr., MD, Profesor de Medicina, Presidente de la Facultad y Médico Comité de Bienestar, Director Médico, el Centro de Profesionales de la Salud de la Universidad de Vanderbilt Medical Center.

a menudo los médicos no son inmunes a la enfermedad física y mental, se resisten obtener ayuda para sus problemas y se suicidan con más frecuencia que otros. (12)

En la obra *“When doctors get sick”* por HN Mandell, Howard M. Spiro, se registra los relatos de los médicos, sus experiencias personales con una enfermedad grave, la pérdida de control, y revisión del sistema de atención de salud. Los médicos revelan el lado humano de la profesión médica. Describen sus experiencias con otros médicos, sus ensayos y tribulaciones en hacer frente a sus propias crisis médicas, y los efectos que la enfermedad tuvo en sus familiares y amigos. Cada médico ofrece su opinión sincera del sistema de atención de la salud según la percepción del médico como paciente, que padece de un tumor cerebral, el SIDA y la depresión; cómo se siente al ser un paciente, lo que significa ser un “médico enfermo”, cómo los médicos tratan a sus colegas enfermos, y el médico responsable excepcionalmente forzado a ceder el control y convertirse en un paciente. (21)

Negación y Obstáculos para convertirse en un paciente

El médico cuando enferma se enfrenta a la pérdida de su rol y asume uno nuevo que es el de paciente. Las dificultades de esta nueva identidad los sorprenden a todos, desde que ellos asumen de antemano lo que conocen que sucederá. Para muchos médicos, su papel

tan poderoso de sanador les impide pensamientos de sufrir enfermedad ellos mismas. Cuando lo hacen, se inicia un cambio profundo de la conciencia, no sólo en el sentido de su ser, que siempre está ligada a la función de " médico invencible", también en la forma en que ven a sus pacientes y la relación médico-paciente.(22)

El psiquiatra Robert Klitzman en su obra "*When Doctors become patients*", entrelaza relatos en primera persona de la experiencia de los médicos que caen enfermos y ver la otra cara de la moneda, como paciente. Revelan lo dramática que puede ser esta transformación, un viaje espiritual para algunos, un cambio radical de la identidad de los demás, y para algunos una nueva forma de ver los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento. Para la mayoría sin embargo, cambia para siempre la forma en que tratan a sus propios pacientes. Estas preguntas son importantes no sólo a nivel de interés humano, sino por lo que nos enseñan acerca de la medicina en el resto de países. Las experiencias que ofrece el autor en este libro, son el recurso exclusivo que señala el camino hacia un futuro más humano. (9)

RELACIONES FAMILIARES Y PERSONALES

El médico cuando enferma se debe evaluar su situación frente al padecimiento, el conocimiento y su profesión. Su rol en la familia radica en ser el cabeza del hogar con responsabilidades en la economía y resolución de problemas de salud que suceden en

algún familiar, por lo que cuando el presenta un problema de salud su estrategia es no comunicar para evitar el sufrimiento de los mismos.(1,23)

La atención al paciente, sobre todo en el área de salud mental, puede verse comprometida por la enfermedad emocional del propio médico. Los hábitos de salud de los médicos están asociados con los consejos que dispensan a sus pacientes. (11,17)

Como médicos nos consideran capaces de cuidar de nosotros mismos, sin embargo la realidad es muy diferente. Alrededor de 40% de médicos no tienen un médico de familia debido a la existencia de barreras como la vergüenza, el miedo de la notificación y la confidencialidad. (17)

Los esfuerzos por inculcar el uso racional de los medicamentos y la búsqueda de ayuda cuando está el médico enfermo, se debería empezar en las escuelas de Medicina. (24)

La solidaridad de los colegas con el médico como paciente, contribuye a enfrentar su enfermedad, para no caer en el aislamiento. Los matrimonios de médicos se apoyan mutuamente en la necesidad, asumiendo el cónyuge el papel de médico e interlocutor. Los dos son observadores del proceso de atención, pero es en la pareja en donde recae el peso de la información, además de la toma de decisiones.(1,25)

Un médico enfermo puede tener un apoyo afectivo importante, o bien sufrir el abandono de familiares y amigos. En una enfermedad grave la dificultad está en la manera de sobrellevar el sufrimiento. Estas situaciones convulsionan las relaciones familiares porque la enfermedad irrumpe en la persona que menos se espera que enferme. El médico

suele evitar comunicar la enfermedad a su familia y amistades el mayor tiempo posible. Tal vez porque uno de los roles del médico es el de disminuir el miedo a la enfermedad en el paciente, y cuando ellos enferman aplican la misma actitud. Ocultar información es una manera de mantener poder y así el estatus de médico. (1,8)

El carácter autosuficiente que tiene el médico no le suele permitir darse cuenta de que es posible que existan otras formas de enfrentar la enfermedad. Los médicos delimitan primero la enfermedad, buscan el tratamiento más ventajoso y al mejor especialista. Su papel es activo frente a la enfermedad. Sin embargo, ese sentido de autosuficiencia disminuye cuando se entra en el período de recuperación. Entonces es cuando suelen abandonarse al cuidado familiar tal vez se trata de conseguir que la familia se sienta útil en el proceso de recuperación.(1,7)

INTERACCIONES PROFESIONALES

La conducta del médico-enfermo se puede entender mejor a través de sus relaciones con los colegas que le atienden. El médico adquiere un lenguaje técnico que acostumbra a

utilizar con otros profesionales como una manera de identificación. Cuando el médico cae enfermo parte de ese aprendizaje se mantiene, tanto para recibir un trato diferente del que se da a los pacientes como para sentirse con autoridad. (1,8)

A veces la amistad puede hacer que el médico prefiera utilizar canales diferentes para entrar en el mundo sanitario y para ser atendido. El hecho de ser manejado por un médico conocido con el que hay un vínculo de amistad, provoca cambios en las rutinas de trabajo de los colegas, una cierta ruptura en las pautas de atención médica, y cuando se producen cambios en el comportamiento de la atención médica se corre el riesgo de que se produzcan errores. En cambio cuando se le trata como a cualquier paciente su angustia aumenta, pues carece de los elementos culturales para tener una fe ciega ante los colegas y el tratamiento.(1,9)

Cuando apenas se reconoce el estatus profesional los colegas suelen ocultar información, sobre todo en padecimientos en que el diagnóstico (o el pronóstico) no está claro. Parece que a los médicos (enfermos y los que atienden) la enfermedad les coge por sorpresa, pero de forma igual al médico-enfermo que a los colegas que le atienden, la enfermedad en el médico evidencia la realidad de que ni ellos están libres de padecer una enfermedad de cierta gravedad. (1,11).

ERRORES MÉDICOS

Las equivocaciones médicas suelen tener un efecto diferente en los médicos-enfermos que en el resto de la población enferma. Una razón es que el paciente suele mantener ignorancia frente a su enfermedad mientras que el médico que cae enfermo asume la responsabilidad de controlar la atención que recibe. Es probable que el médico considere los errores de la profesión desde otra perspectiva. Se aceptan los fallos porque el médico comparte la responsabilidad médica frente a la enfermedad y vigila los tipos de tratamiento. (1,9)

Es usual hablar de los errores médicos dentro de la profesión y de la población. Pero hay otras circunstancias en que el médico observa deficiencias de la Medicina en su práctica dentro de la consulta o bien en el hospital. Estas observaciones se agudizan cuando el médico cae enfermo. Porque en su situación de paciente puede percibir errores que incluso suelen pasar desapercibidos a otros enfermos.(1,12)

Algunos médicos reciben una atención informal por parte de colegas; entre estos profesionales el control de la enfermedad es responsabilidad del médico-enfermo. Son conscientes de que incumplen reglas médicas sobre el diagnóstico, pero carecen de reglas establecidas para enfrentar su padecimiento. Su cotidianeidad frente a la enfermedad les impide comportarse de manera pasiva. La autonomía sobre el control de su cuerpo permite al médico evitar ciertos tratamientos. Sin embargo, a veces la independencia que tienen para elegir su tratamiento les puede llevar a cometer ciertas equivocaciones. (1,7)

¿PARA QUÉ SIRVE EL CONOCIMIENTO?

El médico tiene un conocimiento amplio sobre enfermedades y descubre la dificultad de definir la salud a través de su experiencia como enfermo, prefiere ocultar su padecimiento, lo vive como una experiencia única y trata de igualarse al comportamiento que tienen otros enfermos. Se cuestiona sobre su padecimiento, se pregunta cómo puede alterar sus relaciones con las demás personas y en especial lo relativo a su profesión. El médico evita al máximo el comportarse como paciente. (1,26)

El conocimiento del médico cuando es poco eficaz para curar la enfermedad se transforma en incertidumbre, puede generarle angustia si se descubre que hay pocas posibilidades de recuperación, le permite saber hasta qué punto puede recuperar su salud. Le puede convertir en un mal paciente, porque evalúa a quien le trata permanente e inconscientemente. La enfermedad suele ser vivida por el médico-enfermo como una prueba. (1,7)

Sus conocimientos le pueden ayudar a enfrentar el padecimiento, puede optar por una actitud activa o pasiva frente al padecimiento, determinando un rompimiento con la idea clásica del comportamiento del paciente. *Conocimiento, profesión, espacio, tiempo* son, las variables que se ponen en interrelación cuando el médico cae enfermo. Además del conocimiento hay otros factores claves en el proceso de construcción social de la enfermedad, como es su trayectoria o carrera. (1,27)

PARTE 2

PARADIGMAS Y SOCIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD

“Los elementos y comportamientos pertenecientes al proceso de salud - enfermedad se relacionan con la cultura de los grupos sociales”. (28)

Enfermedad

El análisis de la enfermedad depende del paradigma y la perspectiva.(29) En relación al conocimiento científico aplicado a la persona en estudio. (1)

El *paradigma positivista* describe la enfermedad desde un punto de vista mecanicista o biologista (Biomedicina), prioriza la alteración orgánica en el cuerpo humano, obviando la subjetividad inherente a dicho proceso. (30)

En el proceso de elaboración de las historias clínicas se descuida interrogar en la subjetividad del enfermo, el modo de afrontar y enfrentar un problema de salud; al contrario se pone énfasis en el diagnóstico y la terapéutica de la enfermedad.(31) En un hospital se evidencia la priorización hacia la alteración orgánica, las personas son clasificadas por su patología y no por las necesidades que presentan.(29)

La *doctrina humanista* considera al paciente como una persona. Se basa en el modo en que los sujetos perciben su problema de salud y le dan significado, influenciado por su contexto social y cultural.(30)

El interés del médico por solucionar y aliviar los problemas de salud de los pacientes, considerándolos como una unidad somato-psíquica-social con creencias, valores, costumbres en relación con la sociedad y la cultura. Los pacientes son sujetos activos, escuchados, tomados en cuenta en el control y manejo de sus problemas de salud.(29)

La *perspectiva fenomenológica* pretende tratar a los enfermos como sujetos o personas débiles, dependientes, indefensos.(29)

La enfermedad se estructura en base a una triple dimensión:(29)

a) Dimensión biológica: disfunción fisiológica o estructural de base orgánica. Término inglés “*disease*” y se refiere a la enfermedad propiamente dicha. Acepciones relacionadas son el de “*enfermedad en tercera persona*”(32), “*enfermedad-enfermo*”(30) y otros autores la catalogan como “*patología o estado patológico*”.(33)

b) Dimensión subjetiva: trata de responder a la pregunta de cómo se siente el sujeto, cuáles son sus vivencias, cómo afecta a su vida. En relación a la experiencia cultural y personal de la enfermedad.(29,34) En inglés se emplea el término “*illness*”; otras acepciones son “*enfermedad en primera persona*”(32) , o “*padecimiento-paciente*”.(30)

c) Dimensión simbólico-social: permite dar cuenta de las “condiciones sociales e históricas de elaboración de las representaciones sociales del enfermo y de las del profesional de la salud, cualquiera que sea la sociedad involucrada” Jean Benoist. (34,35)

Padecimiento

La Real Academia de la Lengua Española lo define como la “acción de sufrir daño, injuria, enfermedad, etc.”. Sufrimiento y padecimiento son dos constructos íntimamente conectados entre sí.(1,23,29)

En la literatura científica, el autor Casell aporta a la definición de “*sufrimiento*”. Se refiere a un “estado de pena severa asociada a acontecimientos que el sujeto percibe como una amenaza a su persona y que continúa mientras permanezca esa percepción y no se restaure su integridad”, en muchas ocasiones por mecanismos de *afrontamiento*. Entendiendo *afrontamiento* como una respuesta defensiva que la persona desarrolla en un contexto o situación particular.(23,29)

El “padecimiento” es inherente a la enfermedad, es una experiencia vivida en su totalidad y se ampara fundamentalmente en su dimensión subjetiva, es decir, trata de explicar “cómo la persona vive con su enfermedad”.(1,29) “Fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en el cual los individuos enfermos y los integrantes de su red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos” Mercado-Martínez.(36)

El padecimiento de la persona con un problema de salud presenta varias etapas: las molestias físicas o sintomáticas (*disease*), las interpretaciones o significados para la persona que lo está viviendo (*illness*)(36). Las interpretaciones se basan en la

intrasubjetividad e intersubjetividad de los sujetos inmersos en un contexto cultural determinado (*sickness*). (29,37) No siempre todas las experiencias de padecimiento tengan por qué acompañarse de sufrimiento. (29)

Estudios de investigación (Blanca Gutiérrez et al. y Solano et al.) describen el padecimiento de los pacientes coronarios en Unidades de Cuidados Intensivos. “El miedo acompaña al padecimiento de esta enfermedad, el cual no sólo afecta a dimensiones esenciales de la enfermedad -miedo al dolor, al sufrimiento, a las posibles secuelas, a no recuperarse-, sino que también afecta a esferas de la vida de los sujetos como las relaciones familiares, el trabajo, la realización de tareas domésticas o el ocio”. (23,29)

El padecimiento desde la teoría de las representaciones sociales de Moscovici

Los Modelos explicativos del padecimiento se fundamentan en la construcción social de la realidad. La perspectiva de Bourdieu (38) considera que “todo sujeto dispone de una serie de condicionantes existenciales de tipo social, económico y cultural que generan un esquema o estructura *-habitus-* de prácticas y representaciones que utilizará para organizar sus acciones y dar respuesta a la enfermedad”. (29)

Jodelet define a las “representaciones sociales como los conocimientos específicos que proceden del sentido común y que son utilizadas por el sujeto para comprender e interactuar con el entorno social”. Banchs señala que la “representación social condiciona la comprensión del entorno, pero a su vez estas representaciones emergen y son condicionadas por la interacción del sujeto con su entorno social y cultural”.(23,29)

En la Psicología social francesa se registra la teoría por Serge Moscovici. Partiendo del concepto de *representaciones colectivas* de Durkheim, Moscovici considera a la “representación social como una modalidad particular de conocimiento que condiciona el comportamiento del sujeto y su integración e interacción con otros miembros de su grupo social ante un determinado fenómeno, partiendo, tal y como apuntaba Jodelet, del conocimiento del sentido común acerca de ese fenómeno”.(29,39)

Los cuatro elementos que integran esta teoría son: (29,39)

1. Condiciones de emergencia de la representación social:

a) Dispersión de la información: cantidad y variedad de información de la que se dispone acerca de un fenómeno.

b) Focalización: atractivo o pertinencia que ese fenómeno genera en el individuo y en el colectivo en el que está inmerso.

c) Presión a la inferencia: necesidad de indagar en el conocimiento social de ese fenómeno fruto de la focalización del mismo. Es decir hay una “obligación social” que implica dar respuesta y definir una posición social frente a ese fenómeno.

2. Dimensiones de la representación social:

a) La información: conocimientos que un individuo posee acerca de un determinado fenómeno de naturaleza social. Esa información se forma en los individuos en sus relaciones cotidianas.

b) El campo de la representación: jerarquización que se hace del contenido de una representación, encontrándose variación intra e intergrupo. Implica considerar la globalidad del campo de la representación.

c) La actitud: aspecto emocional de la representación, o lo que es lo mismo, al posicionamiento -en base a los sentimientos, creencias etc.- favorable o desfavorable del sujeto hacia la misma.

3. Dinámica de la representación social:

Moscovici identifica dos procesos de índole social que permiten convertir un conocimiento en representación social y a ésta otorgarle poder de influencia o cambio sobre lo social:

a) Objetivación: explica el paso de un conocimiento científico sobre el fenómeno que se quiere representar al dominio público., presenta cómo los elementos de la ciencia se articulan en una realidad social.

b) Anclaje: la socialización de la representación del fenómeno en el grupo social, hace funcional a la representación en el grupo social, en tanto que modela las relaciones sociales y el modo de expresarse.

4. Determinación de una representación social:

Explican el papel que juega tanto el individuo como la sociedad en el proceso de construcción de una representación social. Así las condiciones históricas y socioeconómicas de una sociedad configuran lo que se denomina como *determinación social central*, que se encarga de regular el surgimiento y el contenido de la representación, mientras que la *determinación social lateral* es la que alude a la subjetividad del individuo, más ocupada de los aspectos cognoscitivos y expresivos del proceso.(29,39)

El estudio de las representaciones sociales del padecimiento comprenden no sólo información sobre las concepciones colectivas de lo que constituye el enfermar, padecer y atender una enfermedad, sino también sobre cómo estos procesos fueron construidos y

reelaborados a la luz de las experiencias personales y las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones.(23,29)

El papel del profesional en el padecimiento ante la enfermedad

La humanización de la asistencia en salud es labor de los profesionales médicos y pacientes. La subjetividad de la enfermedad, el papel del profesional encaminado en prestar un apoyo con el padecimiento, para lo cual se requiere de una adecuada formación en terapéutica médica.(23,29)

PARTE 3

ATENCIÓN MÉDICA INTEGRAL

Programa de Atención Integral al Médico Enfermo

Programa creado de médicos para médicos, pionero en Europa, Estados Unidos, Canadá o Australia. Pretende superar las barreras que impiden el médico se vea como paciente, como es pedir ayuda cuando detecta que se comienza a deteriorar su salud. (13,16)

Tiene como objetivo:

- a. Conseguir que el médico enfermo se sienta respaldado y,
- b. Dar una garantía todavía mayor de protección a los pacientes, la garantía de que el médico que los atiende está en condiciones óptimas para ejercer.

El apoyo a los colegas de profesión no se basa en el encubrimiento de situaciones de riesgo. No se limita a la asistencia médica especializada y a los tratamientos, además los aspectos legales que pudieran derivarse.(13)

Los profesionales encargados del cuidado de la salud de los médicos, asisten en problemas psiquiátricos, salud laboral, investigación, prevención de enfermedades y promoción de la salud.(40)

La Medicina Familiar y Comunitaria en Ecuador

A nivel mundial

La importancia de esta especialidad radica en que los sistemas de salud basados en una atención primaria de calidad, son los más eficientes, equitativos y rentables. Tiene como objetivo el mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades. El médico de familia tiene un importante papel que desempeñar en la vida de todas las familias, de todas las comunidades, en todos los países del mundo. (41,42)

La Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) es una organización fundada en 1972. Cuenta con 126 organizaciones miembros en 102 países con la membresía de cerca de 300.000 médicos de familia y más del 90 por ciento de la población mundial. La Misión es mejorar la calidad de vida de los pueblos del mundo a través de la definición y promoción de sus valores, como el respeto por los derechos humanos universales y que incluye la equidad de género, y el fomento de los altos estándares de atención en medicina general práctica / familia.(41)

En Ecuador

La especialidad toma en cuenta la necesidad del Sistema Nacional de Salud Ecuatoriano para implementar un proceso de atención médica de calidad. Por lo que se ha iniciado la capacitación a médicos generales a nivel nacional en los principios filosóficos y prácticos de la Medicina Familiar, con el objetivo de desarrollar conocimientos, destrezas y actitudes para el mejor desempeño profesional, fortaleciendo el modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural para la comunidad ecuatoriana. (43)

La formación de especialistas en Medicina Familiar en Ecuador se inició en el año 1987. El médico familiar en el Ecuador está capacitado en brindar atención personalizada al paciente y la comunidad. Los especialistas tienen una formación científica y tecnológica actualizada, mantienen una relación estrecha y humanista con el paciente – comunidad, dan servicio de calidad optimizando los recursos disponibles. (44)

Oferta y Demanda de Servicios de Salud en Quito

El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. La Sociedad de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA) y la Cruz Roja Ecuatoriana son entes privados que actúan dentro del sector público. (45)

Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y financiamiento propio. (46) Del total de personal que trabaja en establecimientos públicos de salud, más de la mitad lo hace en el MSP; le sigue el IESS.(47)

Con respecto a la distribución política administrativa del País, la provincia de Pichincha contiene al 14,03% (573 Establecimientos de Salud con/sin Internación Hospitalaria). En la provincia de Pichincha las instituciones proveedoras de salud crecieron de 484 en el

2002, a 573 en el 2011. En las instituciones públicas y privadas de salud laboran para el año 2011, aproximadamente 6801 médicos de un total nacional de 25227, esto representa el 26.95% del total nacional.(48)

El recurso humano que trabaja en las instituciones de salud del Distrito Metropolitano de Quito es importante en el ámbito público como privado: el 22% y el 27% del total nacional respectivamente. En relación a Pichincha, la cifra se eleva considerablemente: 89% en el caso del ámbito público, y 85% en el sector privado. (47)

PARTE 4

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

Estudios Cualitativos en Salud

Son descripciones de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observados. Tienen como objetivo comprender la complejidad de los fenómenos sociales a partir de los significados que los sujetos le conceden. (49)

Las características se resumen en el siguiente cuadro:(49,50)

Característica	Investigación cualitativa
Foco	Qué existe y por qué, opiniones, percepciones
Tipo de conocimiento	Tiende a ser un proceso permanente de evolución. Estudia los fenómenos dentro de un contexto
Diseño	Flexible, abierto y circular
Recogida de información	Intensiva
Diseño muestral	Intencional (muestras pequeñas)
Técnicas	Entrevista, observación, análisis documental
Variables	Se van agregando y refinando en el campo

Datos	Narrativos
Calidad de la información	Enfatiza la validez
Análisis	Inductivo, generación de teorías
Interacción	Flexible
Investigador	Se reconoce parte del proceso (al involucrarse con los sujetos de estudio en su propio ambiente)

Importancia de la Investigación Cualitativa en Salud

Tres factores que justifican la tendencia al crecimiento de estos estudios en la Salud Pública y la Investigación de Servicios de Salud, son:(51)

- a. La importancia de evaluar las necesidades de salud de los individuos desde una perspectiva más integral y dinámica, requiere profundizar en el conocimiento del sustrato socio-cultural y de los valores como condicionantes esenciales, tanto de su presente como de sus expectativas respecto de lo que debería ser una «vida sana» y «bien atendida» en los diferentes momentos de su existencia. La problemática del Sida generó los primeros trabajos cualitativos en salud entre nosotros, y en la actualidad son las enfermedades crónicas, el cáncer, la calidad de

vida relacionada con la salud o la atención al anciano, algunos de los principales temas.

- b. La «descontextualización controlada» en que tiene lugar la gran mayoría de los estudios experimentales, relativiza forzosamente el conocimiento de la efectividad de las acciones en salud, siendo preciso prolongar su seguimiento evaluativo hasta que éstas tienen lugar con personas «recontextualizadas» en su medio habitual. Es decir, en realidades concretas donde variables como la edad y el género recobran su verdadero significado, donde las pluripatologías son la norma, y donde el transcurso de la enfermedad tiene lugar en el entramado de las interrelaciones humanas, tanto sanitarias como no sanitarias.
- c. Las repercusiones del contexto social y cultural afectan no sólo a las personas y a las poblaciones, además afectan el quehacer de los profesionales sanitarios, condicionando su visión de la asistencia, de su profesión, de sus vínculos con otros profesionales y otros estamentos, de su papel en el sistema sanitario y, por supuesto, de la justificación y el sentido que para ellos tienen tanto la investigación como la propia ciencia.

Métodos Cualitativos

Los métodos cualitativos son útiles para la comprensión en profundidad de un fenómeno que se desea investigar o evaluar desde el punto de vista de los propios sujetos implicados.(52)

En el proceso de recolección de datos, se cuenta con cuatro tipos básicos de técnicas cualitativas: (49,50)

a) La observación: contemplar sistemática y detalladamente el desarrollo de la vida social, sin manipularla ni modificarla, permitiendo que siga su curso de acción. Implica un encuentro entre el observador y los sujetos observados.

Factores de error se consideran estar influenciada por la subjetividad del observador, y fallas en la recolección de la información.

b) La entrevista: conversación interpersonal, arte de formular preguntas y escuchar respuestas verbales a las interrogantes planteadas en una investigación en salud. Es una técnica eficaz para conocer percepciones, aptitudes, valores y opiniones de los distintos actores que intervienen durante la prestación de los servicios de salud. Se clasifica según el grado de estructuración (semiestructurada o estructurada), y el número de participantes (individuales y grupales).

c) El análisis documental: analizar la información registrada en materiales duraderos (documentos escritos y/o visuales). Se caracteriza por la clasificación sistemática, descripción e interpretación de los contenidos; de acuerdo con los objetivos del estudio. Los datos obtenidos pueden usarse de igual forma que los obtenidos de entrevistas y observaciones.

d) Técnicas participativas: se utilizan como un complemento a las anteriores técnicas. Se utiliza en proyectos participativos. Comprenden las técnicas creativas (lluvia de ideas), técnicas de consenso (jerarquización de ideas por los participantes), y técnicas proyectivas (opiniones a través de la reflexión).

Estándares y criterios de calidad

La variabilidad en la práctica profesional ha sido y es uno de los elementos que con más fuerza ha contribuido a impulsar el diseño de estándares y criterios de calidad basados en el referente de una deseada «evidencia científica».(51)

Por triangulación se entiende la utilización en combinación de varias técnicas cualitativas de recolección de datos.(52,53)

Análisis de los problemas de salud desde una perspectiva social y cultural

El análisis de contenido o el análisis del discurso, permiten entender las formas de comunicación y analiza la ideología que se oculta tras el lenguaje. La tradición sociológica y antropológica nos permiten conocer el contexto donde surgen los fenómenos y elaborar propuestas teóricas para explicarlos, como es el caso de la etnometodología, la inducción analítica o la teoría fundamentada. (54)

TEORIA FUNDAMENTADA (FUNDADA)

Teoría Fundamentada o Teoría Anclada (Grounded Theory) descrita por Glaser y Strauss, tiene como origen la Escuela de Sociología de Chicago y en el desarrollo del Interaccionismo Simbólico a principios del Siglo XX. Es una teoría enfocada al método de la investigación cualitativa.(54,55)

“La teoría fundamentada es una metodología para descubrir teorías que dormitan en los datos” (Strauss, 2004:51). Utiliza el método inductivo. Este método teoriza sobre problemas muy concretos que podrán adquirir categoría superior en la medida en que se le agreguen nuevos estudios de otras áreas sustanciales. “El investigador no pretenderá probar sus ideas al generar teoría fundamentada, sino sólo demostrar que son plausibles”.(54,56)

El proceso de análisis en la teoría fundamentada es sumamente dinámico y creativo. Se basa en dos estrategias fundamentales: el método comparativo constante (la recolección de la información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente), y el muestreo teórico (se seleccionan nuevos casos en función de su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrollados). El investigador está más interesado en generar teoría que en describir los datos, y de esta forma se logra construir el conocimiento basado en la experiencia de los propios sujetos. (54)

Requiere un acercamiento íntimo al objeto de estudio, ya que más allá de los datos recogidos se analizan las acciones generadas por este. No se busca controlar variables, sino comprender por qué suceden los acontecimientos sociales y esto se hace desde la perspectiva de las personas involucradas en dicha situación, además de saber escuchar los

testimonios se deben dejar de lado los prejuicios personales ya que eso puede coartar el relato y su sentido. (55,56)

El propósito de la teoría fundamentada se enfoca en la interpretación de las propias personas que generalmente son el objeto de estudio. En etapas tenemos: la descripción que abarca los sucesos y situaciones de estudio, luego en la codificación abierta donde se dividen en categoría, y el muestreo abierto donde se busca mayor oportunidad de descubrimiento.(54,55)

“Aunque la característica primordial de este método es la fundamentación de conceptos en los datos, la creatividad de los investigadores también es un ingrediente esencial” (Sandelowski, 1995^a). (56)

Análisis Cualitativo

Es un proceso dinámico y creativo que se alimenta, fundamentalmente, de la experiencia directa de los investigadores en los escenarios estudiados. Los datos son heterogéneos y provienen tanto de entrevistas (individuales y en grupo), como de observaciones directas, de documentos públicos o privados, de notas metodológicas, etc., cuya coherencia en la integración es indispensable para recomponer una visión de conjunto. Aunque todos los datos son importantes, se precisa de una cierta mirada crítica para distinguir los que van a constituir la fuente principal de la teorización (ej. un relato biográfico) de los que sólo aportan información complementaria.(54,57)

Además es un proceso sistemático, riguroso y creativo que consiste en clasificar, deducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos. (49,50)

Tenemos dos estilos que son complementarios:

- a. En el análisis de contenido partimos de la información recabada en el estudio (entrevistas, observaciones, revisión de documentos) para identificar los temas importantes que dijeron o quisieron decir. (54,58)
- b. En el análisis del discurso, se interpreta la información recabada en función de las bases teóricas que el grupo de investigadores se haya formulado. (54)

La Codificación hace referencia al proceso a través del cual fragmentamos o segmentamos los datos en función de su significación para con las preguntas y objetivos de investigación. Implica un trabajo inicial para preparar la materia prima que luego habrá de ser abstraída e interpretada. La codificación nos permite condensar nuestros datos en unidades analizables y, así revisar minuciosamente lo que nuestros datos nos quieren decir. La codificación nos ayuda a llegar, desde los datos, a las ideas.(57,59)

Huberman y Miles proponen tres subprocesos vinculados entre sí para realizar el análisis:(54,57)

- a) La reducción de datos, orientada a su selección y condensación y se realiza bien anticipadamente (al elaborar el marco conceptual, definir las preguntas, seleccionar los participantes y los instrumentos de recogida de datos), o una vez recolectados mediante la elaboración de resúmenes, codificaciones, relación de temas, clasificaciones, etc.
- b) La presentación de datos, orientada a facilitar la mirada reflexiva del investigador a través de presentaciones concentradas, como pueden ser resúmenes estructurados, sinopsis, croquis, diagramas, etc.
- c) La elaboración y verificación de conclusiones, en la que se utilizan una serie de tácticas para extraer significados de los datos, como pueden ser la comparación/contraste, el señalamiento de patrones y temas, la triangulación, la búsqueda de casos negativos, etc.(54,57)

CAPITULO III

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.-

¿Qué hacen los médicos de la ciudad de Quito cuándo tienen un problema de salud?

OBJETIVOS

GENERAL:

- Evaluar el proceder de los médicos de la ciudad de Quito respecto al manejo de sus problemas de salud.

ESPECIFICOS:

- Valorar las conductas de los médicos cuando tienen un problema de salud.
- Examinar los cuidados de salud de los médicos y su participación en el diagnóstico y tratamiento de sus problemas de salud.
- Estimar la importancia de un médico de cabecera para los médicos.
- Valorar al médico cuando cambia al rol de paciente.

HIPÓTESIS:

- Los médicos de la ciudad de Quito se automedican y se auto tratan las patologías hasta que éstas salen de sus capacidades o revisten mayor complejidad.
- Los médicos de la ciudad de Quito no tienen un médico de cabecera que se encargue de la evaluación, control y manejo de sus patologías.
- Los médicos de la ciudad de Quito tienen una participación activa en el proceso de diagnóstico y manejo de sus problemas de salud.
- Los médicos de la ciudad de Quito son pacientes difíciles de manejar.

METODOLOGIA

1. Universo y muestra:

Encuestas

Estas como un primer acercamiento al comportamiento de los médicos en el cuidado de su salud y sus conductas frente a la enfermedad.

Se aplicó una encuesta a 600 médicos haciendo uso de sus correos electrónicos y entrega del documento impreso en sus casilleros de las instituciones de los que fuimos autorizados, a partir de Septiembre de 2013 hasta Enero de 2014. Se decidió trabajar con el universo de médicos de la ciudad de Quito, integrantes de las instituciones de salud y sociedades médicas, previa petición de la autorización para llevar a cabo el presente proyecto de

investigación en hospitales públicos y privados, universidades públicas y privadas, federación - colegio y sociedades médicas.

Las personas que participaron, llenaron un consentimiento informado, vía electrónica o en medio impreso, con los detalles e implicaciones del presente proyecto de investigación, recalcando la confidencialidad de los participantes.

Recibimos respuesta afirmativa a las encuestas de 163 médicos de la ciudad de Quito, por correo electrónico, usando como herramienta Google Drive, donde respondieron 103 médicos, y en encuestas físicas donde respondieron 60 médicos.

La encuesta consto de 4 partes: Consentimiento informado, Datos personales (Sin nombres ni apellidos), Información relevante al tema de la investigación, Participación voluntaria en la entrevista.

Las preguntas del tema de investigación fueron:

¿Se ha enfermado Usted en los últimos cinco años?	SI	NO
¿Ha requerido atención médica?	SI	NO
¿Tiene Usted alguna enfermedad crónica?	SI	NO
¿Se realiza Usted controles de salud regularmente?	SI	NO

Entrevistas

En un segundo momento se realizó entrevistas semi estructuradas a un grupo de veinte médicos de la ciudad de Quito, entre octubre de 2013 y marzo de 2014, acerca de sus conductas cuando tienen algún problema de salud y sobre su autocuidado.

Se realizó un proceso de segmentación por medio de selección teórica estratificada de los participantes. Este proceso de segmentación fue de acuerdo a edad, género, especialidad y área de trabajo.

Previa a una explicación de los motivos del estudio, y luego de la aceptar participar en el mismo, se entrevistó a diez médicos de género masculino y diez médicas de género femenino, de edades comprendidas entre 26 y 66 años; de varias especialidades: Medicina Familiar, Pediatría, Medicina Ocupacional, Ginecología, Neonatología, Cirugía General, Anestesiología, Emergencias, Oftalmología, Medicina Interna, Microbiología, Traumatología, Cuidados Paliativos, Medicina General, Docentes; de diversas áreas de trabajo e instituciones de salud en la ciudad de Quito. Tres médicos entrevistados fueron estudiantes de postgrado.

Para la realización de las entrevistas, primero realizamos una categorización inicial, en base a nuestras hipótesis tentativas y a lo revisado en el marco teórico, lo que nos orientó para la realización de las preguntas de la entrevista:

- Conductas de los médicos cuando se enferman.
- Cuidados de salud de los médicos.
- Participación en el diagnóstico y manejo de la enfermedad.
- Manejo de la enfermedad y médico de cabecera.
- Cambio de rol.

Las preguntas de la entrevista fueron las siguientes, mismas que se mezclaron con preguntas no estructuradas, de acuerdo a cada caso:

1. ¿Qué hace Usted cuando tiene un problema de salud?
2. ¿Qué piensa de los controles de salud?
3. ¿Considera importante tener un médico de cabecera?
4. ¿Cómo se ha sentido en el rol de paciente?

Genogramas:

Durante la entrevista con cada médico, se registró su genograma respectivo para evaluación de su funcionalidad familiar. El diseño de los Genomapas se realizó en el software GenoPro para su análisis.

2. Análisis de datos:

Para guardar la confidencialidad el análisis lo realizamos los autores, con revisión posterior del director del proyecto de investigación para mayor objetividad de los mismos.

Las respuestas de las encuestas se analizaron para determinar de manera general el comportamiento de los médicos frente a la enfermedad y los cuidados de su salud.

De las entrevistas gravadas, se transcribieron textualmente las respuestas y fueron analizados mediante análisis de contenido cualitativo, en base a la técnica de codificación propuesta por Auerbach y Silverstein. Este proceso de codificación se realizó manualmente. Se buscaron las ideas repetidas hasta alcanzar la saturación de cada tema, estas ideas repetidas se agruparon en temas comunes y a partir de estos se definieron algunos constructos teóricos que actuaron como ejes descriptivos y posteriormente interpretativos de las experiencias enunciadas por los médicos. (60)

El empleo del Genograma en el presente trabajo radica por ser un recurso invaluable en el proceso de evaluación de una persona en su entorno familiar. (61)

De los Genogramas realizados se tomó en cuenta su valor descriptivo, roles e interacción de los sistemas familiares. El diseño de los Genomapas se realizó en el software GenoPro versión 2.5.4.1 con clave de registro temporal.

Se resaltaron las categorías encontradas tras la revisión de las entrevistas efectuadas. Al comparar los resultados del estudio con la información obtenida de la revisión de la literatura se procedió a formular la teoría.(62)

La credibilidad como criterio de validez interna, tiene como estrategias: “La triangulación (observación permanente de espacio, tiempo y métodos), Recogida de material para contrastar información, Coherencia interna del informe de investigación, Comprobaciones de los participantes”. (63)

3. Tipo de estudio.-

Cualitativo, con análisis de contenido, en base a Teoría Fundada.

4. Criterios de Inclusión.-

Médicos de la ciudad de Quito que aceptaron la realización de la entrevista por medio físico y/o electrónico, previo el llenado del Consentimiento Informado.

5. Criterios de Exclusión.-

Médicos de la ciudad de Quito que se negaron expresamente al estudio.

6. Instrumentos.-

Encuesta, entrevista, genograma.

CAPITULO IV

RESULTADOS.

Encuestas:

Se realizaron 163 encuestas, 103 son por correo electrónico y 60 por medio físico.

De los participantes estudiados, en proporción equivalente fueron hombres y mujeres, en edades que comprenden entre los 26 y 82 años, con un promedio de edad de 42 años. Los mismos que trabajan en instituciones públicas y privadas en la ciudad de Quito.

Predominan los médicos de áreas clínicas que laboran en hospitalización de la ciudad de Quito.

Presentan problemas de salud durante los últimos cinco años la mayoría de los encuestados, quienes tienen antecedente de sufrir de enfermedades crónicas.

La mayoría de ellos cuándo se encuentran enfermos, afirman no solicitar atención médica.

Con respecto a los controles de salud, la mayoría de ellos afirma que no se los realizan con regularidad.

Entrevistas Semiestructuradas:

Se realizaron veinte entrevistas semiestructuradas, de las cuales se recabó información que fue categorizada y que llegó a saturación.

De la población estudiada la mayoría se automedican cuando tienen un problema de salud. Muy pocos acuden al médico directamente, la mayoría afirman que van al médico solo cuando el cuadro es grave, a su criterio, y algunos de ellos no van.

“Consulto a un colega si es algo importante, sino pues me automedico yo mismo para problemas menores” (E13 RC)

“Busco atención médica la verdad cuando realmente creo que algo se ha complicado, que sale de mis manos.” (E2MY)

“Bueno cuando tengo un problema de salud lo que trato es de ver qué síntomas tengo, me doy el medicamento de acuerdo a los síntomas, lamentablemente no me hago exámenes sino sólo me doy ante la sintomatología, estoy consciente que no es lo correcto.... Busco atención médica realmente cuando he estado grave.” (E3LV)

Con respecto a los controles de salud, la mayoría de ellos valoran su importancia, pero la mayoría no se los realizan, y son pocos los que efectivamente tienen controles de salud. Hubo un grupo pequeño de médicos que no consideran importantes los controles de salud.

“Por lo general yo difundo [los controles de salud] a mis pacientes pero no los cumpla”

(E12 FY)

Cuando se investigó sobre su opinión de la importancia de tener un médico de cabecera, la gran mayoría de participantes afirmaron que es muy importante un médico de cabecera que conozca la historia completa del paciente y sepa darle un acompañamiento en el tiempo, pero la mayoría de galenos no tienen médico de cabecera y solo algunos sí lo tienen. Un par de ellos piensan que no es importante un médico de cabecera, cabe recalcar que fueron médicos saludables.

“Es importante tener un médico de cabecera que conozca de todo lo que es nuestra historia, puede ser que no tengamos una cosa muy importante, pero cuando hay algún síntoma o signo que sugiera que algo está mal, pueda tomar medidas oportunas, intervención pronta en caso de que no sea un diagnóstico bueno” (E18 KV)

Cuando se les preguntó cómo se sintieron en el rol de pacientes, la mayoría de médicos contestaron que es desagradable ser paciente, pasar al otro lado, sintieron ansiedad por este cambio de rol. Los restantes afirmaron que no tuvieron problema al cambiar de rol, que se sintieron confiados del trabajo de sus colegas y que recibieron muy buen trato de todo el personal, que ya los conocían, porque se hicieron atender en su lugar de trabajo.

“Estar en el otro lado [rol de paciente] es difícil. No se compara en nada, solo en ese momento uno aprende a ver muchas cosas....” (E18 KV)

Durante las entrevistas, de las preguntas no estructuradas y de las opiniones de los galenos, la mayoría de ellos afirmaron que el conocimiento de medicina les produce ansiedad a la hora de ser pacientes, porque esto les lleva a pensar en cosas de mayor gravedad y el saber todo lo que puede pasar con su cuadro es muy angustiante.

“Ser paciente es horrible. Y es peor si sabes el procedimiento, las consecuencias, los efectos adversos. Creo que si es más estresante que desconocer, confías más” (E20 JZ)

Para muchos de los médicos el haber sido paciente generó un aprendizaje para la práctica clínica, afirman que esto les ha enseñado a ser más empáticos con sus pacientes y que se los puede comprender más en su sufrimiento y lo angustiante que puede ser la posición de paciente, así como también sirvió para que estudien más del tema, aprenden mucho de su enfermedad, porque se sienten obligados a saber todo de lo que les está pasando, el curso de la patología y su pronóstico, así como también las complicaciones.

“Como cirujana esto me ha ayudado bastante, porque he leído bastante acerca de obstrucción intestinal. Uno lee más, lee más, lee más, porque uno también se trata como uno, y cuando viene el paciente por ejemplo con un dolor abdominal, yo ya sé que está obstruido porque yo le comienzo a preguntar lo que yo siento y sé que ese paciente tiene, entonces como que uno se pone en posición del paciente y sabe qué es lo que está pasando, es diferente lo que dice en la evidencia, en el libro...”(E15RC)

Esto se asocia directamente con la dificultad de entrar en el rol de paciente, porque siguen interviniendo directamente y a su vez con el tema de que el conocimiento puede generar ansiedad porque profundizan en todas las posibilidades que pueden darse, y por ende se relacionan con las malas también.

“Sí claro, mi hice un eco de mamas para estar tranquila, dije: esto me atormenta y bueno encontramos que era tejido fibroso, estaba bien el tejido fibroso y ahí si con eso fui donde el ginecólogo y me dijo que todo estaba bien, no vamos hacer nada toma vitaminas y etcétera, etcétera.”(E13CM)

No se encontró diferencias significativas entre médicos del género masculino y el femenino. Lo que se evidenció es que a veces las mujeres confunden al ginecólogo con su médico de cabecera, debido a que acuden a él esporádicamente para controles preventivos de malignidad mamaria y de cuello uterino. Aquí se puede ver una alteración del concepto de médico de cabecera, pero es importante que las doctoras tengan su ginecólogo y sus controles respectivos. De todos modos sucedió que las médicas del estudio acudían al

ginecólogo diciéndole directamente que el motivo de su visita era la realización de Papanicolaou y/o mamografía. Es decir, como en todos los otros aspectos, interviniendo directamente.

En nuestro estudio tuvimos la oportunidad de entrevistar a tres estudiantes postgradistas, de diferentes especialidades (Emergencia, Medicina Familiar, Pediatría) y observamos que el comportamiento frente a la enfermedad es inapropiada desde el inicio de la profesión, con un mal cuidado de salud, con predominio de la automedicación y la búsqueda de ayuda solo por gravedad, con atenciones informales, y sin medidas generales de autocuidado. Esto puede relacionarse con lo que mencionan varios autores, que el descuido de la salud del médico inicia desde que está en la facultad, cuando las exigencias de estudio y posteriormente de trabajo son muy altas, entonces la salud y el cuidado quedan relegados a segundo plano, y quizás es esto lo que hace que estas conductas se perpetúen con el pasar del tiempo. Desde aquí se empieza a formar la imagen de invulnerabilidad de los doctores.

De estos datos se obtuvieron unos constructos teóricos, que se dividen en los siguientes:

Autocuidado

La mayoría de los médicos entrevistados en este estudio practican el automanejo cuando están enfermos.

Muchos se realizan autocontroles de salud, solicitan exámenes de laboratorio y de imagen por su cuenta, ellos mismos valoran los resultados y deciden que conducta tomar. Solo si encuentran algo grave acuden a un colega, y dependiendo de la gravedad hacen la atención formal o informal.

Hay una intervención directa cuando acuden al médico. Bien sea que lleven los resultados de exámenes que ellos mismo solicitaron o van donde el colega y le piden que solicite determinados exámenes.

Tienen participación activa en su manejo, hacen sugerencias para el tratamiento a su colega que está a cargo; algunos cuestionan el que él les ha enviado.

Modifican las indicaciones del médico. Cumplen las indicaciones según circunstancias. Evalúan el proceso de su enfermedad y deciden si continuar o no con la medicación indicada, alteran las dosis y el tiempo de las prescripciones. Aceptan algunas indicaciones y otras no. Es poco frecuente que le comuniquen al colega sus decisiones.

Atención de los médicos

Sus atenciones son informales la mayoría de veces, sin historia clínica ni ningún otro registro. Esto implica que muchas veces el colega no le presta el cuidado necesario. En estos casos, la mayor parte de veces quien le atiende es un amigo personal o del trabajo.

La mayoría de veces buscan atención médica por gravedad. Cuando la enfermedad es de cuidado solicitan atención, pero muchas veces antes de eso, se automedican o solicitan exámenes, y cuando se ha salido de su control, acuden a otro colega o de ser el caso al servicio de Emergencias. Este mismo concepto se aplica muchas veces a los miembros de su familia.

“No, no me abrieron historia, me facilitaron hacerme los exámenes, la coronariografía, pero todo extra.”(E12VF)

Todos los médicos del estudio se hacen atender en el lugar de trabajo o lugares conocidos, la mayoría de veces con informalidad, sin historia clínica ni registro médico. Algunos de los médicos del estudio, refieren que se hacen atender con formalidad por otro colega, que lleva sus historias clínicas y a quien acuden para controles regulares. En todos los casos fue debido a que tienen alguna enfermedad crónica de base o tuvieron un cuadro grave que en su momento requirió el abordaje por algún especialista y posteriormente se quedaron a su cuidado con controles regulares.

“Depende de la gravedad del problema de salud, si el problema de salud es pequeño me trato yo mismo, si el problema y es un poco más serio generalmente acudo donde alguno de mis amigos para ver que dicen.” (E16RS)

Muchos tienen controles laborales, que implican exámenes básicos de laboratorio y una historia clínica ocupacional, y a éstos les consideran sus controles de salud, aunque ellos reconocen que son controles muy básicos e impersonales.

Muchos de los médicos entrevistados afirman que se realizan autocontroles de salud, se solicitan exámenes según su criterio, pueden ser anuales, cada dos años o esporádicos, y si los resultados están dentro de la normalidad, se quedan tranquilos, no acuden a un facultativo que lleve registro.

“Si me he hecho controles ya, de vez en cuando, prácticamente una vez al año pero yo me realizó exámenes en el laboratorio y yo mismo los reviso.” (E2MY)

Médico de cabecera y apreciación de controles de salud

Prácticamente todos los galenos valoran al médico de cabecera, consideran que cumple un rol fundamental en el cuidado de salud de una persona, por su integralidad y por su transversalidad en el tiempo, pero la gran mayoría de ellos no lo tiene.

“No, no lo tengo y no he considerado, debería hacerlo pero no lo he considerado. Soy yo mismo.”(E1 FMP)

Así mismo consideran importantes los controles de salud, pero no los hacen. Entienden que estos controles son preventivos, que deben ser regulares y de acuerdo al grupo de edad, pero en la práctica se los realizan esporádicamente y muchas veces solo controles con pruebas de gabinete, sin la entrevista clínica. Frecuentemente el acercamiento a un facultativo es porque se presentó alguna enfermedad.

“De un médico de cabecera, sí es importante pero no sé si por idiosincrasia o porque no, pero no, no tengo, pero sí debería haber un médico de cabecera que conozca las cosas de uno, si debería haber pero no, no jamás; ni creo haber conocido compañeros que tengan médico de cabecera, excepto alguno por ahí que ya tenga alguna enfermedad crónica, que a lo mejor acuden siempre algún médico.”(E12VF)

“Porque el médico de cabecera es el que conoce todo el cuadro de la persona y en caso de que sea necesario puede enrumbarlo a diferentes sitios para que sea tratado, si no es el médico de cabecera le mandan a un lado, le mandan a otro lado, pero no hay una persona que haga de cabeza respecto a cómo funciona usted y a dónde tiene que irse.”
(E16RS)

Muchos facultativos tienen un cónyuge médico, y es muy frecuente que éste participe directamente en el cuidado de salud de su pareja y viceversa, *“el uno es el médico de cabecera del otro”*. Con menos frecuencia se aplica esto a sus hijos, pero sí ocurre. Aunque muchos tienen un pediatra, de todas maneras intervienen directa o indirectamente en el cuidado de la salud de sus hijos.

Cambio de rol

La mayoría de los médicos de este estudio siente ansiedad al cambio de rol y desagrado al ser paciente. Esto les da sentimientos de impotencia, de pérdida del control al que están acostumbrados por su profesión, donde son ellos quienes toman decisiones; al ser pacientes y tener que “ceder” estas cualidades a su colega, sufren un rechazo a esta nueva posición que les resulta muy difícil.

“Es fatal ser paciente, uno realmente como médico no se ponen el rol de paciente.... para uno es incómodo, es súper incómodo.” (E11PV)

La posición de paciente les resultó muy incómoda a casi todos los facultativos participantes, pero algunos si se sintieron tranquilos, pero de todas maneras participaron en el curso de su enfermedad, lo que hacía mantener el rol de médico.

“En las pocas oportunidades que he tenido, angustia, decepción, porque muchas veces cuando saben que uno es médico, el médico que le está viendo no tiene mucha piedad en decirle el diagnóstico y creo que se olvidan de que uno también tiene sentimientos y cuando uno le dan el diagnóstico es fatal, es como cualquier otro ser humano y da lo mismo que venga y le diga no tranquila es esto y no con la calma que uno suele decir al paciente tratando de atenuar, tal vez por la falta de conocimiento del paciente, creo que no se siente tan mal y al momento que le informan al médico el mismo hecho de tener conocimientos es una cara a cara con la realidad que da angustia y dolor” (E2 MY)

Se podría decir que no se encontró un solo médico que sea paciente “ciego”, que no cuestione, investigue o participe de su enfermedad, directa o indirectamente.

“Como paciente uno se imagina todo lo peor que puede pasarle, porque uno sabe qué es lo que puede pasar y que lo que no debe pasar, es un poco difícil porque en el mismo hecho de que uno se angustia de que puede pasar algo, es un poco intolerable.” (E15RC)

Relación médico paciente

Algunos se han sentido bien tratados por su colega médico, han sentido qué les han tenido empatía. Muchos de ellos eran amigos personales de los colegas previamente.

“Es que como es amiga no podría yo decir cómo sentirme, me siento bien porque es mi compañera, es mi amiga, es mi consejera, entonces me siento bien, pero que en realidad yo pueda decirle que reciba de ella una consejería no tanto así como de la parte médica sino de la parte emocional, porque yo también se de la parte médica y no tiene necesidad explicarme.” (E4GC)

“Bien, escuchada por el médico en las preguntas puntuales, porque han sido citas muy específicas, por un problema muy específico, quizás por la relación que estamos entre colegas te brinden un poquito más de tiempo de atención, pero no tanto como para poder

escucharte en forma muy amplia síntomas, tus molestias, sino más bien se ha convertido en una consulta como de amigos, muy cordial.” (E8LP)

Otros han tenido mala experiencia al ser pacientes. Han sentido que el colega no se toma el tiempo de explicarle las cosas como a otro paciente, porque asume que ellos ya tienen conocimiento del tema, por lo que no requieren mayor detalle al momento de explicar la enfermedad, sus implicaciones y pronóstico. Así también que sus valoraciones han sido superficiales, porque piensan que al ser médicos ellos están alertas de a su enfermedad, y es así como pasa a ser una “*responsabilidad compartida*”.

“...a la final lo que él sabía, sabía yo, entonces como que tampoco hubo necesidad de mucha explicación, entonces me pasó en el control pos quirúrgico que yo sabía que estaba bien, pero de todas formas me llamaron a un control pos quirúrgico y yo vine al control pos quirúrgico y el cirujano me dijo: y cómo estás? bien, y estás comiendo? si todo perfecto, que chévere entonces no tienes ningún problema eres una paciente muy buena, sí perfecto me siento perfecta gracias chao y que me recuerde ni siquiera me examinó, pero probablemente era porque él sabía que yo soy médico y que si hubiese alguna complicación yo lo vería y lo hubiera llamado.”(E11PV)

Los médicos que han sido pacientes, afirman que cuando han tenido alguna patología de gravedad se reconfortan cuando su colega tratante les da la explicación y la atención adecuada.

Implicaciones del médico enfermo

El estar enfermos les genera un aprendizaje para la práctica clínica. Les ayuda sobre todo a entender más al paciente, a “*ponerse en sus zapatos*” y tener más empatía con ellos. También los impulsa estudiar más sobre las enfermedades que ellos como médicos han padecido o padecen.

“Pienso que cuando ya eres paciente puedes entender muchas cosas en el aspecto del miedo que tiene el paciente de la ansiedad que puede tener de las preguntas, de las interrogativas que puede tener el entonces eso creo que te ayuda a un poco más entenderle y ponerte en los zapatos de él como paciente...” (E13CM)

Casi todos han afirmado que el conocimiento médico es un factor estresor, genera ansiedad y temor, porque constantemente están pensando en todo lo que puede pasar con una determinada patología o intervención, y siempre piensan en lo más grave. Así algunos afirman “*sería mejor no saber tanto*” o “*saber no sé si sirve para cuidarnos más o para sufrir más*”(E4GC).

Casi todos coinciden en que han recibido un trato especial o diferente por ser médicos. La mayoría de facultativos coinciden en que han sido bien tratados por el personal de salud, sobre todo cuando se han atendido en su lugar de trabajo, por consideración a su profesión, por amistad o compañerismo. Cuando se han hecho atender en otro lugar, y el personal ha llegado a saber que es médico el paciente, recibe un trato considerado y atento.

Genogramas:

Las seis categorías empleadas para el análisis e interpretación de los Genogramas nos generan hipótesis con punto de vista clínico basado en las pautas familiares.

Estas categorías son: “Estructura familiar, Adaptación al ciclo vital, Repetición de pautas a través de las generaciones, Sucesos de la vida y funcionamiento familiar, Pautas vinculares y triángulos, Equilibrio y desequilibrio familiar” (McGoldrick y Gerson).

En el análisis e interpretación de los Genogramas recopilados podemos destacar que la situación familiar, donde los médicos se desenvuelven la mayoría son familias nucleares intactas, constelación fraterna estable, adecuada adaptación al ciclo vital. La complejidad de las relaciones familiares es infinita.

Se evidenció con esta herramienta, un equilibrio entre: la estructura, los roles, el nivel de funcionamiento y los recursos de la familia.

CAPITULO V

DISCUSIÓN.-

Los doctores en medicina, son una población única, con sus características etnográficas específicas, son un grupo de la sociedad que requiere una atención diferente cuando son pacientes, dirigida a ellos, personal y especializada.

Luego de una investigación en médicos, Ramírez et al. (2013), afirman que “en el colectivo estudiado el comportamiento frente a la enfermedad se caracterizó por la autonomía, la informalidad en el itinerario asistencial y las dificultades para adoptar el rol de enfermo, con actitudes preventivas insuficientes. Consideran que el ejercicio médico afecta a su salud causando estrés y alteraciones del sueño”.(64)

Los médicos son pacientes especiales por su entrenamiento y experiencia, tienen acceso a drogas y el conocimiento, que los hacen capaces de tratarse ellos mismos, pero ser especial no necesariamente significa un mejor cuidado. (65)

En nuestro estudio, el comportamiento de los médicos participantes fue similar al observado por otros investigadores antes mencionados, compartiendo las mismas características conductuales frente a la enfermedad, destacándose la autosuficiencia, la intervención directa en sus problemas de salud, la búsqueda de ayuda cuando la gravedad del problema es grande y con dificultades marcadas para adaptarse al rol de paciente.

El médico como paciente supone una ruptura de los roles sociales que se establecen tanto para el profesional en Medicina como para sus pacientes. Esta doble condición puede arrojar interesantes hallazgos acerca de la construcción social de la enfermedad desde

la perspectiva de la profesión médica, permitiendo la comprensión de la experiencia social de una enfermedad grave leída desde quien aplica el conocimiento médico experto (sobre la enfermedad de los otros) en torno a su propia enfermedad y alta probabilidad de muerte.(66)

Para los médicos no es su prioridad el cuidar de su salud, están formados y dirigidos para cuidar de otros, su profesión noble les ha obligado a dejar su persona en segundo plano, pero esto puede producir consecuencias negativas en su salud y su vida.

La comunidad médica se ha desarrollado en una cultura en la cual la norma es trabajar pese a la enfermedad y al automanejo.(67) Esto inicia muy temprano en la carrera de medicina como estudiantes, desde que empieza la formación, la cual es muy demandante, requiere tener como prioridad los estudios, el trabajo asistencial y se descuida la propia salud. La percepción de que los doctores son más propensos que otros profesionales a trabajar cuando están enfermos, puede ser un síntoma de una cultura en la cual se promueve una imagen de invisibilidad y niega la vulnerabilidad.(68)

Aunque los médicos tienen menores tasas generales de mortalidad que la población general, ellos están en mayor riesgo de ciertos problemas físicos y psicológicos.(69) Estos problemas de salud tal vez se manifiestan con los años, pero el mal cuidado de la salud inicia desde que son estudiantes y en el período de residencia, porque hay pocas horas de sueño, se alimentan irregularmente, se exigen mucho en el trabajo y la universidad, muchos tienen hábitos perniciosos como tabaquismo, ingesta de alcohol excesiva, bebidas

con altos niveles de cafeína, dieta no balanceada, no realizan ejercicio físico regular y tienen poco tiempo de esparcimiento.(70)

El impacto de estas enfermedades puede exacerbarse por la cultura que se opone a la vulnerabilidad de la salud del médico, lo que se convierte en una barrera para que el médico busque un tratamiento apropiado. Cuando los doctores buscan cuidado externo, la evidencia sugiere que reciben atención de menor calidad que otros pacientes.(71)

Durante la formación profesional se adoptan esquemas mentales que conforman un “*habitus profesional*”, una manera particular de relacionarse con el mundo.(72) El conocimiento especializado de la profesión médica le otorga el derecho a controlar su propio trabajo, la autonomía para establecer el diagnóstico y el tratamiento médico.(73)

Varios estudios han encontrado diferencias en las conductas de buscar ayuda entre médicos generalistas y especialistas, y este estudio demuestra que los médicos generalistas tienen significativamente menos probabilidad de buscar atención apropiada en varias situaciones. Esto puede estar asociado a su percepción de que los doctores son renuentes a tratar a un colega y que es difícil encontrar un buen médico tratante. (67)

Los médicos necesitan servicios de salud ocupacionales especializados, porque tienen riesgos laborales específicos, tales como el estrés que genera la atención de pacientes, entre otros. Los estudios revisados por los autores y mencionados en este trabajo de investigación, señalan que estos profesionales continúan trabajando a pesar de que estén

enfermos, toman menos días de incapacidad, se automedican y, preferentemente, consultan a colegas o amigos, lo cual resulta contraproducente, especialmente cuando tienen algún síndrome psiquiátrico, teniendo en cuenta que, además, se ha encontrado que este personal tiene una prevalencia mayor de ansiedad o depresión, en comparación con grupos de población específicos.(72)

Berger (2002) explica la existencia de un fenómeno que él denomina la *arrogancia médica*, la que se da por el poder que le confiere el conocimiento experto de la Medicina, sobre el paciente y otros profesionales de la salud, y ésta a su vez fortalece un menosprecio para cuidar de sí mismo, que lleva a los galenos a tener prácticas perjudiciales para sí mismos.(74) Este conocimiento de la salud, se ve alterado cuando se trata de la propia salud del médico o de su familia, porque ya no está en la capacidad de valorar el problema sin sesgarlo, el médico se ve influenciado por las emociones que puede generar el estar enfermo o tener a alguien cercano enfermo, como temor, ansiedad, ira, puede subestimar o sobreestimar la patología y en general perder la objetividad clínica. Tal vez por esto los médicos solicitan ayuda cuando consideran grave un problema.

En el estudio de Thompson et al. (2001), los médicos describen la necesidad de tener siempre una imagen saludable frente a sus pacientes y a sus colegas. Esto obstaculiza el reconocimiento de enfermedades personales y la participación en prevención de salud. La reacción personal a la enfermedad es influida por la vergüenza de adoptar el rol de paciente y por la preocupación de la confidencialidad. La actitud de los médicos puede impedirles

el acceso a un adecuado cuidado de salud, sus familias y sus colegas. Estos médicos expresaron la presión que sienten por mantener una imagen saludable, afirmando “*nadie quiere ser atendido por un médico que está enfermo*”.(68)

Así también el reconocimiento de patologías psicológicas fue extremadamente difícil. Los médicos generalistas reconocen una patología psiquiátrica en ellos como una debilidad, y paradójicamente ellos aseguran a sus pacientes que “*es solo otra enfermedad más*”.(68)

Tyssen (2001) en un estudio en Noruega, encontró que los médicos masculinos tienen el mismo nivel de salud física que otros hombres, mientras que las medicas femeninas están en mejor estado de salud que la población general. Algunos problemas mentales (depresión y suicidio) son más prevalentes. Los problemas mentales están asociados con un escaso control laboral, presión por el tiempo y pacientes demandantes. Los problemas psicológicos son comunes entre los doctores. (75)

En los hallazgos de la investigación de Arenas – Hernández (2004) señalan que “los médicos tienen dificultades para prodigarse cuidados”. Los factores que empeoran la situación son las jornadas de trabajo prolongadas, multicontratación institucional, estrés, malos hábitos de alimentación, deficiente descanso y esparcimiento. Los médicos no tienen revisiones médicas de rutina y realizan “*consultas de pasillo*” con sus colegas. (72)

Similar a las prácticas de los colegas de otros países, una gran proporción de médicos en Hong Kong se automanejan sus enfermedades, se autoprescriben medicinas y creen que ellos no necesitan un médico personal.(76)

Motgomery et al. (2011), indican que existe una cultura médica en la que los doctores no esperan que ellos o sus colegas se enfermen. Así, la asociación de complejos de autodiagnóstico, autodireccionamiento y auto tratamiento entre los médicos es significativa y puede tener repercusiones en su propia salud, y por implicación, en la calidad del cuidado entregado a los pacientes. Hicieron una búsqueda en bases de datos sobre automanejo de los médicos entre 1990 y 2009. Encontraron que el auto tratamiento y la automedicación fue un tema importante entre médicos y estudiantes de medicina. Concluyeron que el autotratamiento está profundamente arraigado en la cultura médica, en facultativos y en estudiantes, como una forma aceptable de mejorar el desempeño o cubrir las necesidades laborales. Los autores piensan que estas conductas son un riesgo para la profesión médica.(77)

Kay et al. (2010), realizaron un estudio cualitativo sobre qué es lo que los doctores desean cuando son pacientes, concluyeron que los doctores quieren lo que los pacientes quieren: *un cuidado médico dentro de una consulta centrada en el paciente.*(25)

Autocuidado

El automanejo para los doctores incluye el diagnóstico y tratamiento de uno mismo en la enfermedad y la auto prescripción. También incluye entrevistas informales o de “corredor”, consultas y autoreferirse a un especialista. El autotratamiento es inapropiado porque carece de objetividad.(78)

Durante su formación profesional, los médicos adquieren un “*habitus*” propio de la profesión, con deficientes pautas de prevención y autocuidado de su salud. Otros factores que influyen para que el médico no tenga autocuidado es la dinámica laboral de las diversas instituciones de salud en las que trabajan, hacen que el médico pierda la autonomía sobre su ritmo de trabajo y se evidencian limitaciones para que este cuide de su salud.(72)

Arenas et al., afirman que en relación a la profesión y el autocuidado, en un estudio realizado (2004) encontraron que los médicos postergan las revisiones médicas con un profesional de la salud cuando se tiene una sintomatología específica, porque conocen de antemano, tanto los procedimientos a los que van a ser sometidos, como los posibles resultados.(72)

Y hacen unas reflexiones de los médicos sobre el autocuidado:(72)

- a) Sentimientos de culpa por problemas de salud en la actualidad, suceden luego de revisión de sus hábitos anteriores.
- b) El cuidado de sí mismos está en segundo lugar, dado que en las etapas formativas y de capacitación en medicina se exige de los estudiantes soportar largas horas de trabajo/estudio, escaso tiempo para sus necesidades, descuidando sus condiciones de salud.
- c) La profesión médica es pragmática, enfocada a la curación, no existe una cultura propia de la prevención.

Chambers y Belcher (1992) en su investigación sobre el cuidado de salud de los médicos durante diez años, incluyó a 247 médicos, determinaron que la mayoría de sus patologías fueron manejadas por ellos mismo, que el 84% de la medicación que tomaron en los últimos cinco años fue autoprescrita, y que cuando acudieron a un especialista ellos mismo se refirieron en un 51%, y de estas referencias la mayoría fueron inapropiadas, que pudieron resolverse con el médico de atención primaria; y dentro de estos médicos 75% se automedicó antes de referirse al especialista. Este estudio mostró que la mayoría de los médicos clínicos generalistas se auto manejan sus problemas de salud.(65)

Atención de los médicos

Los médicos no tienen revisiones médicas de rutina, solicitan excepcionalmente una cita y acuden a control. Es usual las “*consultas de pasillo*” con sus colegas cuando sufren de alguna dolencia, se realizan exámenes de laboratorio en el propio ámbito laboral y ellos mismo evalúan sus resultados.(72)

Los doctores son considerados como pacientes reacios que tienden a demorarse en buscar atención y pedir ayuda por sus problemas de salud. Allibone encontró que cerca de la mitad de los doctores que han experimentado una enfermedad de gravedad, consideraron que ellos se habían demorado en buscar ayuda más allá de lo prudente; solo ocho de 321

doctores reportaron que ellos han experimentado dificultad en recibir ayuda de un colega. Otra investigación de las causas de demora en buscar ayuda por parte de los médicos, tenía relación con enfermedad mental y alcoholismo.(65)

Pullen et al. (1995), determinaron que muchos doctores en Australia carecen de un cuidado médico adecuado. Recomiendan que los doctores deben tener su propio médico de cabecera, evitar las “consultas de corredor” y no autoprescribirse drogas que afecten las funciones mentales.(79)

El médico enfermo tiene el derecho no solo de recibir información inteligentemente fundada, sino también de la compasión por parte del colega que lo trata, en particular cuando este es especialista. Él es frecuentemente más sociable que otros pacientes. Contando con su conocimiento de base, especialmente cuando se enfrenta a falencias organizativas, tiende a ser un paciente más difícil, y es alguien más propenso a sufrir complicaciones.(5)

Médico de cabecera y apreciación de controles de salud

En nuestro estudio se evidenció que los médicos tienen realmente poco interés en tener un médico de cabecera, porque según se puede interpretar, ellos se suponen autosuficientes en el tema de su salud, no consideran importante otro colega que se haga cargo de su historia, y para esto se suman múltiples factores, entre ellos la ya mencionada por Berger “*arrogancia médica*” que les genera el conocimiento, el desconfiar de otros colegas, el

no aceptar el cambio de rol y el pensar que son inmunes a la enfermedad son factores que hacen parte del comportamiento de los médicos cuando enferman.

En varios estudios se ha visto lo que se ve en un estudio noruego de Rosvold (2002), donde la mayoría de galenos practican autotratamiento cuando están enfermos, y aunque prefieren ser tratados por un médico que no tengan relación personal con ellos, muchos contactan a amigos y colegas o cónyuges cuando necesitan ayuda de otro médico.(80)

Chen et al. (2003), realizaron un estudio en Hong Kong, con 4198 médicos que respondieron a un cuestionario, dos tercios respondieron que ellos mismo se cuidan cuando están enfermos, un 62% de ellos se automedicaba con medicación que se vende solo bajo prescripción. Solo un 14% decidió acudir a una consulta con un médico generalista. Un 70% de todos los encuestados creen que tener su propio médico de cabecera es innecesario.(76)

Chambers et al.(1993), determinaron en un estudio sobre que deberían hacer los doctores cuando estos se enferman, que los médicos generalistas recomendaban a otros doctores que si se enferman consulten con su propio médico de cabecera, pero ellos eran significativamente más propensos a autotratarse. Los especialistas hospitalarios fueron significativamente más propensos a sugerir a los médicos enfermos que consulten con un especialista directamente en vez de a su médico de cabecera.(65)

En el ámbito médico se afianza aún más el pensar que es el especialista en x área el que debe atenderlos a ellos, porque son “*especiales*” y se sienten así por tener el conocimiento

que tienen, y por esto buscan la manera de ser atendidos “*por el mejor*”. Esto hace que subestimen la al médico generalista, que es la entrada al sistema de salud en la atención primaria y no se puede ni se debe saltar este paso en el momento de buscar atención, y los médicos enfermos no son la excepción.

Aunque existen varias narrativas escritas por doctores que han experimentado personalmente la enfermedad y los problemas del rol de paciente, pocos han descrito el problema particular para el doctor que conoce a un paciente que es también un colega.(2)

Con todo esto se realza una vez más la importancia del médico de cabecera, una entidad fundamental en la vida de todas las personas, y los médicos no son la excepción, el control de su salud debe estar a cargo de un galeno integral, que este en capacidad de atender a otro colega y mantener las posiciones, esto justamente es muy difícil, ya que la mayoría de médicos acuden donde otro colega conocido por ellos, y muchas veces ya amigo personal, entonces la atención puede tener su sesgo y falta de objetividad, donde la participación del paciente médico es muy activa, lo que puede ser bueno y malo a la vez.

Es bueno porque se aplica la autonomía del paciente, pero cuando el paciente es un médico, esta autonomía puede sobrepasarse y lastimosamente, no existe un límite claro hasta donde esta correcto actuar con tratamiento directo antes de ser visto por otro colega, pero el tener estas conductas pueden llegar a ser nocivas en el médico enfermo.

Cambio de rol

Como menciona Arroyave el médico como paciente implica una ruptura de roles sociales. Esta ruptura genera una inestabilidad en ambas partes, en el médico porque no sabe cómo comportarse en este nuevo papel, y en los pacientes porque ellos suelen pensar que los médicos no se enferman, porque disponen del conocimiento lo que implica que pueden evitar y curarse de las patologías a las que el resto de personas están expuestas. Para las dos partes es difícil aceptar esta posición sin estar en constante cuestionamiento, y con más razón al médico que está sufriendo un mal, porque la etapa de negación se prolonga y hace más dura la aceptación a ser paciente.

Thompson et al., (2001) afirman que los doctores son renuentes a buscar atención de salud a través de los medios habituales, y que encuentran difícil adaptarse al rol de pacientes. Las consecuencias de esto incluye auto prescripción, trabajar al estar enfermos, auto referirse a especialidades y presentaciones tardías de problemas serios. Este inapropiado autocuidado ocurre en profesiones que reportan altos niveles de estrés y distrés psicológico, con altas tasas de suicidio.(68)

Los comentarios de los doctores estudiados por Thompson, indican que existe una percepción de “*nosotros los doctores*” y “*ellos los pacientes*”, con un rechazo para aceptar tratamiento y con una oculta suposición de que los roles de paciente y doctor son incompatibles.(68)

Varios investigadores y facultativos han descrito que los médicos frecuentemente tienen dificultades y una gran resistencia a verse en el rol de pacientes. Los médicos de atención

primaria que son autoempleados en sus propias firmas pequeñas y que se registran en su propia práctica, tienen problemas especiales en la conexión con la enfermedad.(81)

El dilema que viven los doctores durante los procesos de la enfermedad, fue estudiado por Christie VM, a través de 39 entrevistas y 49 escritos de médicos noruegos. La tendencia general fue posponer el solicitar ayuda y el tratar de negar o esconder, de ellos mismos y de los demás, el hecho de que ellos estaban gravemente enfermos. Las razones fueron que algunos tuvieron dificultad para abandonar el rol de médico por el de paciente, mientras otros quienes hubieran preferido solo ser pacientes, frecuentemente no se les permitió. A menudo, el “*doctor del doctor*” también experimenta conflicto de roles.(82)

Relación médico paciente

Los doctores pueden sentirse inhibidos de consultar al médico de cabecera en modo usual y bien prefieren autotratarse o buscar una atención inadecuada “de pasillo” con un colega.(65)

Cuando los doctores se convierten en pacientes, el manejo compartido de la enfermedad es frecuentemente problemático. La ambigüedad de rol y la ansiedad son sentimientos que tienen los médicos cuando ellos buscan cuidados de salud en otros doctores.(83)

Los médicos de nuestro estudio manifestaron diferentes posiciones, dependiendo del grado de relación que alcanzaron con sus médicos tratantes. Cuando el problema ha sido tratado por un amigo la relación ha sido la que ya tenían establecida previamente, dejando

de lado la verdadera relación médico paciente, sobre todo en problemas agudos. Cuando el problema es crónico o ha implicado una gravedad de nivel alto, generalmente han tenido que recurrir a un especialista que luego se queda a cargo del médico como paciente real, entonces se forma la relación médico paciente que ha en la mayoría de los casos ha sido buena, porque los tratantes han sido afectivos y empáticos con el colega enfermo.

Implicaciones del médico enfermo

La importancia de la salud de los trabajadores de la salud está siendo reconocida cada vez más, y que una mala salud puede comprometer el desempeño y afectar adversamente los estándares de cuidado. Como las demandas a los médicos continúan en aumento, también lo están sus enfermedades relacionadas con los niveles de estrés.(84)

Varios médicos del estudio de Thompson, reportaron que su conocimiento médico les hizo variar desde el pánico, a la negación cuando experimentaban síntomas, “*un minuto piensas que es solo un dolor de cabeza y al siguiente minuto estas seguro de que tienes un tumor cerebral*”. Suposiciones similares se aplicaron a sus familias.(68)

Rosvold (2001) determinó que los médicos tienen problemas para aceptar sus propias enfermedades, y tienden a evitar tomar los días de reposo por enfermedad. Se estudió una muestra de 1476 médicos noruegos, durante un año el 80% de los facultativos habían trabajado durante una enfermedad para la que ellos han dado reposo a sus pacientes. Más de la mitad trabajaron teniendo un proceso infeccioso. Determinaron que existen ciertos factores que se asocian con este comportamiento, incluyendo estar entre los 30 y 39 años, el trabajar como clínico fuera de un hospital, haber recibido tratamiento médico en los

últimos tres años y estar insatisfechos con su trabajo. Concluyeron que un gran número de médicos trabaja cuando tienen un proceso infeccioso y alguna otra enfermedad. Este comportamiento puede ser perjudicial para ellos mismos, para sus pacientes y para el equipo de trabajo.(85)

Los doctores toman solo un par de días de reposo por enfermedad y hacen poco uso de los servicios de atención primaria y preventiva. El automanejo es común, incluso para problemas mentales.(75)

Por otro lado, él puede tener un paciente con la misma enfermedad, que puede servirle como modelo. Cuando se ha recuperado de su enfermedad, se vuelve más crítico consigo mismo y sus capacidades médicas. Su empatía con el dolor y el miedo de otros aumenta, y su comportamiento hacia su entorno, en particular con su familia y pacientes, puede cambiar drásticamente.(5)

Esto también fue visto en nuestro estudio, todos los médicos que han sufrido algún problema de salud importante, les generó un cambio drástico de percepción del dolor y de la enfermedad que sufren los pacientes, les volvió mucho más empáticos y les sirvió para mejorar su práctica clínica. Eso es algo que no enseñan los libros.

CONCLUSIONES:

- Los médicos se automanejan cuando tienen un problema de salud, que implica autodiagnóstico, autocontrol y automedicación, lo que altera la visión objetiva del problema.
- El descuido en la salud y el cuidado personal de los médicos puede tener inicio en las primeras etapas de formación y que se mantienen a lo largo de la carrera, por la alta exigencia que ésta demanda.
- La atención de salud de los médicos es informal y solicitan atención de sus problemas de salud de acuerdo a la gravedad.
- Los médicos valoran al médico de cabecera y los controles de salud, pero no lo tienen y no los realizan.
- Los médicos tienen dificultad en adaptación al cambio de rol. Una buena relación médico-paciente y un trato empático por parte del colega, hace que los médicos se adapten de mejor manera al rol de paciente.

TEORIA:

“El médico tiene dificultades para cuidar de su salud”

RECOMENDACIONES:

- Educar desde la facultad de Medicina, en los inicios del profesional, sobre la importancia del autocuidado, de la responsabilidad sobre la salud personal.
- Sacar de la concepción del médico la idea de invulnerabilidad ante la enfermedad.
- Capacitar a los galenos sobre los riesgos de auto manejar sus problemas de salud, por la pérdida de objetividad y por no tener distinción de límites.
- Resaltar la importancia que tiene el médico de cabecera en el cuidado de salud de todos los pacientes, incluidos los médicos cuando cambian al rol.
- Fortalecer las competencias de los médicos familiares para la atención de sus pares, y en un futuro organizar centros de referencia.

ANEXOS

Anexo I: Encuesta, Consentimiento Informado

Anexo II: Esquema de Entrevista

Anexo III: Categorías

Anexo IV: Constructos Teóricos y Categorías

Anexo V: Familiogramas funcionales realizados

TABLAS

Tabla I: Formato de Recopilación de Datos (Encuestas)

Tabla II: Análisis de Entrevistas

ANEXO I:

Encuesta de la Tesis "El médico enfermo"

Tema: ¿Qué hacen los médicos de la ciudad de Quito cuándo tienen un problema de salud?

Un estudio cualitativo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es conducida por los médicos residentes María Irene Rodas Z. y Christian Santiago Vargas P., estudiantes del postgrado de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador como proyecto de tesis, y el director es el doctor Galo Sánchez del Hierro.

El objetivo de esta investigación es identificar las conductas de los médicos de la ciudad de Quito cuando tienen un problema de salud.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder este cuestionario que le tomará menos de 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede contactarse con los investigadores mediante correo electrónico (mirodasi@puce.edu.ec, cvargas617@puce.edu.ec, gasanchez@puce.edu.ec).

Si Usted no está de acuerdo, puede eliminar esta información sin que le perjudique de ninguna forma. Gracias por su participación.

AUTORIZACIÓN

He sido informado sobre los objetivos de la presente investigación. Declaro que me han indicado que tendré que responder el cuestionario en un tiempo aproximado de 5 minutos, que la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Reconozco que mi participación es estrictamente voluntaria y que puedo negarme a participar sin que eso me perjudique en ninguna forma. Y, de tener alguna duda sobre este proyecto, puedo contactarme con los investigadores mediante correo electrónico.

Acepto

No acepto

En otro momento

Encuesta

Por favor proceda a llenar la encuesta. Responder a las preguntas le tomará un tiempo aproximado de 5 minutos.

A. Datos personales:

Indique su sexo: Masculino ____ Femenino ____

Que edad tiene? _____ (dos números)

Vive en la ciudad de Quito? _____

B. Estudios y Trabajo:

Especialidad? _____

Institución de Salud donde trabaja? _____

Presta sus servicios en las siguientes áreas: (Opción múltiple)

Consulta externa

Hospitalización

Docencia médica

Administrativo

Tiempo que presta sus servicios antes mencionados: (Modalidad)

8 horas diarias o mas

4 a 7 horas (Medio tiempo)

Menos de 4 horas

Llamada ocasional

50% - 50% (Varias áreas)

C. Problemas de salud:

Enfermó en los últimos cinco años? Si __ , No __

Solicita atención médica cuándo está enfermo? Si __ , No __

Tiene enfermedades crónicas? Si __ , No __

Tiene controles de su salud con regularidad? Si __ , No __

D. Participación voluntaria en la Entrevista sobre el tema:

Si usted está más interesado en el tema aceptaría brindarnos un tiempo adicional para una entrevista? Si __ , No __

Información de contacto: (Nombre, dirección, teléfono, mail)

Gracias por su colaboración. Bienvenidas sus sugerencias.

ANEXO II: Esquema de Entrevistas

Preguntas estructuradas (básicas en todas las entrevistas).

1. ¿Qué hace Usted cuando tiene un problema de salud?

2. ¿Qué piensa de los controles de salud?

3. ¿Considera importante tener un médico de cabecera?

4. ¿Cómo se ha sentido en el rol de paciente?

ANEXO III: CATEGORÍAS

- 1 Autodiagnóstico
- 2 Automedicación
- 3 Automanejo
- 4 Autocuidado
- 5 Consultas informales
- 6 Consultas formales
- 7 Atención inapropiada
- 8 Atención por gravedad
- 9 Saludable
- 10 Valora controles de salud
- 11 No se hace controles
- 12 No tiene médico de cabecera
- 13 Ansiedad al cambio de rol
- 14 Aprendizaje para la práctica
- 15 Valora médico de cabecera
- 16 Mala relación médico paciente
- 17 Buena relación médico paciente
- 18 Si controles regulares
- 19 No auto medicación
- 20 Medicación prescrita
- 21 Médico de cabecera amigo

- 22 Empatía con su médico
- 23 Atención en lugar de trabajo
- 24 Conocimiento médico autosuficiente
- 25 Conocimiento de medicina preventiva
- 26 Participación activa
- 27 Intervención directa
- 28 Conocimiento genera ansiedad
- 29 Demanda atención
- 30 Controles laborales
- 31 Evalúa el criterio del colega
- 32 Modificación de indicaciones médicas
- 33 Cumple indicaciones según circunstancia
- 34 Atención médica satisfactoria
- 35 Acepta cambió de rol
- 36 Deficientes controles laborales
- 37 Intervención del cónyuge médico
- 38 Cónyuge médico de cabecera
- 39 No médico de cabecera en la familia
- 40 Médico de la familia
- 41 Desagrado al ser paciente
- 42 Atención por médico de otra especialidad
- 43 Acepta prescripciones médicas de un colega
- 44 Si tiene médico de cabecera
- 45 Auto médico de cabecera

ANEXO IV: CONSTRUCTOS TEORICOS Y CATEGORIAS

<p>AUTOCAUIDADO</p> <p>Autocuidado (autodiagnóstico, automanejo, automedicación)</p> <p>Conocimiento médico autosuficiente</p> <p>Deficientes controles laborales</p>	<p>ATENCION</p> <p>Consultas formales o informales</p> <p>Atención por gravedad</p> <p>Controles de salud</p> <p>Médico de cabecera</p> <p>Demanda atención</p> <p>Atención por médico de otra especialidad</p> <p>Acepta prescripciones de colega</p>
<p>RELACION</p> <p>Relación médico paciente</p> <p>Empatía con su médico</p> <p>Participación activa</p> <p>Evalúa criterio del colega</p>	<p>APRECIACION</p> <p>Valora controles de salud</p> <p>Valora médico de cabecera</p> <p>Atención médica satisfactoria o no</p>
<p>MEDICO DE CABECERA</p>	<p>CAMBIO DE ROL</p>

Médico de cabecera (Tiene o no tiene)	Ansiedad al cambio de rol
Auto médico de cabecera	Acepta cambio de rol
Conyugue médico de cabecera /	Desagrado al ser paciente
Intervención del conyugue médico	Conocimiento genera ansiedad
	Aprendizaje para la práctica

ANEXO V: Familiograma Funcional.-

Clasificación Demográfica	Zona de residencia	Integración	Ocupación	Desarrollo	Funcionalidad	Ciclo Vital Individual	Ciclo Vital familiar
E1 F MP: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integrada	Profesional	Moderna	Funcional	Adulto juven. Etapa Intimidad vs. Aislamiento (Erikson)	
E2 M Y: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integrada	Profesional	Moderna	Funcional	Adulto juven. Etapa Intimidad vs. Aislamiento (Erikson)	

E3 L V: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto joven. Etapa Intimidad vs. Aislamiento (Erikson)	
E4 G C: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto medio. Etapa Generatividad vs. Estancamiento(Erikson)	Famili a con hijos pequeños
E5 P T: Familia biparental uninuclear	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto medio. Etapa Generatividad vs.	

Parientes próximos.						Estancam iento(Eri kson)	
E6 P L: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto Maduro. Etapa Generativ idad vs. Estancam iento (Erikson)	Platafo rma de lanzam iento.
E7 R C OFT: Familia uniparental binuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Con disfunció n leve	Adulto Maduro. Etapa Generativ idad vs. Estancam iento (Erikson)	Platafo rma de lanzam iento.
E8 L P: Familia biparental	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto medio.	Platafo rma de

uninuclear Parientes próximos.						Etapa Generativ idad vs. Estancam iento(Eri kson)	lanzam iento.
E9 P C: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto medio. Etapa Generativ idad vs. Estancam iento(Eri kson)	Famili a con hijos pequeñ os
E10 A P: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto maduro. Etapa Generativ idad vs. Estancam iento (Erikson)	En platafo rma de lanzam iento

E11 P V: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto medio. Etapa Generativ idad vs. Estancam iento (Erikson)	Famili a con hijos pequeñ os
E12 V F: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto medio. Etapa Generativ idad vs. Estancam iento (Erikson)	Famili a con hijos pequeñ os
E13 C M: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto juven. Etapa Intimidad vs. Aislamiento	Famili a con hijos pequeñ os

						nto (Erikson)	
E14 C E: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto joven. Etapa Intimidad vs. Aislamiento (Erikson)	Famili a con hijos pequeñ os
E15 R C: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto joven. Etapa Intimidad vs. Aislamiento (Erikson)	
E16 R S: Familia biparental uninuclear	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto maduro. Etapa Generativ idad vs.	En platafo rma de lanzam iento

Parientes próximos.						Estancamiento (Erikson)	
E17 G L: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integrada	Profesional	Moderna	Funcional	Adulto maduro. Etapa Generatividad vs. Estancamiento (Erikson)	En plataforma de lanzamiento
E18 K V: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integrada	Profesional	Moderna	Funcional	Adulto joven. Etapa Intimidad vs. Aislamiento (Erikson)	
E19 P G: Familia biparental uninuclear	Urbana	Integrada	Profesional	Moderna	Funcional	Adulto maduro. Etapa Generativ	

Parientes próximos.						idad vs. Estancam iento (Erikson)	
E20 J Z: Familia biparental uninuclear Parientes próximos.	Urbana	Integra da	Profesio nal	Modern a	Funciona l	Adulto maduro. Etapa Generativ idad vs. Estancam iento (Erikson)	Famili a con hijos pequeñ os

La mayoría son familias biparentales uninucleares con parientes próximos, urbana, integrada, profesional, moderna, funcional.

En las diversas etapas del Ciclo Vital individual y familiar.

TABLAS

TABLA I:

Formato de Recopilación de Datos (Encuestas)

PARTICIPANTES	
POR SEXO:	
Femenino	49
Masculino	54

PROBLEMA SALUD:	
SI	86
NO	17

POR EDAD:	
Mediana de edad	40
Promedio de edad	42
Máximo	82
Mínimo	26

SOLICITA ATENCION:	
SI	37
NO	66

ANTECEDENTE (ENFERMEDAD):	
SI	38

POR ESPECIALIDAD:	
Clinica	92
Quirúrgica	11

NO	65
----	----

POR INSTITUCIÓN:	
Privado	49
Público	10
Privado y público	44

CONTROLES MEDICOS:	
SI	43
NO	60

SERVICIO PRESTADO:	
Hospital	67
Consultorio	28
Docencia médica	8

TABLA II:

ANÁLISIS DE ENTREVISTAS:

¿Qué hacen los médicos de la ciudad de Quito cuándo tienen un problema de salud? Un estudio cualitativo.

NOMBRE	EDAD	ESPECIALIDAD	TRABAJO	ESTUDIANTES	
FMP	29	POS MED FAMILIAR	HVQ	MED FAMILIAR	3
GC	48	MED FAMILIAR	HVQ - LA Y	TRAUMATOLOGIA	2
PTV	40	TRAUMATOLOGIA	USFQ	NEONATOLOGIA	1
PL	57	NEONATOLOGIA	MILITAR	GINECOLOGIA	1
AP	57	GINECOLOGIA	MILITAR	PEDIATRIA	1
PV	44	PEDIATRIA	HVQ	EMERGENCIA	2
VF	51	EMERGENCIOLOGO	HVQ - MILITAR	PALIATIVOS	1
CM	34	JIDADOS PALIATIVOS	FECUPAL	CIRUGA	2
RC	32	CIRUGIA GENERAL	HVQ	ANESTESIA	1
CE	31	POS EMERGENCIA	HEE	OFTALMOLOGIA	1
RS	57	ANESTESIOLOGIA	GUADALUPE	OCUPACIONAL	1
MFY	29	POS PEDIATRIA	HEE	GENERAL	1
RC	66	OFTALMOLOGO	HVQ	INTERNISTA	1
LP	51	MED OCUPACIONAL	HVQ	MICROBIOLOGIA	1
LV	32	MED FAMILIAR	PUCE - LA Y		
GL	53	CIRUGIA GENERAL	HVQ		
PC	46	EMERGENCIOLOGO	HVQ		
KV	26	MED GENERAL	HVQ		
PG	51	MEDICINA INTERNA	HVQ		
JZ	56	MICROBIOLOGIA	HVQ - Z&Z		
MEDIANA EDAD	47				
PROMEDIO EDAD	44,5				
MAX	66				
MIN	26				
QUE HACE CUANDO TIENE UN PROBLEMA DE SALUD:			CONOCIMIENTO	GENERA ANSIEDAD	
AUTOMEDICACION	15		SI	13	
NO AUTOMEDICACION	5				
VA AL MEDICO	4		APRENDIZAJE PARA LA PRACTICA		
NO VA AL MEDICO	3		SI	11	
ATENCION POR GRAVEDAD	13				
			ATENCION		
QUE PIENSA DE CONTROLES DE SALUD			FORMAL	7	mayoria por enfermedades cronicas graves
VALORA	15		INFORMAL	9	
NO VALORA	5				
LOS HACE	8				
NO LOS HACE	12				
IMPORTANCIA MEDICO DE CABECERA					
VALORA	18				
NO VALORA	2				
TIENE	5				
NO TIENE	15				
COMO SE SINTIO EN ROL DE PACIENTE					
MAL	13				
BIEN	7				