

Trabajo de Fin de Grado

Aspectos éticos de la atención al médico residente como paciente

**Junior doctors' medical care as patients: ethical
aspects**

Autor

Laura Pérez Laencina

Director

Maria Pilar Astier Peña

Facultad de Medicina. Grado en Medicina

Curso académico 2015-2016

ÍNDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	5
Palabras clave.....	6
Key words	6
INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	7
Médicos residentes	7
Psicopatología	8
Suicidio	9
Consecuencias de que el médico caiga enfermo	9
Hábitos y estilo de vida	10
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS	12
1.Revisión bibliográfica	12
2.Entrevistas	13
2.1 Diseño	13
2.2 Guión.....	13
2.3 Aplicación de las entrevistas	13
2.3.1 Población entrevistada.....	13
2.3.2 Acceso al informante.....	14
2.3.3 Preparación de la entrevista.....	14
2.3.4 Realización y registro.....	14
2.4 Análisis de datos.....	15
RESULTADOS	17
1. Diferencias en la asistencia por el hecho de ser médico	17
2. Información	19
3. Impacto familiar	20
4. Aprendizaje	21
5. Papel de los Colegios Profesionales.....	22
6. Ser médico de médicos.....	22
7. Confidencialidad	24
8. Influencia de los conocimientos	24

9. Trato	26
10. Impacto laboral.....	26
11. Sentimientos.....	28
DISCUSIÓN.....	30
1. Sesgos y limitaciones	30
1.1 Limitaciones en cuanto a la elaboración del trabajo	30
1.2 Limitaciones en la búsqueda bibliográfica.....	30
1.3 Limitaciones en el reclutamiento	30
1.4 Limitaciones en la codificación.....	31
2. Discusión del piloto cualitativo y la bibliografía revisada	31
CONCLUSIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	44
Figura 1.- Diferencias metodología cualitativa y cuantitativa.....	44
Figura 2.-Criterios de cientificidad y procedimientos que la garantizan en función del paradigma cuantitativo o cualitativo de investigación	44
Figura 3.-Características de la entrevista	45
Figura 4.-Guión de las entrevistas.....	46
Figura 5.- Perfiles de las entrevistas realizadas.....	49
Figura 6.-Consentimiento escrito	50
Figura 7.- Enfoque de análisis en progreso de investigación cualitativa	52
Figura 8.-Códigos utilizados en MAXqda12	53
Figura 9.- Distribución de algunos verbatim/entrevista	54
Figura 10.- Frecuencia de aparición de cada uno de los verbatim de “Sentimientos”	55

RESUMEN

Introducción. Los médicos tienen un modo de enfermar distinto al de la población general: niegan la enfermedad y tienden a buscar ayuda de un compañero. Según la literatura, los residentes también tendrían comportamientos particulares a la hora de padecer una enfermedad. Este estudio pretende analizar su comportamiento y proceso asistencial.

Material y métodos. Se captaron tres hombres médicos adjuntos que habían estado enfermos durante la residencia mediante un intermediario: uno de ellos padeció pericarditis, otro un proceso crónico reumático del ojo y otro una fractura de un metatarsiano y una apendicitis. Se les hicieron y grabaron una entrevista a cada uno, se transcribieron y se analizaron mediante MAXqda12.

Resultados. Los verbatim referentes a diferencias médico-no médico eran mayoritariamente positivos, aunque algunos admitieron abiertamente que pensaban que ser médico era una desventaja. Todos ellos pasaron por una fase de negación, aceptando la enfermedad cuando no había otra salida. Hay una tendencia a retrasar las bajas laborales y a adelantarlas todo lo posible. Dos de ellos ganaron mucha empatía con los pacientes. No tuvieron problemas con la sobrecarga de trabajo a otros. La Comisión de Docencia les dio facilidades. La asistencia de un médico a otro médico resulta insatisfactoria, la confidencialidad se perdió, y la influencia de los conocimientos provocó varios casos de auto-asistencia.

Discusión. Los residentes ya se sienten incómodos como pacientes y tienden a negar la enfermedad, ocasionando retraso diagnóstico y alargamiento de la baja laboral. El auto-tratamiento sólo funcionó cuando se estaba muy familiarizado con la patología. Padecer una enfermedad puede llevar a mejorar la relación médico-paciente. No parece que se le dé importancia a la pérdida de la confidencialidad, pero esto podría ser porque las enfermedades de los entrevistados carecen de estigma, y por las características del reclutamiento. Los residentes se sienten juzgados al tratar a otros médicos.

Conclusión. Deberían realizarse programas de concienciación al residente y a los adjuntos acerca de los riesgos que supone retrasar la atención médica y el auto-tratamiento. También debería capacitarse a los médicos para tratar a otros médicos y mejorar su proceso asistencial, así como aumentar el nivel de confidencialidad.

ABSTRACT

Introduction. Doctors get sick in a different way from the general population: they deny their illness and rely on a colleague when they need medical attention. According to some articles, junior doctors behave in a special way too when they're sick. This study tries to analyse their behaviour and how they get medical care.

Material and methods. Three men -senior doctors who were sick during their residency- were recruited by an intermediary: one of them suffered from pericarditis, another one from a rheumatic process of one of his eyes and the last one from an appendicitis and a metatarsal's fracture. They were interviewed, and the three interviews were recorded, written out and analysed using MAXqda12.

Results. Verbatims which referred to differences doctor-non doctor were mostly positive, but some of the interviewees admitted that being a doctor was a disadvantage. All of them went through a denial phase, only accepting their disease when they couldn't hang on with it. There's a tendency to delay the sick leave and to go back to work too early. Two of them were more understanding with their patients. The work overload didn't cause any problem with their colleagues. The Teaching Committee supported them. Medical care from one doctor to another was unsatisfactory, there wasn't any confidentiality and the influence of knowledge led to some cases of self-treatment.

Discussion. Junior doctors feel awkward as patients, and they tend to deny their disease. This leads to delayed diagnosis and longer sick leaves. Self-treatment only worked when the resident was really familiar with his disease. Being sick can lead to improve the relationship between doctors and patients. Confidentiality wasn't considered important, but this could be explained because of the absence of stigmatization of our interviewees' diseases and the characteristics of recruitment. Junior doctors feel judged when they assist other doctors.

Conclusion. Some programmes in order to raise junior and senior doctors about the risks of delaying medical care and self-treatment should be organised. Also, doctors should be trained to be able to assist other doctors and to improve their medical care, and raise the level of confidentiality.

Palabras clave: residente, enfermo, ética, auto-tratamiento, auto-cuidado

Key words: junior doctor, sick, ethics, self-treatment, self-care

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Los médicos constituyen un grupo social con ciertas particularidades en cuanto al cuidado de su salud^{6,25,37,38}. Al enfermar, tienden a negar su enfermedad, se resisten a adoptar el rol de pacientes^{2,6,25} y prefieren consultar a un compañero de manera informal^{3,25}, o se auto-diagnostican y auto-tratan ellos mismos^{6,7,14,25}. La automedicación es una característica diferencial de este colectivo, y tiene, además, un elevado nivel de aceptación^{6,14,26}.

En el caso de las enfermedades mentales, muy prevalentes entre este colectivo⁶, los médicos ni siquiera consultan a un compañero por miedo a perder la confidencialidad^{2,6}, y simplemente le restan importancia. Esto, sumado a los altos niveles de estrés de la profesión, podría justificar las altas tasas de suicidio entre doctores, muy superiores a las de otros colectivos del mismo nivel socio-económico^{2,6,39}.

Aún con todo, los médicos continúan acudiendo al trabajo, y esperan que sus compañeros hagan lo mismo, cuando padecen enfermedades por las que darían la baja a sus pacientes^{2,6}. Esto se ve condicionado por la negación de la enfermedad y por la conciencia de la carga de trabajo al resto del equipo que supone la ausencia de un profesional². Este comportamiento puede traer graves consecuencias, tanto para ellos como para los pacientes.

Ya en anteriores estudios⁶ se consideró que, debido a las características diferenciales de la etapa en la que se encuentran, los residentes tenían bastantes diferencias con los médicos en activo, por lo que quizás tengan otro comportamiento a la hora de enfermar. Por ello, nos centraremos en ellos para intentar comprobarlo.

Médicos residentes

Actitud frente a la enfermedad y automedicación

Los residentes parecen haber adquirido ya el rol de médicos y la incompatibilidad con el de paciente^{4,7}. Esto hace que tiendan a consultar informalmente a otros compañeros, o bien a diagnosticarse y tratarse ellos mismos^{3,9,22}, si bien en algunos artículos⁷ la mayoría admiten seguir tanto circuitos asistenciales formales como informales.

La razón principal a la que se hace alusión para buscar circuitos alternativos es la falta de tiempo^{3,7,14}, debido a las demandas de la residencia; otras fueron^{3,7,14} la facilidad de acceso a la opinión experta de los colegas, poseer conocimientos acerca de la

enfermedad y el hecho de no entender la necesidad de tener un médico de cabecera. El miedo a la pérdida de confidencialidad parece haber perdido importancia, lo cual podría achacarse a un progreso de los tutores en hacer que se encare el estigma, o bien simplemente a que las elevadas exigencias de la residencia hacen que quede en un lugar secundario⁷.

Los residentes que no tienen médico de cabecera son tres veces más propensos a consultar a un compañero o auto-tratarse que aquellos que sí tienen uno³. Diversos estudios^{14,24}, entre los cuales está el de Bruguera et al.²¹, confirman que sólo un pequeño porcentaje de médicos residentes acuden a su médico de atención primaria.

En cuanto a la auto-prescripción, se ha visto que es un fenómeno muy extendido entre residentes^{3,7,9,10,14,23,24,27}. Esto puede entenderse como una reacción a la intensa presión de la residencia y el poco tiempo del que disponen¹⁴. Los fármacos más frecuentemente auto-prescritos han resultado ser antiinflamatorios, analgésicos y antihistamínicos^{1,10,14}; también, en menor proporción, antibióticos, anticonceptivos e incluso antidepresivos y fármacos psicotrópicos^{1,10,14,23,27}. Algunas auto-prescripciones se consideran aceptables, pero preocupa el uso de antidepresivos y fármacos psicotrópicos sin un tratamiento pautado, y, en cualquier caso, se cuestiona la objetividad con la que se ha realizado la prescripción, ya que no hay distancia clínica que asegure la objetividad^{1,14}. Dadas las características de los principales fármacos auto-prescritos, y aún reconociendo que ésta es una práctica generalizada entre residentes, el Estudio sobre la salud de los residentes en Cataluña¹ considera que el residente no está expuesto a procesos de automedicación, aunque admite que muy probablemente lo esté en el futuro. Esto podría explicarse porque en la residencia se adquieren patrones de comportamiento que seguramente serán los que se mantengan durante toda la vida profesional⁷.

Psicopatología

Por otro lado, la residencia es un período duro, con un alto nivel de exigencia y responsabilidad⁵; eso, sumado a los acontecimientos vitales del residente, hace de este periodo de formación una etapa que puede predisponer a distintos trastornos psicológicos y al consumo de tóxicos^{5,6,15-20}. La causa más significativa ha sido la interferencia con la vida extra-laboral y la falta de tiempo libre^{1,5,15,18,20}. Se han encontrado otros, como los rasgos de personalidad neuróticos y obsesivo-compulsivos y la falta de reconocimiento por parte del tutor y superiores^{1,8,18,20,33}.

El estrés, el malestar psicológico, ansiedad, la depresión y el burnout³¹ son frecuentes durante la residencia. La prevalencia de estas patologías es superior a la de la población general^{1,16,18-20}. La mayoría de los estudios analizados coinciden en que estos trastornos son más frecuentes durante los primeros años de residencia^{5,18-20,32}; sin embargo, en el estudio de la fundación Galatea¹ no se encuentra una prevalencia diferenciada según el año de residencia. Asimismo, éste estudio y otros¹⁵ no encuentran diferencias según la especialidad médica, mientras que otros asocian una mayor prevalencia de estas patologías con las especialidades quirúrgicas, psiquiatría, anestesia, UCI, medicina interna y urgencias^{5,18,19,34,35}.

A pesar de la alta prevalencia de las enfermedades mentales en este colectivo, los residentes se muestran reticentes a buscar atención médica para éstos problemas, ni siquiera de manera informal^{3,9}. Tienden a restar importancia al problema, incluso muchos de ellos ni siquiera son conscientes de padecer patología mental o de estar en riesgo de suicidio^{5,15,17}. Esto supone un gran riesgo: al no buscar ayuda, sólo un pequeño porcentaje recibe tratamiento^{3,15,17}.

Suicidio

Se ha comprobado que los residentes, en especial las mujeres¹⁷, tienen un mayor riesgo de suicidio que la población general. Las especialidades quirúrgicas y psiquiatría parecen tener un mayor porcentaje de casos de ideación suicida, quedando medicina de familia con un número algo más bajo pero muy similar^{18,34}.

El autocuidado inadecuado y la falta de conciencia de enfermedad para las patologías mentales, favorecen la ideación suicida e intentos autolíticos^{2,3,17,18}. Otros factores importantes son la personalidad neurótica, el alto nivel de autocrítica y estrés, el aislamiento social debido a la carga laboral y el padecimiento de enfermedades somáticas^{18,20}.

Sin embargo, el problema más preocupante es que los residentes no son conscientes de estar en riesgo de suicidio, o bien se niegan a buscar ayuda debido a la estigmatización y el miedo a ser inhabilitados^{2,3,17,18}.

Consecuencias de que el médico caiga enfermo

Los residentes que han padecido una enfermedad a lo largo de sus vidas se sienten menos preparados para empezar a trabajar⁴.

El abuso de sustancias y la patología mental, en especial el burnout y la depresión, condicionan un peor rendimiento y llevan a cometer un mayor número de errores

médicos^{5,6,10,11,12,15,18,19,30}. Algunos artículos, como el de Fahrenkopf et al.¹⁵, ponen en duda que el burnout aumente el número de errores cometidos, si bien afirma que la depresión hace que se cometan hasta 6 veces más errores médicos.

Cabe destacar que tanto estos trastornos psicológicos como las largas jornadas laborales y la presión de la residencia interfieren con el aprendizaje, ya que se ve afectada su capacidad de concentración y retención debido al agotamiento; esto a su vez también acabaría aumentando el número de errores médicos^{6,8,18,19,30}.

Las consecuencias pueden ser devastadoras, tanto para el paciente y sus familias como para el profesional^{8,11,15,18,19}. Al cometer errores, se retroalimentarían los sentimientos de malestar emocional, creando un círculo vicioso y llegando a ser el residente una “segunda víctima”^{8,15}.

A la vista de todo esto, resulta preocupante que, en algunos estudios, el 54% de los residentes nunca haya perdido un día de trabajo por enfermedad³.

Sin embargo, que los residentes padezcan patologías a veces también tiene un lado positivo: aquellos que habían estado enfermos o habían tenido a un ser querido enfermo eran más empáticos y estaban más centrados en el paciente, afectando a su práctica clínica y procedimientos^{4,7,13,28,29}.

Hábitos y estilo de vida

En algunos artículos, los residentes afirman que la residencia ha afectado negativamente a su salud, y algunos estudios coinciden en que ésta les predispone a un mayor riesgo de abuso de sustancias y de problemas de salud por exposición laboral^{3,7,9,10}.

A pesar de ello, la mayoría de los residentes considera que posee una buena salud general, aunque sus hábitos no pueden considerarse del todo idóneos^{1,36}. En el estudio sobre los residentes catalanes¹, pocos de ellos realizaban ejercicio físico y sólo algo más de la mitad llevaba una dieta equilibrada. Se encontró un 28% de fumadores, aunque no se objetivó consumo de alcohol de riesgo. Las relaciones sexuales insatisfactorias multiplicaban por cuatro la probabilidad de sufrir malestar psicológico.

Se ha comprobado que los médicos con hábitos saludables aconsejan con mayor convencimiento y frecuencia a sus pacientes, por lo que debería concienciarse a los residentes para que mejorasen sus hábitos y así realizar una mejor asistencia⁷.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

- HIPÓTESIS

- Los médicos tienen unas características específicas que hacen que lleven el proceso de enfermar de manera distinta a la población general.
- Dentro de este colectivo, y debido a las características especiales del periodo de residencia, parece que este grupo podría tener sus propias características diferenciales en el proceso de enfermar

- OBJETIVOS

- Describir el proceso de enfermar de los residentes a partir de las experiencias de residentes enfermos, o bien de médicos que hayan estado enfermos durante su residencia
- Conocer cómo es el proceso asistencial que han seguido y comprobar si se ve favorecido o perjudicado por el hecho de ser médicos
- Analizar el impacto que su enfermedad ha tenido en diferentes esferas: laboral, aprendizaje vital, sentimental...
- Establecer una serie de recomendaciones sobre el abordaje y manejo del residente enfermo

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este estudio, se decidió utilizar metodología cualitativa. Este tipo de metodología permite estudiar en mayor profundidad aspectos, comportamientos, percepciones y actitudes en el proceso de enfermar, que no podrían ser analizados profundamente con metodología cuantitativa⁴¹. En anexos, **Figura 1**, pueden verse algunas de las principales diferencias entre ambos tipos de metodología.

Para asegurar el rigor metodológico, se consideraron los criterios de validez⁴⁴ expuestos en la **Figura 2** del apartado “Anexos”, donde se exponen los correspondientes a los estudios cuantitativos y sus equivalentes en metodología cualitativa. Además, la replicabilidad de este estudio ha sido revisada por un experto en metodología cualitativa, la dra. Febrel.

Para la realización de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica y una serie de entrevistas.

Debe aclararse que este proyecto constituye un Trabajo de Fin de Grado del grado en Medicina, de la Universidad de Zaragoza, y que es una fase piloto de un proyecto más amplio, donde se profundizará más acerca del tema investigado.

1.Revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda en diferentes gestores bibliográficos.

En el buscador “ScienceDirect” se introdujeron varios términos:

- “resident” “stress” “coping” “strategies”: 10.113 resultados, 1 seleccionado
- “doctor” y “healthcare”, con 44.081 resultados, 1 seleccionado
- “Residente”, “autocuidado”, 165 resultados, 1 seleccionado
- “resident”, “suicide”, 11.180 resultados, 1 seleccionado

En Pubmed se introdujeron los términos “self-prescription” y “resident”, obteniendo 3 resultados, de los cuales sólo se seleccionaron 2.

En el buscador de la fundación Galatea se introdujo la palabra “resident”, obteniéndose 14 resultados, de los que se seleccionaron 2.

Dada la escasez de bibliografía disponible, el resto de artículos fueron obtenidos a partir de la bibliografía de los artículos encontrados.

2. Entrevistas

2.1 Diseño

Se utilizaron entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas, de manera que el participante puede mantener un discurso coherente en el que él mismo aporta el orden de los temas a estudio, mientras éstos surjan de manera espontánea.

Las características de la entrevista se encuentran en la **Figura 3** situada en “Anexos”.

2.2 Guión

Para poner en marcha esta metodología, es necesaria la elaboración de un guión que trate de centrar la entrevista en los temas clave que se quieren analizar. El guión íntegro se encuentra en “Anexos” como **Figura 4**.

2.3 Aplicación de las entrevistas

2.3.1 Población entrevistada

En este proyecto se planteó realizar entrevistas a residentes enfermos, o bien a médicos adjuntos que hubiesen padecido alguna enfermedad durante su etapa de residencia.

Criterios de inclusión:

- Variables:

- Sexo: mujeres y hombres
- Ámbito de trabajo: especialidades hospitalarias y extra-hospitalarias
- Tipo de enfermedad: aguda o crónica, de leve-moderada a grave

Enfermedad grave: cualquier dolencia o lesión física o psíquica que incapacite temporalmente para la ocupación o actividad habitual de la persona afectada durante un periodo continuado mínimo de 3 meses y que requiera intervención de cirugía mayor en un hospital o tratamiento en el mismo.

Enfermedad aguda: aquellas que tienen un inicio y un fin claramente definidos, y son de corta duración (generalmente menos de 3 meses).

Enfermedad crónica: que persista más de 6 meses y conlleve un cambio de vida adaptativo a la enfermedad con impacto en el trabajo.

- Momento de la trayectoria profesional: médicos enfermos en periodo de residencia o médicos en activo que sufriesen alguna enfermedad durante ese periodo.

- También se tuvo en cuenta la motivación de los participantes, el interés por la bioética y la temática de estudio, así como su capacidad de reflexión e introspección para profundizar en el discurso.

2.3.2 Acceso al informante

Cuestiones éticas dificultan la búsqueda directa de este perfil de entrevistados, con lo que se ha creado la figura de “intermediario”, que se encarga de la captación de médicos que hayan estado enfermos durante la residencia, o bien de residentes enfermos. Sólo si éstos están dispuestos a participar en el estudio, el intermediario nos pone en contacto con ellos.

2.3.3 Preparación de la entrevista

El contacto con el entrevistado fue por correo electrónico. Se le da la información necesaria respecto a las características y metodología del proyecto sin detallar en exceso, y se procede a concretar la fecha y lugar.

Se ofrece al participante realizar la entrevista en las instalaciones de la Facultad de Medicina, su domicilio u otra localización de su elección, siempre que existan unas condiciones óptimas para realizarla (acústica adecuada, ausencia de interrupciones en el discurso...).

2.3.4 Realización y registro

Se han realizado 3 entrevistas entre febrero y mayo de 2016. Las características de los entrevistados vienen en la **Figura 5**. Las entrevistas se grabaron íntegramente para poder transcribir y analizar posteriormente los datos de manera textual, tras solicitar consentimiento escrito (**Figura 6, Anexos**) y oral al participante, el cual queda registrado en la grabación. Además, se intenta dejar reflejadas las emociones transmitidas por registro no verbal.

La duración aproximada de las entrevistas fue de una hora.

Figura 5.- Perfiles de las entrevistas realizadas

Hombre	Adjunto enfermo durante la residencia	Enfermedad aguda, moderada gravedad (pericarditis)
Hombre	Adjunto enfermo durante la residencia	Enfermedad crónica, moderada gravedad (proceso reumático del ojo)
Hombre	Adjunto enfermo durante la residencia	Enfermedad aguda, potencialmente grave (apendicitis) y enfermedad aguda y leve (fractura metatarsiano pie)

2.4 Análisis de datos

Básicamente, se siguió el esquema extraído del artículo de M. Almezcuca et al⁴², que se encuentra en Anexos, **Figura 7**.

Se transcribieron las entrevistas de forma textual con la ayuda del programa de transcripción Transcribe! Y Express Scribe.

Las entrevistas fueron divididas conceptualmente en los temas más relevantes. Inicialmente fueron los propuestos en el guión de la entrevista, pero, tras lecturas repetidas de las entrevistas, fueron apareciendo más, que se sumaron como nuevas categorías o subcategorías.

Tras esto, se procedió al análisis de las entrevistas mediante el programa MAXqda12. Se trata de un programa informático que ayuda a segmentar el texto previamente transcrito en unidades de significado o “códigos”, facilitando así su análisis. Así pues, se localizaron los códigos (con sus correspondientes verbatim) de las categorías antes asignadas, en cada entrevista y en el global de todas ellas. De esta manera, los códigos y subcódigos quedaron así:

RESULTADOS

Tras realizar y analizar las 3 entrevistas mediante MAXqda12, observamos que la distribución de verbatim por códigos era distinta en cada una de ellas (en Anexos, **Figura 9** hay un gráfico donde sale la distribución de algunos de ellos) Puede decirse que la entrevista 1 es la que más útil ha resultado para este proyecto, ya que contiene un gran número de códigos distribuidos ampliamente en las diferentes categorías.

Sólo se han analizado los códigos y subcódigos considerados más relevantes en nuestras entrevistas.

RESULTADOS POR CÓDIGOS:

1. Diferencias en la asistencia por el hecho de ser médico

En esta categoría se englobaron todos aquellos verbatim que hacían referencia a diferencias, pero no encajaban en ninguna de las demás categorías.

En general, se han encontrado más alusiones a aspectos positivos que negativos, aunque en algunas entrevistas se afirma claramente que ser médico es una desventaja a la hora de seguir un proceso asistencial. Sin embargo, en el tratamiento y sobretodo en el seguimiento, se han encontrado más verbatim negativos.

- General

Se recogieron aquí todos los verbatim que no correspondían a diagnóstico, tratamiento ni seguimiento.

La mayoría de los entrevistados coincide en que la atención es distinta a la de un paciente que no pertenece al sector médico, a veces simplemente por su actitud ante la enfermedad. Además, coinciden en que no se sienten cómodos con el papel de paciente:

"No, además...te ponen el pijama, no sé qué...(hace una mueca y se ríe) es un poco...no sé"

• Negativo

Los médicos se niegan a adoptar el rol de pacientes y buscan circuitos alternativos, o bien tienden a tratarse ellos mismos. El médico banaliza su enfermedad e intenta reincorporarse lo antes posible. La atención recibida no parece ser percibida como demasiado satisfactoria.

"La mejor atención, pero de la peor forma"

• Positivo

Los entrevistados recalcan la disminución de los tiempos de espera y el acceso directo a profesionales sanitarios y fármacos. También ven como una ventaja el poseer conocimientos acerca de la enfermedad.

"Primero tienes los conocimientos, y después tienes el acceso a... mucho más directo"

- Diagnóstico

• Negativo

Se tiende a diagnosticar sólo lo más evidente, frenando el principal proceso y no investigando demasiado las alternativas o las enfermedades subyacentes.

• Positivo

La apreciación general en esta parte del proceso asistencial es positiva. Los residentes tienen un acceso mucho más rápido y directo a los profesionales sanitarios, y además saben cuáles tienen mayor prestigio. El personal sanitario parece volcarse en el caso para dar con un diagnóstico, y las dudas pueden resolverse rápidamente.

"Seguí un circuito...(chasquea la lengua)...a ver...inicialmente, pues...casi colado"

- Tratamiento

• Negativo

Como ya se ha dicho, se pone remedio al proceso más inmediato, no indagando mucho más. Los tratamientos a veces son explicados rápidamente y dados por sobreentendidos al ser el paciente un médico, lo que produce confusiones a la hora de su administración.

"Me atendió súper bien, de hecho, súper bien atendido, pero quizás ahí el tema es que...con otros a lo mejor hubieran dado el paso más duro: buscar genética o buscarte tal, pero...inicialmente quieren pararlo con corticoides,"

• Positivo

A pesar de lo anterior, los residentes se sintieron bien atendidos en cuanto a esta etapa diagnóstica, ya que en principio se puso mucho interés.

- Seguimiento

• Negativo

Parece que quiere dársele confianza al residente no citándolo formalmente y ofreciéndole la posibilidad de acudir a consulta cuando quiera; sin embargo, esto hace que nadie se haga realmente cargo de él y que acabe desubicado. Algunos residentes, a pesar de llevar un seguimiento intensivo, no fueron diagnostiados de la patología subyacente hasta que volvieron al circuito normal y fueron citados en la especialidad correspondiente.

"El dejarte la puerta abierta y ven cuando quieras...es un arma de doble filo, eso ya lo sabéis bien. Es...puedes venir siempre o no puedes venir nunca"

• Positivo

La actitud de los médicos que llevan el proceso asistencial, a pesar de que a veces suponga un retraso diagnóstico o incertidumbre a la hora de hacer el seguimiento, es percibida como de disposición total. En ocasiones se realizan controles mucho más frecuentemente que en el caso de una persona no sanitaria.

- Considera que no hay diferencias

Sólo uno de los entrevistados consideraba que no había grandes diferencias entre el proceso de enfermar de un residente y de la población general, si bien sus enfermedades no fueron graves y no cronificaron, de manera que quizás no le dio tiempo a valorarlo detenidamente. Además, sí que admite que los tiempos de espera y la accesibilidad eran mejores con respecto a los pacientes no-médicos.

2. Información

La mayor parte de los verbatim correspondían a la categoría “suficiente“, si bien no superaban por mucho al resto de ellas.

- Inadecuada.

Se hace referencia a la dificultad de comprender la información que se está transmitiendo mientras se sobrelleva la carga emocional que ésta supone, que no es tenida en cuenta. Las consultas se califican como “desestructuradas y rápidas”.

- Sobreentendida

Dos entrevistados coinciden en que se omite información, o bien se explica pobremente el tratamiento suponiendo que el paciente, por el hecho de ser médico, sabe de qué se está hablando.

"Una de las cosas que me pasaba era que, como te dan por médico, te dicen los colirios, el tratamiento, te tomas una cada 8, otra cada 6, otra cada 4 (...). Me las decían, me acordaba, y luego llegaba a casa y se me habían olvidado"

- Búsqueda de información

Tan solo el primer entrevistado habla acerca de este tema, y además de manera contradictoria: primero afirma no haber buscado nada acerca de su enfermedad en internet o similares, recalando una fe ciega en su oftalmólogo; sin embargo, más tarde admite haber ido a Barcelona a por una segunda opinión.

- Suficiente

La información parece suficiente en los procesos agudos, como la apendicitis, si bien es cierto que quizás no haya mucha información que transmitir. Por otra parte, en procesos más complejos, los residentes agradecen poder resolver las dudas de manera rápida..

3. Impacto familiar

La cantidad de verbatim referentes a enfermedad compartida o no compartida es muy similar, lo cual podría llevar a pensar que depende más de la personalidad de cada uno que de ser médico o no.

- Enfermedad no compartida

Inicialmente, existe una tendencia a intentar escapar del rol de enfermo: no quiere comunicarse la enfermedad, se evita ser cuidado, apoyado... Incluso, a veces, se ve a la familia como un estorbo:

"No van a aportar nada y voy a tener que estar cuidando yo de ellos, y bastante tengo con cuidarme de mí como para tener que cuidar a más"

Esta actitud puede mantenerse, o bien acabar pasando a la siguiente categoría.

- Enfermedad compartida

Tras aceptar la enfermedad, se tiende a pedir ayuda a familiares, o simplemente apoyo en el proceso de la enfermedad. La familia también puede intentar ayudar al residente a abandonar su rol de médico y comportarse como paciente.

4. Aprendizaje

Este código hace referencia a todo lo aprendido a partir de la experiencia de estar enfermo, y cómo ha podido influir en la práctica clínica y en la vida. El mayor número de verbatims encontrados pertenece a la categoría "empatía", seguido de "cambios en la escala de valores".

- Empatía

El hecho de haber estado enfermo cambia el punto de vista de los residentes y hace que entiendan mejor a sus pacientes: son más comprensivos con los sentimientos que experimentan, dan más importancia al tratamiento de determinados síntomas (como el dolor) y entienden las dificultades de los enfermos a la hora de seguir un tratamiento o de enterarse de lo que les está ocurriendo.

Podría decirse que el hecho de haber estado enfermo puede llegar a mejorar la relación médico-paciente.

"Cada uno se tendría que poner malo alguna vez. No en plan crónico, pero vivirlo desde ese lado y acordarte de cómo has estado. (...)Creo que sí, que eso humaniza un poco más."

- Cambios en la escala de valores

El hecho de estar enfermo y haber estado alejado del hospital y del ritmo de vida de la residencia por un tiempo hace valorar mucho más todo lo que se había dejado de lado (vida familiar, social...) y se le resta algo de importancia a la residencia.

"Quizás la residencia te la tienes que tomar de otra manera, no apurarte tanto, no darle tanta importancia a lo que quizás no la tiene, porque es así, no tiene tanta importancia"

- Cambio en la asistencia

Se intentan mejorar las cosas que quizás echaron en falta en su propia asistencia: los entrevistados admiten priorizar la disminución del dolor, prescribir tratamientos lo menos molestos posibles y tener más paciencia, explicando las veces que sean necesarias las dudas de los pacientes.

"Cuando veo un paciente que es pesado, (...) guiño así un poco el ojo, lo veo por el otro lado, y hago "bueno, ¿te acuerdas, no?" Freno y sigo, o sea que hasta cierto punto le saco provecho..."

5. Papel de los Colegios Profesionales

Ninguno de los entrevistados afirma haber tenido ningún contacto con el Colegio de Médicos durante su proceso de enfermedad; es más, ni siquiera se lo habían planteado. Parece que ninguno de ellos está al corriente de las funciones de esta institución.

6. Ser médico de médicos

Las categorías donde más verbatim se han encontrado han sido "Trato preferente" e "Incomodidad".

- Trato preferente

El hecho de asistir a otro médico hace que se tenga más empatía con él, se le expliquen más las cosas y que se ponga más interés en su proceso. Las dudas son respondidas rápidamente y se otorgan ciertos privilegios y confianzas, como acudir cuando se quiera a consulta o reducir las esperas en urgencias.

"Igual el médico que se pone delante de un médico enfermo, queremos tener un poco de empatía con él y con confianza explicar las cosas, quizás le pones un poco más de interés en explicarle mejor"

- Incomodidad

Se afirma abiertamente que tratar a un médico es incómodo en varias ocasiones, y que es difícil ser neutro. Esta intranquilidad se explica en parte por un cierto

temor de los residentes a las posibles peticiones excesivas por parte de un adjunto como paciente.

"No te ves cómodo porque (...) si no es buen paciente y está constantemente demandándote cosas o de estos pacientes que te medio atacan y lo tienen todo preparado porque se lo saben todo perfectamente mucho más que tú, que suele pasar."

- Sentirse evaluado

Al asistir a un médico, especialmente si se trata de un adjunto, los residentes se sienten juzgados y, en ocasiones, cuestionados en sus decisiones clínicas. Esto les provoca miedo a hacerlo mal, y también rabia si el cuestionamiento es muy evidente.

"¿Y si la cago? Joder, voy a quedar mal"

Según se ha visto, los adjuntos tienden a pedir ser atendidos por otros adjuntos, mientras que los residentes no verbalizan esta preferencia, si bien es verdad que en ocasiones cuestionan la capacidad de los residentes menores.

"Me enseñaron la radiografía, la técnica de rayos, al final ya...y vi la fractura. (...) Era una línea muy sutil (...), pero clínicamente estaba claro, yo no sé si, por ejemplo, la RI que estaba allí la hubiese diagnosticado bien."

- Influencia de ser colega

Este código se refiere a tratar a un médico con el que se tiene algún tipo de relación: amigo, compañero de trabajo... Hay una pérdida de objetividad que dificulta el proceso asistencial.

"Empatizas mucho, empatizas mucho, que muchas veces empatizar demasiado está hasta mal porque pierdes la relación médico-paciente"

- Presunción de conocimientos

Suele presuponerse que el residente ya conoce algo acerca de su proceso y tratamiento, quizás por querer evitar que se sienta cuestionado. De esta manera, se obvian datos importantes y la asistencia queda algo desestructurada.

- Tranquilidad

Al ser el paciente un médico, aquel que lo asiste puede estar seguro de que está comprendiendo lo que se le está explicando, y de que además lo aprueba. Esto crea en el residente la sensación de estar respaldado por alguien que tiene más experiencia.

Sin embargo, sólo se hace alusión a esta sensación de tranquilidad en una de las entrevistas, aunque el residente admite que, en general, tratar a médicos resulta incómodo y que no le gusta.

"Sabes que te están entendiendo, y que además están conformes con lo que les estás diciendo. Y eso es de agradecer."

7. Confidencialidad

- General

Los residentes admiten que se perdió la confidencialidad durante sus procesos asistenciales, pero no parecen en absoluto preocupados por ello.

- Pérdida como perjuicio

Los entrevistados admiten que en enfermedades que puedan dar más pudor, sí que la pérdida de confidencialidad podría suponer un problema, ya que al acudir a recibir tratamiento al hospital en el que se trabaja, todo el mundo acaba por enterarse de lo que ocurre.

- Pérdida como beneficio

Los residentes parecen dispuestos a sacrificar la confidencialidad en favor de una mejor atención sanitaria y para recibir apoyo de sus compañeros. También están dispuestos a perderla con fines docentes.

"Casi mejor, cuantos más me lo solucionen, mejor, ¿no?"

8. Influencia de los conocimientos

- Interpretación de signos y síntomas

Los entrevistados admiten que sus conocimientos influyen en gran manera a la hora de sospechar un proceso u otro según sus síntomas, aunque a veces ese auto-diagnóstico no coincide con el real.

"Además de que conocer el proceso...tú te auto-diagnosticas y tienes una...una baraja...o sea un diagnóstico diferencial, pues como tienes con

cualquier paciente, pero lo tienes contigo mismo, y le das la gravedad que tú consideras oportuna, y en función de eso pues vas actuando."

La tendencia inicial es a restar importancia al proceso sospechado, retrasando la búsqueda de asistencia sanitaria hasta que se hace evidente que no se puede demorar más.

"En principio, con la anisocoria fue una negación, luego cuando vino el dolor, ya no quedaban más narices que eso."

- Auto-asistencia

Esta categoría recoge aquellos verbatim en los que los residentes han ejercido de médicos consigo mismos: auto-prescripciones, cambios de tratamientos, auto-seguimiento,...Todos los entrevistados admiten haber realizado este tipo de prácticas.

"Somos muy malos pacientes, por lo que hablamos, porque como ya sabemos, tenemos ahí una tara mental profesional, de base, que es "como yo ya sé, ya me sé cuidar"."

Algunos consideran que, para patologías leves, esto puede ser tolerable hasta cierto punto; otros incluso llegan a cuestionar la utilidad de ir al médico.

"Bueno, pero si yo sé tratar las cosas, ¿para qué voy a ir? Si voy a ir para nada"

Esto puede resultar desfavorable en algunos casos: recaídas ocasionadas por el adelanto del alta, brotes de enfermedad debidos a cambios a criterio propio sobre el tratamiento pautado...

- Hipocondriasis

Los residentes admiten que, en ocasiones, sus conocimientos hacen que asocien síntomas con un diagnóstico mucho más grave del que tienen en realidad, solicitando pruebas diagnósticas innecesarias.

"Un compañero...estaba con diarreas y estaba pensando que era...un proceso oncológico de no sé qué...Pero ya se había empezado a preocupar, analíticas con marcadores,..."

9. Trato

- General

El trato recibido fue percibido en general como bueno, más cercano de lo que podría haber sido en el caso de no ser médicos. Sólo uno de los entrevistados afirma que no vio diferencias en ese aspecto, si bien admite que desconoce si los médicos que lo atendieron sabían que era residente.

- Diagnóstico

Parece haber una gran implicación por parte del personal sanitario para ayudar en el diagnóstico de los residentes: éstos son colados en urgencias, atendidos directamente por un adjunto, se les adelantan las pruebas diagnósticas... Los médicos parecen preocuparse y volcarse bastante con estos casos, resolviendo las dudas rápidamente y ofreciendo confianza.

- Tratamiento

En este caso, el trato en general también es considerado como positivo; sin embargo, en una de las entrevistas se hace alusión a la falta de tacto de un adjunto, que obvia la parte humana de la enfermedad.

"Llamó a otra compañera y le dijo: "es que ya no sé qué ponerle". Estuve por decirle: "que estoy tuerto, pero no sordo, que te estoy oyendo", ¿no?"

- Seguimiento

De nuevo, los médicos ofrecen una gran disponibilidad, ofreciendo a los residentes la posibilidad de acudir cuando deseen a la consulta. Sin embargo, algunos de ellos se sintieron perdidos durante su seguimiento, o bien notaron cierto desinterés por su proceso, sin un adjunto concreto que se responsabilice de su caso.

"Te atienden mucho más, pero al final, yo creo que a veces peor... porque si tienes más procesos se van perdiendo algunas cosas en el camino"

10. Impacto laboral

- Sobrecarga de trabajo a otros

Todos los entrevistados coincidieron en que, a pesar de la falta de personal, no tuvieron problemas con sus compañeros a la hora de cubrir sus guardias. En todos los casos se remarca el buen ambiente en el equipo de residentes y que nadie fue presionado para reincorporarse antes.

"En ningún momento tuve ningún problema. Además tengo la fortuna de que somos un grupo como muy familiar, muy unido, (...)se reparten y no hay más problema"

- Comisión de Docencia

Parece tener un papel importante en aquellos procesos más crónicos. Los residentes en cuyo proceso intervino la Comisión afirman que se les transmitió bastante apoyo y tranquilidad desde allí. Esta unidad ayuda a gestionar la situación para hacerla más llevadera y ofrece facilidades a los residentes para solucionar sus problemas en cuanto al periodo docente: adaptación de horas de trabajo, prolongación de la formación acordada con el residente...

"No pasa nada, se hacen ellos responsables y creo que es importante que tengan el detalle de estar pendientes, de decir cuatro cosas."

"Perdí cuatro meses o así en el centro de salud, me alargaron luego tres o así..."

- Actitud de compañeros/jefes

Esta categoría englobaba 3 subcódigos: apoyo, encubrimiento y cuestionamiento. Sin embargo, los residentes sólo han hecho referencia a la primera. Todos los entrevistados parecen estar contentos con el apoyo y atención recibidos por parte del resto del personal hospitalario. Los tres coinciden en el buen ambiente laboral y en que se han sentido respaldados y comprendidos por sus compañeros.

"La verdad, con eso estoy encantado, estoy encantado de detalles que tienen tus compañeros de vez en cuando, estar pendientes... es una muy bonita experiencia que te queda"

- Baja laboral

En algunas entrevistas no queda muy claro quién da la baja al residente. Por lo general, tratan de restar importancia a la enfermedad y de retrasar y acortar la baja a toda costa, a pesar de las recomendaciones. Esto supone recaídas y, finalmente, una baja laboral más larga de lo habitual.

También parece común entre los residentes continuar trabajando a pesar de encontrarse en mal estado de salud.

"Me he sentado delante de un paciente a historiarlo y demás y me ha dicho que yo estaba peor que él". Esa frase no es poco conocida por el residente."

11. Sentimientos

La frecuencia con la que se han encontrado verbatim acerca de sentimientos puede verse en Anexos, **Figura 10**.

- Confianza

Los entrevistados verbalizan confiar plenamente en los médicos encargados de su asistencia y en su criterio para tomar unas decisiones clínicas u otras. Sin embargo, su actitud resulta contradictoria: se auto-prescriben, realizan el seguimiento por su cuenta, se tratan ellos mismos, no siguen las recomendaciones...Incluso en uno de los casos, el entrevistado, que afirma en varias ocasiones que confía plenamente en su médico, busca una segunda opinión en otra ciudad.

"El médico residente... somos más ignorantes en algunas cosas y cuando nos encontramos mal, (...)confiamos plenamente en el médico"

- Constructivo/positivo

Los residentes coinciden en que se sintieron arrojados por sus compañeros durante su enfermedad y en que gracias a ese periodo han podido sacar conclusiones positivas acerca de la vida y a valorar cosas (como las relaciones personales, la vida extralaboral...) que antes pasaban por alto.

- Control

En las tres entrevistas se ha podido objetivar la sensación de tener la enfermedad bajo control. Es una especie de "ego médico", que hace que, a pesar de las recomendaciones, se le reste gravedad al proceso y el residente crea ser capaz de esforzarse más de lo debido en su situación, de no precisar atención médica o de cambiar el tratamiento a su antojo.

"Que ni guardias, que no forzase nada, que no hiciera nada, que no...Yo dije, a ver, que alguna sí porque no lo veo lógico"

- Negación

Todos los entrevistados tuvieron un periodo, mayor o menor, en el que no querían dar importancia a su enfermedad. En un principio, no quieren asimilar que han pasado a ser pacientes y no siguen las indicaciones médicas, convencidos de que en su caso será distinto.

"Lo vemos como algo que no... quizás no tenemos derecho a tener (ríe) y... bueno, nos embrutecemos un poco con nosotros mismos ¿no? No queriendo estar malitos"

- Aceptación

En los casos crónicos, tras la fase de negación se llega a ésta, aunque este cambio suele ocurrir cuando el propio proceso de la enfermedad ya no deja otra alternativa. Los residentes parecen sobrellevar mucho mejor la enfermedad. Deciden pedir ayuda a sus familias y seguir las recomendaciones médicas, asumiendo, en parte, el rol de pacientes. Son capaces de ver el proceso de su enfermedad como una inversión distinta de tiempo que les ha servido para aprender cosas diferentes, y admiten que deberían haber seguido antes las indicaciones y no haber forzado tanto.

"Sinceramente a poco de terminar que estoy ahora, estoy muy contento con lo que me ha tocado y durante ese periodo al fin y al cabo se aprenden otras cosas que no aprenderías si no estás malito"

- Frustración

Los residentes sienten, al principio, que no acudir al trabajo va a afectar a su formación negativamente. Al avanzar su enfermedad, admiten que el periodo perdido no es tan relevante, llegando a admitir que ellos mismos no valoran lo suficiente lo que hacen, y que su esfuerzo nunca será tenido en cuenta como debería. También expresan frustración al verse en el rol de pacientes y no poder diagnosticar lo que les ocurre o recordar los tratamientos que se les han prescrito.

DISCUSIÓN

1. Sesgos y limitaciones

1.1 Limitaciones en cuanto a la elaboración del trabajo

Primeramente, cabe señalar la escasez de tiempo para realizar un proyecto con metodología cualitativa y analizarlo en profundidad.

Por otro lado, este estudio constituye un Trabajo de Fin de Grado de una estudiante de sexto de medicina, que tiene escasa experiencia en el análisis cualitativo. Para paliar estas carencias, se planificaron una serie de seminarios prácticos con la tutora, otros investigadores del tema y un experto en metodología cualitativa para aprender a usar Endnote y MAXqda12 y revisar sistemáticamente los códigos utilizados, así como exponer aquellas conclusiones a las que cada uno había llegado.

1.2 Limitaciones en la búsqueda bibliográfica

Si la investigación con respecto a la ética del médico enfermo es escasa⁶, la bibliografía sobre el residente lo es todavía más, y esto se acentúa en nuestro país, de donde solo se han encontrado 3 referencias bibliográficas^{1,6,20}. Además, la gran mayoría de los estudios se centran más en la patología mental que en la orgánica.

1.3 Limitaciones en el reclutamiento

Por incompatibilidades de agenda, ha sido imposible encontrar más sujetos disponibles para realizar la entrevista durante estos meses.

Por otro lado, todos los sujetos disponibles en este periodo de tiempo son hombres, de manera que no ha sido posible estudiar si podría haber diferencias condicionadas por el sexo.

También hay que señalar que, por las características del reclutamiento, es más fácil que se entreviste a sujetos que no le dan importancia a la confidencialidad.

Por último, todos los entrevistados son ya adjuntos, y, aunque son jóvenes, quizás tengan ya algo lejana la experiencia de su enfermedad durante su residencia; esto podría hacer que se pierda algo de información acerca de su proceso, si bien quizá ayude a verlo con mayor perspectiva y sean capaces de transmitir conclusiones más claras y menos condicionadas por sus emociones en aquel momento.

1.4 Limitaciones en la codificación

La codificación de los verbatim es subjetiva, depende de la predisposición del investigador para ver los fragmentos desde distintos puntos de vista, de su capacidad de síntesis... Por ello se han intentado organizar reuniones con otros investigadores, tutores y expertos en la materia para revisar el trabajo realizado y así obtener otras visiones del trabajo (triangulación).

A pesar de ello, ciertos códigos propuestos no aparecen en algunas entrevistas, cobrando así más peso aquellos que aparecen más. Debería comprobarse si realmente no tienen importancia o si lo que ocurre es que no están confeccionados adecuadamente.

Cabe destacar que, como indica el estudio de Calderón et al.⁴³, quizás el hecho de que todos los investigadores que hayan participado en la elaboración del trabajo sean médicos puede hacer que se piense que ciertos comportamientos de los entrevistados se han producido condicionados por ser médicos, cuando en realidad puede ser simplemente un rasgo de su personalidad.

2. Discusión del piloto cualitativo y la bibliografía revisada

Las entrevistas analizadas evidencian lo descrito en la literatura: los residentes tienden a banalizar y negar sus enfermedades, rechazando el rol de paciente^{4,7}.

Un gran número de los estudios analizados afirman que el autocuidado de la salud no fue enseñado a los médicos durante la carrera, ni tampoco en la residencia, de manera que los médicos no saben cómo actuar si ellos mismos están enfermos ni reconocer en sí mismos signos y síntomas patológicos^{2,6}. La residencia es la etapa en la que se van asentando los comportamientos profesionales que seguramente se mantendrán en el futuro, con lo cual se espera que estas respuestas maladaptativas se perpetúen. De este modo, aunque se sabe que un porcentaje significativo de residentes desarrollará durante su carrera profesional problemas mentales o adicción a sustancias, pocos de ellos buscarán ayuda de manera adecuada⁹.

En nuestro estudio, todos los residentes pasaron por una fase de negación de la enfermedad, en la cual no siguieron las indicaciones médicas; tras ella, llegaron a la aceptación y comenzaron a solicitar ayuda y tratarse, aunque en la mayoría de los casos esto ocurrió cuando la progresión de la enfermedad no dejaba lugar a otra alternativa.

Aunque muchos de los entrevistados hablan acerca de la necesidad de confiar plenamente en el médico que les atiende, más tarde admiten haber cambiado su

tratamiento, no seguir las recomendaciones, o haber ido en busca de una segunda opinión. Esto refleja un conocimiento teórico acertado acerca de cómo deberían asumir el rol de pacientes, que no es correctamente llevado a la práctica; sin embargo, tranquiliza que, al menos, se tenga cierta conciencia acerca del problema.

Los residentes entrevistados, aunque sí que utilizan los circuitos asistenciales usuales, tienden a consultar con un compañero acerca de su enfermedad y buscar circuitos alternativos, lo cual concuerda con el estudio de Adshead et al.²².

El auto-diagnóstico parece tener cierta aceptación⁷, al menos si se trata de patología leve. Aunque todos los entrevistados acudieron al médico para ser diagnosticados, alguno de los residentes entrevistados cuestionó la importancia de ser examinado por un médico, ya que consideraba que con los conocimientos y medios a su alcance es capaz de gestionar él mismo su proceso asistencial^{3,7,14}.

Este estudio coincide con la bibliografía analizada en la poca importancia que le dan los residentes a la confidencialidad de su proceso⁷. En nuestro caso, los residentes parecen estar dispuestos a perder la confidencialidad si con ello obtienen una mejor atención médica. Por otra parte, no parece que este desinterés por la confidencialidad sea un reflejo de una mejor afrontación de las enfermedades estigmatizantes, sino que es debido a las características de las enfermedades de los entrevistados (orgánicas, de leve-moderada gravedad y sin estigma). Admiten que debería tenerse más cuidado con enfermedades más comprometedoras, con lo que quizás, si hubiesen padecido otro tipo de patología, hubiesen dado mayor importancia a la confidencialidad.

En este caso, al contrario de lo encontrado en otros artículos¹⁴, la incomodidad de adquirir el rol de pacientes no parece condicionada por el hecho de que los médicos que lo asistan sean compañeros, de hecho perciben como positivo que se impliquen varios en su caso.

Por otro lado, la tendencia a la auto-prescripción comienza incluso antes de la residencia, durante la carrera universitaria, y se incentiva al iniciar las prácticas clínicas^{3,14}. En nuestro estudio, se han descrito varios casos de auto-asistencia: cambio del tratamiento pautado, realización autónoma del seguimiento, auto-rehabilitación... así como se ha admitido abiertamente la tendencia de los residentes a la auto-medicación, coincidiendo con varios artículos revisados^{3,7,9,10,14,23,24,27}. En la mayoría de los casos, esto acaba causando un perjuicio al residente. Sin embargo, en el caso del residente de rehabilitación que programó su propio programa de recuperación para la fractura del

metatarsiano, ésta resultó favorable; podría decirse que, hasta cierto punto, esta práctica puede ser aceptable si se conoce muy bien el proceso que se está realizando.

En cuanto a la baja laboral, la tendencia en este estudio parece ser a retrasarla y acortarla lo máximo posible, lo que coincide con otros estudios³. Al final, esto lleva a una recuperación más lenta de lo habitual, con una baja laboral más larga. Quizás debería hacerse más hincapié para mentalizar a los residentes de que, aunque se sientan capaces de ello, no pueden acudir a trabajar en determinadas condiciones.

Los residentes son conscientes de la carga laboral que supone su ausencia², aunque en nuestro caso todos recalcan el buen ambiente laboral y que no hubo presiones de ningún tipo para adelantar su reincorporación. Tampoco parece que hubiese problemas durante la reinscripción: nadie dudó de sus capacidades clínicas debido a su enfermedad. Los entrevistados dicen sentirse apoyados por compañeros y jefes y, aquellos que sufrieron procesos más crónicos, también por la Comisión de Docencia. Ésta les ofreció facilidades y gestionó todo el proceso, alargando a residencia previo acuerdo con el afectado si fuese necesario. En cuanto a los Colegios de Médicos, no parece que tengan ningún papel en el proceso de enfermar de los residentes, y éstos parecen estar poco informados acerca de sus funciones y no estar demasiado interesados en su intervención. La Comisión de Docencia parece ser suficiente, no obstante, sería interesante realizar pequeñas charlas para familiarizar a los residentes con el Colegio de Médicos y sus funciones.

La mayoría de los residentes admite haber pasado por momentos complicados en su proceso (no era infrecuente oír hablar de tristeza, miedo o frustración al estar perdiendo días de aprendizaje); sin embargo, finalmente llegaron a sacar conclusiones positivas.

Por otra parte, los residentes entrevistados afirman empatizar mucho más con sus pacientes tras la enfermedad. Algunos incluso han modificado su práctica clínica y escala de valores personal, con lo que la podría decirse que la enfermedad, en ocasiones, puede mejorar la relación médico-paciente^{4,7,13,28,29}.

No termina de quedar claro si la información recibida, en general, ha sido considerada como suficiente o no. Parece que, sobretodo en el caso de enfermedades cuyo diagnóstico es más complejo, la información es algo más anárquica y a veces no se tiene en cuenta la condición humana del paciente. Además, a veces se da la información por sobreentendida al ser el paciente un médico, lo que contribuye a aumentar la frustración del residente enfermo, que siente que debería saber de qué se le está hablando; esto

también podría influir en los cambios de tratamiento, ya que quizás el residente no comprende bien el motivo de la prescripción que se le ha hecho.

Esto nos lleva a afirmar que, como explica el estudio de Marco⁶, los médicos no están preparados para tratar a otros médicos. El trato sí que es percibido como muy satisfactorio, aunque a veces el exceso de confianza lleve a hacer comentarios que no se harían delante de un paciente no-médico. Sin embargo, los médicos y residentes parecen incómodos al tratar a un paciente que también sea médico, ya que se sienten juzgados y temen equivocarse y ser recriminados; eso les provoca inseguridad y afecta a sus decisiones clínicas. Sin embargo, no se han registrado conductas de evitación: los médicos no se niegan a atender a otros médicos, aunque preferirían no hacerlo. Sólo uno de los entrevistados admite que, si el médico al que atiende mantiene una actitud neutra, podría llegar a sentir tranquilidad al atenderle, ya que estaría seguro de que entiende lo que le explica y de que, además, lo acepta como válido. También se teme mucho la pérdida del prestigio profesional, especialmente si se trata de un compañero de trabajo, ya que su caso es conocido en el hospital. Por ello, quizás el miedo a quedar mal ante los compañeros podría disminuir en parte si mejorase la confidencialidad, aunque esto no modificaría el hecho de sentirse juzgado por el médico al que se está tratando. Éste último sólo podría modificarse si el paciente no hace mención de ser médico, lo cual hace que nos preguntemos si merece la pena o no hacer alusión a ello.

A pesar de encontrar más verbatim positivos que negativos en relación a las diferencias en el circuito asistencial de un médico comparado con una persona no-médico, dos de los entrevistados admiten abiertamente que existen más desventajas que ventajas siendo médico. El tercer entrevistado no ve grandes diferencias, aunque sus procesos fueron más leves y agudos que los de sus compañeros. La etapa diagnóstica se valoró de manera uniformemente favorable, ya que se tiene un acceso más fácil y rápido a la hora de consultar a compañeros y los médicos se implican mucho en el caso. Sin embargo, en las etapas del tratamiento y el seguimiento, las valoraciones, en general, son negativas: pérdidas de seguimiento, responsabilidad por el médico-paciente diluida en el equipo de especialistas, información sobreentendida...Por tanto, podríamos decir que dar a conocer la condición de médico resulta, en principio, favorable a la hora del diagnóstico, aunque a la hora del tratamiento y el seguimiento resulta indiferente, o incluso perjudicial. Sin embargo, esta afirmación no es concluyente dado el escaso número de entrevistados, con lo que es necesario realizar estudios a mayor escala para concluirlo con certeza.

Ya existen en diversos países programas de atención al médico enfermo, organizados por organismos como la AMA, British Medical Council o PAIME, que han demostrado ser efectivos⁶. Sin embargo, los residentes no parecen estar al corriente de los servicios ofertados, por lo que debería realizarse una mayor promoción de los mismos⁹.

Diversos estudios ^{6,7,9,16,17,18,20,40} remarcan la importancia de iniciar programas de educación a los residentes para que sean capaces de reconocer en ellos mismos y en sus compañeros signos y síntomas psicopatológicos, realizar screening entre los residentes para detectar signos y síntomas de depresión¹⁵ o tratar en mayor profundidad el abuso de sustancias y la auto-prescripción, así como mejorar los sistemas de apoyo para aquellos que cometen errores^{10,11,14}.

A pesar de el gran grado de concienciación observado en la bibliografía revisada, y coincidiendo con la tesis de Marco⁶, parece haber carencias en cuanto al planteamiento del cuidado de los residentes con patología orgánica, ya que la mayoría de programas utilizados o propuestos va encaminado a la patología mental. La bibliografía revisada demuestra la importancia y dificultades que suponen las enfermedades orgánicas a la hora de obtener asistencia, con lo que habría que comenzar a plantear programas específicos para mejorar en ese aspecto.

Por otro lado, los códigos “médico de familiares de médicos” y “estudiante” no han sido analizados debido a que escapan a los objetivos de este estudio y a la extensión permitida para el mismo. Sin embargo, la información recogida acerca de ellos podría resultar relevante de cara a estudios más amplios, por lo que los resumiré brevemente:

En “Estudiante” se recogen los verbatim referentes a la experiencia de uno de los entrevistados como estudiante enfermo. A su parecer, no hubo diferencias significativas con otros pacientes no relacionados con la sanidad. Sí destaca que, a raíz de su enfermedad, los estudios continuaron siendo importantes, pero pasaron a un plano secundario.

En cuanto a “médico de familiares de médicos”, se recogen los verbatim en los que se explica cómo es la experiencia de tratar a un familiar de un colega. Los entrevistados afirman que hay médicos que confían en ellos para el tratamiento de sus familiares, y otros que son excesivamente demandantes o que intentan imponer su criterio, especialmente si no son de la misma especialidad que el médico que está asistiendo a su familiar. Dicen sentirse incómodos y juzgados cuando saben que el paciente es familiar de un médico, y tienden a sentirse inseguros en sus decisiones y a perder la objetividad que tendrían con otros pacientes.

CONCLUSIONES

1. Debería ampliarse la investigación en este campo. La mayoría de programas actuales dirigidos a concienciar, prevenir y mejorar la asistencia de enfermedades en médicos se centra sobretodo en psicopatología. La bibliografía demuestra las importantes repercusiones que supone una enfermedad orgánica para un médico, con lo que deberían plantearse programas específicos para este tipo de patologías.
2. Los residentes están en un periodo de aprendizaje en el cual interiorizan los ejemplos a seguir en su práctica clínica. Por ello, debería hacerse hincapié sobre los médicos adjuntos para que mejorasen en su auto-cuidado, y así se transmitiese el ejemplo a los residentes.
3. Debe procurarse una mejora en el proceso asistencial de los médicos, ya que, aunque la apreciación del proceso diagnóstico parece favorable, los sentimientos con respecto al seguimiento son negativos o indiferentes. Este estudio por sí solo no puede afirmar a ciencia cierta si informar acerca de la propia condición de médico resulta beneficioso o perjudicial para el paciente, con lo que deberían realizarse estudios a mayor escala para investigar acerca de ello.
4. La auto-asistencia es una práctica habitual entre médicos residentes. El auto-diagnóstico y auto-tratamiento podría llegar a considerarse aceptable si la patología es muy evidente o bien se está muy familiarizado con ella. No obstante, siempre cabría la duda de hasta dónde se ve afectada la objetividad.
5. En cuanto a los cambios de tratamiento, debería estudiarse si éstos pueden estar en relación con el hecho de que el médico que prescribe dé por supuesto alguna información y no aclare lo suficiente la pauta de administración o el motivo por el que se prescriben esos fármacos.
6. Debería capacitarse a los médicos para tratar a otros médicos, ya que se ha comprobado que no están preparados para ello. Un aumento de la confidencialidad podría mejorar la sensación de estar siendo juzgado por los compañeros de trabajo que conozcan el caso, normalizando, en parte, la asistencia.
7. Las comisiones de docencia parecen estar implicadas y dar apoyo a los residentes enfermos, ofreciéndoles facilidades para hacer más fácil el proceso de su enfermedad y su reincorporación.

- 8.** Existe un gran desconocimiento acerca de las funciones del Colegio de Médicos, con lo que podría resultar fructífero realizar pequeñas charlas para informar a los residentes acerca de ellas y de cómo pueden hacer uso de esta institución.
- 9.** Los residentes parecen tener conciencia de que deben adoptar el rol de pacientes para garantizarse una correcta asistencia, aunque no lo llevan a la práctica. Debería concienciarse a los residentes de la importancia de seguir las recomendaciones médicas desde un primer momento.
El hecho de ser tratados por compañeros de trabajo no parece ser el motivo, al menos en los casos estudiados, que cause o acreciente la dificultad del residente enfermo para comportarse como paciente.
- 10.** Los residentes tienden a retrasar las bajas y adelantar las altas, lo que finalmente ocasiona múltiples recaídas, que acaban por alargar la baja más de lo usual. Debería concienciarse al colectivo sanitario acerca de los riesgos que esto supone para los compañeros, pacientes, y el propio residente y aumentar la supervisión de los éstos para que sean dados de baja y de alta en el momento oportuno.
- 11.** El hecho de haber estado enfermo hace que el residente empatee mejor con sus pacientes, creando relaciones médico-paciente satisfactorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blancafort X., Masachts E., Valero S., Arteman A. Estudio sobre la salud de los residentes en Cataluña. Fundación Galatea. 2009.
2. T. Thompson W., E. Cupples M., H Sibbett C., I Skan D., Braddley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ* 2001;323:728-31
3. Campbell S., Delva D. Physician do not heal thyself. Survey of personal health practices among medical residents. *Can Fam Physician* 2003;49:1121-1127.
4. Woolf K., Cave J., I McManus C., E Dacre J. 'It gives you an understanding you can't get from any book.' The relationship between medical students' and doctors' personal illness experiences and their performance: a qualitative and quantitative study. *BMC Medical Education* 2007, 7:50
5. Niku K., Thomas, M. Resident Burnout. *JAMA*, December 15,2004-Vol 292, No. 23
6. Marco Gómez B. Cuestiones éticas, psicológicas y profesionales en el proceso de enfermar del médico. Trabajo fin de máster en ética médica FFOMC-FOM. Universidad de Zaragoza, 2014-2015
7. Weiss Roberts L., Paik Kim J. Informal Health Care Practices of Residents: "Curbside" Consultation and Self-Diagnosis and Treatment. *Acad Psychiatry* (2015) 39:22-30
8. P. J. Baldwin, M. Dodd and R. W. Wrate. Young Doctors' Health I- How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc. Sci. Med.* Vol. 45, No. 1, pp. 35-40, 1997
9. P. J. Baldwin, M. Dodd and R. M. Wrate. Young doctors' health--II. Health and health behavior. *Soc. Sci. Med.* Vol. 45, No. 1, pp. 41~14, 1997

10. Dhodi DK, Patil KC, Bhagat SB. A study to evaluate the prevalence and pattern of prescription drug abuse among medical students and resident doctors in a tertiary care hospital in Mumbai: A questionnaire based study. *Int J Med Sci Public Health* 2014;3:1254 -1257
11. Colin P. West, MD, PhD; Mashele M. Huschka, BS; Paul J. Novotny, MS; Jeff A. Sloan, PhD; Joseph C. Kolars, MD; Thomas M. Habermann, MD; Tait D. Shanafelt, MD. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy A Prospective Longitudinal Study *JAMA*. 2006;296(9):1071-1078. doi:10.1001/jama.296.9.1071.
12. Tait D. Shanafelt, MD; Katharine A. Bradley, MD, MPH; Joyce E. Wipf, MD; and Anthony L. Back, MD. Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program. *Ann Intern Med*. 2002;136:358-367.
13. G.Jenni O. On the other side of the tracks. *Lancet* 2000; 355: 139–140
14. Jason D. Christie, MD; Ilene M. Rosen, MD; Lisa M. Bellini, MD; Thomas V. Inglesby, MD; Jane Lindsay, MD; Alys Alper, MD; David A. Asch, MD. Prescription Drug Use and Self-prescription Among Resident Physicians *JAMA*. 1998;280(14):1253-1255
15. Amy M Fahrenkopf, Theodore C Sectish, Laura K Barger, Paul J Sharek, Daniel Lewin, Vincent W Chiang, Sarah Edwards, Bernhard L. Wiedermann, Christopher P Landrigan, Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:488
16. Fahad D. Alosaimi, MD, Ayedh H. Alghamdi, MD, Bandar S. Aladwani, MD, Sana N. Kazim, MD and Auroabah S. Almufleh, MD. Work-related stress and stress-coping strategies in residents and administrative employees working in a tertiary care hospital in KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences* (2016) 11(1), 32e40

17. Mark S. Hochberg, M.D., Russell S. Berman, M.D., Adina L. Kalet, M.D., Sondra R. Zabar, M.D., Colleen Gillespie, Ph.D., H. Leon Pachter, M.D. The stress of residency: recognizing the signs of depression and suicide in you and your fellow residents. *The American Journal of Surgery* (2013) 205, 141-146
18. Blanca E.Vargas-Terrez, VanessaMoheno-Klee, JoséF.Cortés-Sotres y GerhardHeinze-Martin. Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida *Inv EdMed*.2015;4(16):229---235
19. José Montiel-Jarquín A.J., Torres-Castillo M.E, Herrera-Velasco M.G., Ahumada-Sánchez O.O., Barragán-Hervella R.G., García-Villaseñor A. y Loría-Castellanos J. Estado actual de depresión y ansiedad en residentes de Traumatología y Ortopedia en una unidad de tercer nivel de atención médica. *Educ Med*. 2015;16(2):116-125
20. O. Granada Jiménez, M. P. Morales Socorro, J. J. López-Ibor Aliño. Psicopatología y factores de riesgo durante la residencia. *Actas Esp Psiquiatr* 2010;38(2):65-71
21. Bruguera M, Gurí J, Arteman A, Grau J, Carbonell J. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clin (Barc)* 2001; 2001:492-494
22. Adshead G. Healing ourselves: ethical issues in the care of sick doctors. *Adv Psych Treat* 2005;11:330-337.
23. Schneider M, Bouvier M, Goehring C, Künzi B, Bovier P. Personal use of medical care and drugs among. Swiss primary care physicians. *Swiss Med Wkly*. 2007; 137: 121-126.
24. Rosen I, Christie J, Bellini I, Asch D. Health and health care among housestaff in four US internal medicine residency programs. *J Gen Intern Med* 2000;15:116-21)

25. Stoudemire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. *Ann Intern Med* 1983;98(1):654-9.)
26. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Gronvold NT, Vaglum P, Ekeberg O. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. *BMC Med.* 2005;3:16 (1-7).
27. McCauliffe WE, Rohman M, Santangelo S. et al. Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students. *N Engl J Med.*1986;315:805-810.
28. DasGupta S, Charon R: Personal Illness Narratives: Using Reflective Writing to Teach Empathy. *Acad Med* 2004, 79(4):351-35.
29. Kern DE, Write SM, Carrese JA: Personal growth in medical faculty: a qualitative study. *West J Med* 2001, 175:92-98.
30. Aguilar-López M, Rovelo-Bustillo M, Padgett D, Reyes-Ticas A.Evaluación de salud mental en los médicos residentes de lospost-grado de medicina de la Universidad Autónoma de Hondurasen el año 2000. *Rev Med Post UNAH.* 2001;6:3-9.
31. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: third edition. In: Zalaquett CP, Wood RJ, eds. *Evaluating Stress: A Book of Resources.* Lanham, Md: Rowman & Littlefield Publishers Inc; 1997: 191-218 ,
32. Tzischinsky O, Zohar D, Epstein R, Chillag N, Lavie P. Daily and yearly burnout symptoms in Israeli shift work residents. *JHumErgol (Tokyo).* 2001;30:357-362
33. Gopal R, Glasheen JJ,Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med* 2005;165:2595-600.

34. TyssenNewbury-Birch^{22,28} Butterfield P. The stress of residency: a review of the literature. *Arch Intern Med.* 1988;148:1428
35. Mascarúa-Lara E, Vázquez-Cruz E, Córdova-Soriana JA. Ansiedad y depresión en médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar. *Aten Fam.* 2014;21:55-7.
36. López MV, Rivero ME, Serra C, Campo M, Raurich M, Bonfill X. Encuesta de salud a los profesionales sanitarios de Barcelona. *Arch Prev Riesgos Labor* 1998;2:55-62.
37. Rohlf I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya” Barcelona: Fundació Galatea. Inc; 2007
38. Firth-Cozens J, Payne R. Stress in health professionals. Chichester: John Wiley et Sons; 1999
39. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry* 1996;168: 274-279.
40. Dabrow S, Russell S, Ackley K, et al. Combating the stress of residency: one school’s approach. *Acad Med* 2006;81:436–9
41. J.J. Mira , V. Pérez-Jovera , S. Lorenzo, J. Aranaz y J. Vitaller. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Aten Primaria* 2004;34(4):161-9
42. M. Amezcua y A. Gálvez Toro. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 423-436
43. C. Calderón. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 473-482

44. Muniesa C. et al. Ética de la relación entre niveles asistenciales: la gestión por procesos del paciente crónico complejo. Trabajo de fin de grado medicina. Universidad de Zaragoza, 2015-2016

ANEXOS

Figura 1.- Diferencias metodología cualitativa y cuantitativa

TABLA 1	Investigación cuantitativa frente a cualitativa	
	Cualitativa	Cuantitativa
Método	Observacional	Experimental
Responden a	Clasificación	Relación causal
Razonamiento	Inductivo	Deductivo
Muestreo	Forzado	Estadístico
Validez	Triangulación	Control experimental

Extraído de J.J. Mira , V. Pérez-Jovera , S. Lorenzo, J. Aranaz y J. Vitaller. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. Aten Primaria 2004; 34(4):161-9

Figura 2.-Criterios de cientificidad y procedimientos que la garantizan en función del paradigma cuantitativo o cualitativo de investigación

CRITERIOS CIENTIFICIDAD DEL PARADIGMA POSITIVISTA	CRITERIOS DE CIENTIFICIDAD DEL PARADIGMA NATURALISTA	PROCEDIMIENTOS QUE GARANTIZAN SU CUMPLIMIENTO
VAUDEZ INTERNA	CREDIBILIDAD Valor de la verdad: isomorfismo entre los datos recogidos por el investigador y la realidad	<ul style="list-style-type: none"> - Observación persistente - Presencia prolongada en el campo - Triangulación - Comprobación de los participantes - Corroboración o coherencia estructural - Adecuación referencial (nuevas fuentes) - Juicio crítico de expertos
VALIDEZ EXTERNA	TRANSFERIBILIDAD Aplicabilidad: grado en que puede aplicarse los descubrimientos o resultados de una investigación a otros sujetos y contextos	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos solapados - Recogida de abundantes datos descriptivos - Pistas de revisión
FIABILIDAD	DEPENDENCIA Consistencia: repetición de los resultados cuando es realizada la investigación con los mismos sujetos e igual contexto	<ul style="list-style-type: none"> - Métodos solapados - Réplica paso a paso - Pistas de revisión
OBJETIVIDAD	CONFIRMABILIDAD Neutralidad: garantía de que los resultados no están sesgados	<ul style="list-style-type: none"> - Revisión de los resultados por otros investigadores - Triangulación - Juicio crítico de expertos

Extraído de Muniesa C. et al. Ética de la relación entre niveles asistenciales: la gestión por procesos del paciente crónico complejo. Trabajo de fin de grado medicina. Universidad de Zaragoza, 2015-2016

Figura 3.-Características de la entrevista

Individual	
Monotemática	Enfocada concretamente a nuestro tema de estudio.
Semiestructurada	Nivel de control medio, con diseño planificado pero preguntas abiertas.
Dirigida	
Sin orden preestablecido	

Figura 4.-Guión de las entrevistas

Buenas tardes, mi nombre es

En primer lugar quiero agradecerle su disponibilidad y su colaboración, ya que es muy relevante para nosotros y para el estudio.

Tal y como habíamos comentado con anterioridad, estamos aquí para realizar una entrevista en profundidad que forma parte de un Proyecto promovido por la Cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad en colaboración con el Grupo de Investigación de Bioética del Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. Su objetivo es analizar los aspectos éticos y las aplicaciones prácticas que suscita la figura del médico como paciente.

El proyecto tiene tres ramas: a) el profesional que ya ha desarrollado actividad; b) el médico en formación especializada; c) el estudiante del Grado de Medicina. En concreto, lo que vamos a tratar hoy es el proceso de enfermar en los médicos en su etapa de residencia.

Las entrevistas son un método de investigación cualitativa mediante el cual se profundiza en la opinión y la experiencia de expertos en el tema que estamos investigando. No hay reflexiones acertadas o incorrectas; simplemente se exploran sus percepciones y reflexiones.

La entrevista va a tener una duración de aproximadamente una hora y, si no tiene inconveniente, se va a grabar la entrevista, únicamente a los efectos de poder transcribir los datos de manera literal y realizar un análisis del contenido con más rigor. No obstante, los responsables del proyecto garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos recogidos, así como su intimidad, utilizando los datos derivados de las entrevistas exclusivamente con fines investigadores y/o docentes. En ningún caso se van a identificar las opiniones con ninguno de los participantes, ya que el análisis se realiza sobre todas las entrevistas.

Cuando finalice el estudio le haremos llegar las conclusiones del mismo.

Si no tiene ninguna cuestión, podemos comenzar con la entrevista:

Pregunta inicial: ¿qué nos puede decir sobre el proceso de enfermar de los médicos?

1. Descripción del proceso de enfermar
 - 1.1 Diferencias con no-médicos. Ventajas e inconvenientes
 - 1.2 Diagnóstico
 - Momento del diagnóstico
 - Médico que diagnosticó
 - Circuito seguido
 - Trato recibido

-Segunda opinión

1.3 Tratamiento

- Atención recibida
- Lugar de tratamiento (hospital Vs ambulatorio)
- Dificultades encontradas

1.4 Sentimientos

- Angustia, dependencia, negación
- Trato/interés/crudeza
- Tolerancia a los síntomas
- Preocupación por la confidencialidad.

1.5 Información recibida

- Tipo de información
- Cantidad de información
- Actitud del médico
- Actitud del enfermo

1.6 Actitud del médico que le atiende

1.7 Conocimientos del médico que enferma.

- Ventaja o inconveniente

1.8 Toma de decisiones: qué le influye.

1.9 Familia del médico

- Sus expectativas
- La información
- Su actitud y diferencias en el cuidado y acompañamiento.

2. Impacto de la enfermedad en su formación especializada

- Adquisición de conocimientos y experiencia
- Situaciones generadas: ILT, prórroga de la residencia, abandono/cese
- Cambios respecto al futuro laboral
- En caso de enfermedad existente al elegir plaza MIR:
 - Influencia en su elección de especialidad
 - Dificultades encontradas durante la carrera

3. Relación con colegas MIR

- Apoyo percibido. Aceptación o rechazo de ayuda.
- Cambios en el reparto de trabajo. Preocupación por sobrecargar a otros.

4. Relación con tutores y Comisión de Docencia

- Apoyo percibido

- Medidas tomadas
 - Evaluación. Existieron o no dudas sobre idoneidad
5. Relación con Colegios profesionales
- Apoyo percibido
 - Medidas posibles a realizar
 - Necesidad o no de programas de atención específicos
6. Experiencia como médico de otros médicos
- Circuito de asistencia
 - Diferencias respecto a otros pacientes
 - Diferencias entre médicos activos, jubilados y residentes
 - Resistencias y peculiaridades
 - Sentimientos experimentados

Figura 5.- Perfiles de las entrevistas realizadas

Hombre	Adjunto enfermo durante la residencia	Enfermedad aguda, moderada gravedad (pericarditis)
Hombre	Adjunto enfermo durante la residencia	Enfermedad crónica, moderada gravedad (proceso reumático del ojo)
Hombre	Adjunto enfermo durante la residencia	Enfermedad aguda, potencialmente grave (apendicitis) y enfermedad aguda y leve (fractura metatarsiano pie)

Figura 6.-Consentimiento escrito

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO PARA EL PACIENTE

PROYECTO “ENFERMAR ES HUMANO: CUANDO EL PACIENTE ES EL PROPIO MÉDICO”

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y acepto que los datos obtenidos de esta investigación puedan ser utilizados, si procede, en otras líneas de investigación que puedan surgir al respecto del tema, siempre que se asegure la confidencialidad de los mismos.

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:
.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:
.....

PROYECTO “ENFERMAR ES HUMANO: CUANDO EL PACIENTE ES EL PROPIO MÉDICO”. HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE.

La presente investigación se desarrolla en el marco del Grupo consolidado de Investigación de Bioética de Aragón, está financiada por la Cátedra de Profesionalismo y Ética de la Facultad de Medicina de Zaragoza, y se propone profundizar en el **proceso de enfermar de los profesionales médicos**.

La segunda fase del proyecto consiste en la realización de entrevistas en profundidad y grupos de discusión. Ambos son métodos de investigación cualitativa mediante los cuales nos proponemos conocer su opinión y vivencias en relación a nuestro tema de interés. No hay reflexiones acertadas o incorrectas; simplemente necesitamos que nos transmita sus reflexiones respecto una serie de cuestiones.

Las entrevistas tienen una duración en torno a 60 minutos y los grupos focales en torno a 120.

Por motivos de metodología utilizaremos una grabadora para poder transcribir los datos de manera literal.

Los responsables del proyecto garantizan la confidencialidad de los datos recogidos, así como la intimidad del participante, comprometiéndose a utilizar datos codificados y a cumplir la LO 15/99 de protección de datos de carácter personal.

Los datos derivados de las entrevistas serán utilizados exclusivamente con fines investigadores y docentes, para ésta y para otras líneas de investigación que puedan surgir durante el análisis de los mismos.

Las grabaciones de las entrevistas se guardarán en el ordenador personal de la Investigadora Principal, y serán destruidas una vez finalizado el estudio.

Los responsables del proyecto se comprometen también a hacerle llegar las conclusiones finales de la investigación.

La participación en este estudio es, por supuesto, voluntaria, pudiendo retirar su consentimiento en cualquier fase del mismo sin repercusión de ningún tipo.

Figura 7.- Enfoque de análisis en progreso de investigación cualitativa

<i>Fase</i>	<i>Acción</i>
<p>Descubrimiento (Buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lea repetidamente los datos 2. Siga la pista de temas, intuiciones, interpretaciones e ideas 3. Busque los temas emergentes 4. Elabore tipologías 5. Desarrolle conceptos y proposiciones teóricas 6. Lea el material bibliográfico 7. Desarrolle una guía de la historia
<p>Codificación (Reunión y análisis de todos los datos que se refieren a temas, ideas, conceptos, interpretaciones y proposiciones)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrolle categorías de codificación 2. Codifique todos los datos 3. Separe los datos pertenecientes a las diversas categorías de codificación 4. Vea qué datos han sobrado 5. Refine su análisis
<p>Relativización de los datos (Interpretarlos en el contexto en el que fueron recogidos)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos solicitados o no solicitados 2. Influencia del observador sobre el escenario 3. ¿Quién estaba allí? (diferencias entre lo que la gente dice y hace cuando está sola y cuando hay otros en el lugar) 4. Datos directos e indirectos 5. Fuentes (distinguir entre la perspectiva de una sola persona y las de un grupo más amplio) 6. Nuestros propios supuestos (autorreflexión crítica)

Enfoque de análisis en progreso de investigación cualitativa (Taylor-Bogdam), extraído de M. Amezcua y A. Gálvez Toro. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 423-436

Figura 10.- Frecuencia de aparición de cada uno de los verbatim de “Sentimientos”

