

## Trabajo Fin de Grado

Aspectos éticos de la atención al médico jubilado  
como paciente

Ethical aspects of retired doctors as patients

Autor/es

Leticia Moreno Caballero

Director/es

María Pilar Astier Peña

Facultad de Medicina

2016

## ÍNDICE

A. INTRODUCCIÓN.....	4
B. MATERIAL Y MÉTODOS .....	10
C. RESULTADOS.....	13
C.1 DESCRIPCIÓN DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS.....	13
C.2 POR CATEGORÍAS.....	13
1. Diferencias entre ser médico y no médico.....	13
2. Trato.....	15
3. Sentimientos.....	17
4. Impacto familiar.....	18
5. Influencia del conocimiento .....	19
6. Impacto laboral .....	21
7. Confidencialidad.....	22
8. Apoyo de jefes y compañeros.....	23
9. Colegios profesionales .....	25
10. Experiencia como médico de médicos.....	25
11. Aprendizaje de la experiencia.....	27
C.3 COMPARACIÓN DE LAS ENTREVISTAS.....	28
D. DISCUSIÓN.....	30
D.1 Dificultad y limitaciones de la búsqueda bibliográfica.....	30
D.2 Metodología cualitativa .....	30
E. CONCLUSIONES Y ESTRATEGIAS DE MEJORA POSIBLES.....	34
E.1 CONCLUSIONES.....	34
CONCLUSIONES BIBLIOGRÁFICAS .....	34
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO CUALITATIVO .....	35
CONCLUSIONES DE LA COMPARACIÓN DE ENTREVISTAS .....	36
E.2 ESTRATEGIAS DE MEJORA POSIBLES .....	36
F. ANEXOS.....	37
F.1 Guion de las entrevistas.....	37
F.2 Visualización de la matriz de los códigos .....	40
F.3 Gráfica segmentos codificados predominantes .....	42
F.4 Gráfica segmentos codificados no predominantes.....	43
F.5 Tabla completa de los segmentos codificados de todos los documentos.....	44
F.6 Relación entre los códigos.....	47
G. BIBLIOGRAFÍA .....	48

## RESUMEN

**Introducción:** Enfermar es inherente al ser humano. Los profesionales médicos también enferman, y cuando lo hacen, el médico vive el conflicto de haber sido formado para curar y tener que aceptar el papel de paciente al mismo tiempo. Esto se ve reflejado en circuitos asistenciales atípicos y en sentimientos de frustración y negación. Igualmente es un proceso complejo para el médico de médico que no se siente preparado para asumir ese rol. Este estudio pretende profundizar en el proceso de enfermar de los médicos jubilados y si es diferente al de los pacientes no médicos. **Material y métodos:** Se ha realizado una revisión bibliográfica y un estudio cualitativo para conocer las reflexiones, actitudes y percepciones sobre el proceso enfermar. Para ello se realiza un grupo focal de profesionales y 3 entrevistas en profundidad semiestructuradas a médicos jubilados, las cuales han sido transcritas y analizadas manualmente y mediante el programa informático MAXQDA en base a 11 categorías y 83 subcategorías. **Resultados:** Se recogen los aspectos distintivos referentes a diferencias entre médicos y no médicos, trato, sentimientos, impacto familiar, influencia del conocimiento, impacto laboral, confidencialidad, apoyo de jefes y compañeros, colegios profesionales, experiencia como médico de médicos y aprendizaje de la experiencia; se establece una comparación entre las entrevistas evidenciando la predominancia del trato preferente positivo recibido, el compañerismo y las diferencias en el circuito asistencial como puntos destacados. **Discusión:** La bibliografía sobre el tema es escasa y traduce la necesidad de investigación en este tema. Las entrevistas aportan mucha información, que puede resultar subjetiva y poco sólida; mediante su análisis, su codificación-subcodificación y la comparación se pretende ganar fiabilidad, sin embargo no es posible generalizar. **Conclusión:** El médico aunque también enferma vive el suceso de una manera diferente en su globalidad, por todo ello son necesarios programas para su abordaje ya que los actuales son insuficientes para las enfermedades orgánicas y sólo incluyen al médico activo. Otras estrategias también necesarias son planes de ayuda o apoyo y desarrollo de actividades por parte de las organizaciones sanitarias y del Colegio de Médicos.

**PALABRAS CLAVE:** Médico enfermo, jubilado, médico de médico, relación médico-paciente, enfermedad, salud profesional.

## ABSTRACT

**Introduction:** To get sick is inherent in human beings. Medical professionals get also sick. The doctors live as a conflict being trained to heal and to have to accept the role of patient at the same time. So they use atypical healthcare circuits as well as they show up feelings of frustration and denial. It is also a complex process for the doctor who cares a doctor because he does not feel prepared to assume that role. This study aims to deepen the process of becoming ill in retired physicians and if it is different from the non-medical patients. **Material and Methods:** We performed a literature review and a qualitative study to know the thoughts, attitudes and perceptions about the process of retired doctors getting sick. We performed a focus group of professionals and 3 semi-structured in-depth interviews to retired doctors. The interviews have been transcribed and analyzed manually and by the computer program MAXQDA. We created 11 categories and 83 subcategories to code verbatims. **Results:** We highlight some verbatims concerning the differences between medical and non-medical, treatment, feelings, family impact, influence of knowledge, labor impact, confidentiality, support from managers and colleagues, professional associations, experience as a doctor of a doctor and learning which best expressed the experience; a comparison between interviews highlights the predominance of positive preferential treatment received, companionship and differences in the care circuit as set of best valued. **Discussion:** The literature on the subject is scarce and translates the need for research on this topic. The interviews provide much information, which can be subjective and unsound; through its analysis, coding-sub-code and comparison gain reliability, however it is not possible to generalize. **Conclusion:** Doctors get sick and live the event in a different way in their entirety. So programs are needed to address them. Those now available are insufficient and do not include organic diseases and do not consider neither retired doctors nor medical students. Other strategies are also needed as support plans for retired sick doctors and development activities by health organizations and the College of Physicians to care of them.

**KEYWORDS:** Sick Doctor/Physician, doctor as a patient, retired medical doctor, illness/disease, health professional.

## A. INTRODUCCIÓN

Los médicos también enferman, además, de las mismas enfermedades que pueden afectar a cualquier persona, y no solo eso, más tarde o más temprano acaban enfrentándose a ellas, ya sea suya propia o de alguna de las personas queridas que le rodean, puesto que tanto la enfermedad como sus posibles consecuencias, es algo consustancial al hecho de vivir.<sup>3</sup>

Bien es cierto, que el ejercicio de la medicina lleva implícitos algunos factores tales como el estrés, “burnout” o incluso algunos rasgos de personalidad que aumentan la vulnerabilidad y que dificultan el proceso de enfermar (Perfeccionista, exageradamente autocrítico y exigente consigo mismo, poco flexible, muy disciplinado, idealista...) <sup>2 5 10</sup> Todo ello favorece los trastornos psicológicos, el abuso de sustancias, <sup>2 3 5 12 14 15</sup> fatiga, ansiedad, trastornos del sueño, depresión... <sup>2 10 13</sup> Y elevadas tasas de suicidio. <sup>7 9</sup> Hay especialidades que tienen más riesgo, como por ejemplo, la psiquiatría o la medicina de urgencias <sup>13</sup> y no podemos olvidar los implícitos de la exposición según el lugar de trabajo. <sup>17</sup>

Portanto, el médico no es “invencible” ni “inmune”, y aunque está hecho de la misma pasta que el resto de la humanidad, es un paciente especial, tanto para el profesional que tiene que atenderle como para sí mismo por su manera de hacerle frente.

Por un lado, para el médico de médico, la incomodidad es muy frecuente. Existen barreras de comunicación, ya que a veces el consultante habla de un tercero en vez que de uno mismo u omite información <sup>5 20</sup> y el patrón que predomina es el de la amistad, no los roles médico-paciente. Esto conlleva la desaparición de la distancia terapéutica y puede dar lugar a una mala praxis y/o a un trato diferente e incluso “preferente” en comparación al resto de enfermos, <sup>9</sup> cuando lo que se debería perseguir es la actuación imparcial en busca de la justicia, la beneficencia y la equidad en el tratamiento. <sup>2</sup> Al no establecerse una relación terapéutica abierta, aparecen circuitos anómalos como: No abrir una historia clínica del caso, no apercibir al paciente cuando éste no sigue sus indicaciones terapéuticas, no citar al compañero consultante en su despacho cuando son abordados en el pasillo o por teléfono, <sup>1 3</sup> no derivar el caso a otro médico cuando ambos son amigos o parientes cercanos, dar un exceso de información o por el contrario asumir conocimientos... <sup>20</sup> En definitiva, se hace un mal uso de los servicios sanitarios cuando acceden al sistema de salud para recibir ayuda y no se siguen los circuitos administrativos ordinarios. <sup>5</sup>

Por el otro, los médicos a parte de conocer cómo tratar las enfermedades deberían también aprender a padecerlas <sup>3</sup> y es el hecho de intercambiar su papel, lo que le convierte en un paciente difícil que tiende a minimizar lo que le ocurre y utiliza procedimientos distintos a los que aconsejaría habitualmente. Además, se niegan o resisten a recibir ayuda o apoyo de sus colegas y continúan ejerciendo como si no pasara nada. <sup>3</sup>

Rogers, apunta que existiría una cultura médica compartida por la mayoría de los profesionales que promovería y construiría una forma de búsqueda de la salud inapropiada que refleja una carencia en el aprendizaje profesional. Aprendemos a “atender” a “salvar” a otros, pero no a la

posibilidad de enfermar. El modelo propuesto define varias conductas claramente nocivas: Autoengaño, ocultación (A ellos mismos o a los otros), negación y demora en la percepción del problema, autoinvestigación, autodiagnóstico, autotratamiento, incluso autorremisión a otros profesionales o ámbitos asistenciales.<sup>9</sup>

Bruguera, del Servicio Psiquiátrico del Hospital Valle de Hebrón, de Barcelona, señala que “La inhibición para pedir ayuda, la autoprescripción y las consultas de pasillo son algunas de las actitudes equivocadas que muchos médicos adoptan, y que se traducen en un comportamiento terapéutico inadecuado y en un retraso en la correcta atención de su enfermedad, lo que comporta evoluciones clínicas más complicadas y de peor pronóstico”.<sup>3</sup>

Por consiguiente, los médicos parecen tener problemas en la aceptación de su propia enfermedad, son reacios a pedir ayuda<sup>2 10</sup> y tienden a evitar pedir la baja. Los médicos tienen menores tasas de ausencia por enfermedad que otros trabajadores de la salud. Algunas argumentaciones, son que la decisión dependerá de los compromisos clínicos del día, de la presión ante crear una carga para el resto de compañeros que tuvieran que cubrirle y de la gravedad de sus síntomas,<sup>8 11</sup> influyendo también el temor a que su competencia clínica sea cuestionada.<sup>7</sup> Esto tiene tanto su parte positiva como negativa. La ausencia del médico puede reducir la calidad y la continuidad del paciente cuidado, pero no es apropiada la asistencia al trabajo cuando los médicos están enfermos, ya que puede suponer tanto riesgos para los pacientes como para su propia salud, y son conscientes de ello.<sup>8 11 18</sup>

La mayoría consideran que el autotratamiento es aceptable, especialmente en enfermedades menores<sup>1 12 16</sup> y si estas no ganan en importancia.<sup>19</sup> Sin embargo, esto puede ser muy negativo a largo plazo por iatrogenia, demoras en el proceso diagnóstico, tratamientos no adecuados que retrasan la mejoría o la curación, etc. Esta actitud, es especialmente común en anestesia, medicina de urgencias, psiquiatría<sup>2</sup> y en médicos de familia<sup>6</sup>, pero puede iniciarse como estudiante durante la carrera o durante la residencia, siendo algo muy frecuente.<sup>12</sup> Debido a este “autodiagnóstico” y al tratamiento en lugar de buscar asistencia médica de otros profesionales de la salud, se estima que los médicos tienen menos servicios y costes ambulatorios y de hospitalización en comparación a la población general.<sup>6</sup>

Predominan los sentimientos de vacío, culpa y de ser un “fracaso”<sup>7 9</sup> así como la pérdida de autoestima<sup>6</sup> y el miedo.<sup>1</sup> Miedo a ser reconocido, a perder la credibilidad y la reputación profesional, a perder el trabajo, e incluso a no poder volver a ejercer<sup>5 9</sup> o miedo a la estigmatización que conllevan patologías como las mentales o adictivas.<sup>13 14</sup> Muchas veces supone la ocultación del problema a la familia y a los colegas.<sup>5 7</sup>

La sensación de vergüenza por ser atendidos por sus propios compañeros o por recibir el tratamiento en las instalaciones locales, a menudo les lleva a buscar ayuda en el sector privado.<sup>2</sup> También está relacionada con lo mencionado, la cuestión de la pérdida de confidencialidad.<sup>5 6</sup> Los médicos saben las limitaciones que hay dentro del sistema y la privacidad es un tema de gran preocupación para ellos.<sup>1 2 7</sup>

El conocimiento médico, mejora la comprensión del proceso, pero a su vez es más consciente de las implicaciones de los síntomas y de las formas en las que la enfermedad podría tener un impacto en las diferentes esferas de su vida.<sup>1</sup> Además también conocen el ambiente y el funcionamiento del sistema sanitario.<sup>5</sup>

Todas estas situaciones pueden desembocar en errores, malas praxis o negligencias en el ejercicio profesional, además de repercutir negativamente en el ámbito familiar, en las relaciones con los colegas y en el entorno laboral.<sup>3 5</sup> Su salud es vital a la seguridad y la calidad de la atención de los pacientes, pudiendo constituir un riesgo importante.<sup>10 14</sup>

Tras todo lo evidenciado, que el médico se enfrenta a la enfermedad de una manera peculiar, es una realidad. Sin embargo, ¿La vive igual independientemente de su categoría o la posición en la que se encuentre influye de una u otra manera? ¿Reaccionan igual estudiantes de medicina, residentes, médicos en activo o jubilados?

Este trabajo se centra especialmente en los médicos jubilados, ya que la bibliografía actual es escasa acerca de este colectivo en concreto. Solo la Fundación Galatea, en 2005, presenta *Estudio de necesidades de los profesionales de la medicina relacionadas con el momento de la jubilación*,<sup>4</sup> como un proyecto de programa para la preparación a la jubilación.<sup>5</sup> Su justificación es que además de hacer frente a la enfermedad de forma distinta, la jubilación de los médicos también es vivenciada de manera significativa.

Pérez Blasco (1998) propone que esta transición vital es:

- Un periodo de cambio significativo que requiere un esfuerzo de adaptación.
- Provocada por la ocurrencia o la no ocurrencia de algún evento o por la acumulación o persistencia de conflictos e insatisfacciones.
- Fácilmente observable externamente o no.
- Que afecta a cualquier área de la vida de la persona (Familiar, personal, laboral, salud, etc.).
- Que es experimentado de manera característica para cada persona.
- Con un desenlace desconocido con anterioridad.

Distintos autores, señalan que se requiere la adaptación a nuevos roles y el planteamiento de nuevas exigencias, que hay cambios importantes tanto a nivel intrapersonal como interpersonal y que es un periodo de riesgos y oportunidades.

La jubilación es una transición considerada normativa por la edad, por determinantes biológicos y sociales y que tiene una correlación cronológica, formando parte del ciclo vital de todas las personas.

El trabajo, sobre todo el de médico, es fuente de identidad social y personal, y cuando llega este momento, puede producir una ruptura y alteración del esquema de relación con la familia y la sociedad en su conjunto, y por ello la salida del mundo laboral merece una planificación y una preparación detallada, ya que la satisfacción de las personas dependerá del éxito de esta

adaptación a la inactividad remunerada tras jubilarse y dejar su actividad profesional, y también de las circunstancias específicas bajo las que se produce.

Cada vez son más las personas que llegan bien a los 65 años, con un nivel de salud aceptable y con muchos años de vida por delante. Hay que tomar conciencia de estas transformaciones, de la importancia de las acciones que se deben llevar a cabo y fomentar líneas de actuación innovadoras que permitan mantener activo e integrado socialmente este colectivo.

La Fundación Galatea, mediante un estudio cualitativo, analiza cuatro escenarios definidos por diferentes posiciones y perspectivas, las actividades propias en esta etapa y la trayectoria previa, y en los que tiene gran influencia el perfil profesional, la posición y el estatus percibido:

- La jubilación como una ruptura vital lesiva
- La jubilación como una oportunidad para el cambio
- La jubilación como una etapa "natural" de la vida
- La jubilación como una condición evitable

Analiza la forma en que los entrevistados se plantean la jubilación, en función de la representación de la profesión de médico en comparación con otras profesiones, tratando las cuestiones:

- Ser médico como rasgo diferencial e identificativo (Con diversas opiniones)
- Los retos definidos en la aproximación a la jubilación

E identifica los ámbitos más característicos de impacto de la jubilación en este proceso de adaptación:

- La trayectoria vital y laboral
- La posición y la situación familiar
- La posición y las relaciones sociales
- Las actividades y el uso del tiempo
- Los recursos económicos

Con respecto a su enfermar, tendrá entonces las características del paciente comentado, además de las de médico jubilado, y eso supone algunos aspectos a considerar:

- El acceso a los servicios sanitarios, ya no es tan sencillo al no estar en el propio hospital o en el consultorio, las consultas de "pasillo" tampoco son posibles, aunque pueden seguir haciendo mal uso mediante llamadas telefónicas o yendo a ver a médicos amigos.
- La petición de pruebas o la autorremisión se ve limitada, no tanto el acceso a los medicamentos, ya que el médico jubilado dispone de talonario para prescripción personal.
- El sentimiento de miedo, fracaso, pérdida de autoestima... Se suma al vivenciado por la jubilación. La pérdida de identidad tras una dedicación muy fuerte, de la posición ocupada en la sociedad, el abandono de un rol que le ha definido durante toda su



trayectoria profesional, la capacidad para llevar a cabo una transición satisfactoria y la aceptación del proceso.

- El conocimiento médico sigue estando presente aunque la capacidad física y mental no sea la misma, pero cada vez más desactualizado y con más dificultad para comprender los nuevos avances y progresos.
- Al no estar en ejercicio de la profesión los riesgos propios suman importancia con respecto a los riesgos supuestos al paciente.
- ¿Cuál es la edad límite en la que se deja de considerar como médico?
- La confidencialidad y la pérdida de privacidad sigue estando presente y siendo causa de preocupación, pese a que con el paso del tiempo y las renovaciones del personal de los centros de trabajo, ya no sería reconocido.

Para vencer esos temores y garantizar la discreción, en 1998 se creó el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) con la firma de un acuerdo entre el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Cataluña y los colegios médicos catalanes. Hoy está implantado, o en vías de estarlo, en todas las comunidades autónomas españolas, después de que en octubre del año pasado el Ministerio de Sanidad instara a todas las autonomías a que se adhirieran al citado Programa.<sup>5</sup> El PAIME es un programa exclusivo para médicos enfermos, especialmente si padecen alguna patología mental o adictiva, como el alcoholismo.<sup>3</sup>

Actualmente, siguen existiendo carencias en relación al manejo de otro tipo de trastornos médicos que también suponen una gran pérdida de calidad de vida, y en el colectivo de profesionales que no se encuentran en activo como desempleados o jubilados, que quedan desamparados con los recursos actuales. Cuando un médico se jubila y está siendo atendido por el programa, se le deriva al sistema sanitario público.

Programas como el PAIME deben ampliar su cobertura mediante la inclusión de estrategias para el acompañamiento y tratamiento del médico que padece enfermedades orgánicas, y además en todas sus etapas. Ello incluye, aparte de la capacitación de especialistas en el tratamiento de médicos enfermos y el acceso a segundas opiniones médicas, la promoción y mantenimiento de grupos de ayuda mutua formados por médicos enfermos y el diseño de estrategias de apoyo psicológico al trastorno emocional asociado.<sup>3</sup>

La situación del médico que enferma es compleja y muy difícil de describir únicamente por métodos cuantitativos ya sean encuestas, estadísticas de ingresos o atenciones... Que aportan, de manera infra declarada, la frecuencia de enfermedad pero no permiten comprender ni ahondar en el proceso de enfermar.

No disponemos en España de información actualizada sobre el médico como paciente, a pesar de ser un tema de incipiente repercusión mediática y de indudable relevancia desde el punto de vista de la seguridad asistencial, el profesionalismo y también del bienestar de los profesionales.

Este trabajo forma parte de una tesis doctoral que se propone ayudar a conocer y comprender el proceso de enfermar de los profesionales médicos jubilados, para poder plantear estrategias

de mejora en su atención, y éste a su vez está integrado en un proyecto de investigación de ámbito nacional relacionado con la ética y la deontología, “ENFERMAR ES HUMANO: CUANDO EL PACIENTE ES EL PROPIO MÉDICO”, auspiciado por la Organización Médica Colegial de España.

## B. MATERIAL Y MÉTODOS

En primer lugar se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en MEDLINE a través de PubMed y meSH, limitada a los idiomas inglés, español y francés, y utilizando como descriptores:

- “Sick Doctor” , “Sick Physician”
- Doctor/physician, retired, health professionals
- Self-prescribing, Self-doctoring
- ("ill health") AND doctor
- Doctor and patient
- Sick Leave, Sick Role
- Ill/sick/health/illness

La revisión se fue ampliando a través de las sugerencias sobre artículos relacionados con el tema de interés y la bibliografía citada en los mismos de instituciones nacionales e internacionales.

La metodología escogida para estudiar la complejidad del enfermar del médico es cualitativa, ya que ayuda a profundizar en comportamientos, actitudes, sentimientos, percepciones y modos de interacción con la realidad en el proceso de enfermar que los métodos cuantitativos no permiten explorar. Además de facilitar examinar fenómenos de los que se sabe poco, construir marcos teóricos, comprender el tema estudiado y orientar la planificación sanitaria.<sup>21</sup>

La recogida de información se realiza mediante entrevistas en profundidad. Se programa un encuentro en el que se mantiene una conversación profesional dirigida hacia la comprensión de la perspectiva que tiene el informante respecto de su vida, experiencia o situaciones, expresado todo ello por sus propias palabras y con subjetividad, pretendiendo capturar ideas en su contexto natural.

Por ello se utilizaron entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas, en las que participan entrevistado y entrevistador y donde se produce un diálogo, que aunque preparado, diseñado y organizado, permiten al participante mantener un discurso siendo él mismo el que elige el orden de los temas mientras éstos van surgiendo de manera espontánea y acordes al objeto de investigación.

Las características de la entrevista son entonces: Individual, monotemática, semiestructurada, dirigida y sin un orden preestablecido.

Se plantea realizarlas a “Médicos enfermos jubilados”, objeto del trabajo, siendo estos profesionales médicos que han padecido o padecen alguna enfermedad grave o crónica y que en la actualidad ya no ejercen.

Criterios de inclusión:

- Sexo: Hombres y mujeres
- Edad: 65-85 años

- Momento de la trayectoria profesional: Jubilados
- Ámbito de trabajo: Hospitalario y extra-hospitalario
- Tipo de enfermedad: Crónica o grave

Se cuenta con un guion que recoja los aspectos que han de ser explorados durante la entrevista y que identifique los temas clave. (*Anexo F1 Guion de las entrevistas*)

La selección de sujetos para ser entrevistados fue no azarosa o por técnica de “Bola de nieve”, se hizo teniendo en cuenta sus características profesionales, personales y que cumplimentaran los criterios de inclusión.

La búsqueda directa de médicos enfermos jubilados que participaran en el estudio, se veía dificultada por cuestiones relacionadas con la confidencialidad, por ello se creó la figura de un “enlace” como metodología de trabajo que facilitara la identificación y captación de informantes que se adecuara a los objetivos y solo si éstos estaban dispuestos a participar en la entrevista el introductor nos pone en contacto con ellos.

Se eligieron el correo electrónico y la vía telefónica como forma de comunicación con el interlocutor. De este modo, se dio la información necesaria respecto a las características y metodología del proyecto sin detallar en exceso y según la preferencia y la posibilidad del entrevistado se concreta la fecha y lugar.

Se han realizado 3 entrevistas entre febrero y mayo de 2016 a médicos jubilados, en las que también se contaba con un observador. Las entrevistas se grabaron íntegramente tras solicitar consentimiento al participante. La duración aproximada de cada una de ellas fue de una hora.

Para el análisis de los datos, se transcribieron las entrevistas de forma textual con la ayuda del programa de transcripción F4.

La finalidad es estudiar las interpretaciones de los informantes que han experimentado el fenómeno de padecer una enfermedad siendo médico de profesión e identificar en su discurso varias categorías, subcategorías y sus diversos matices, a través de los que extraer conclusiones.<sup>22</sup> Las elegidas como principales fueron 11: Diferencias entre ser médico y no médico, trato, sentimientos, influencia del conocimiento, impacto laboral, confidencialidad, impacto familiar, apoyo de jefes y compañeros, colegios profesionales, experiencia como médico de médicos y aprendizaje de la experiencia.

Se realizaron varias sesiones y los resultados de las entrevistas fueron analizados por 3 investigadores diferentes. El análisis se hizo primero de forma manual, y después para facilitar la codificación, subcodificación y la organización de la información se toma la decisión de utilizar de manera complementaria el programa informático “MAXQDA”, para que de tal modo el proceso de análisis de contenido, la comparación de las entrevistas y la interpretación posterior resultaran más fructíferos y se pudiera obtener un mayor rendimiento, así como que la coordinación del equipo fuera menos compleja.

Los resultados y conclusiones obtenidas en el presente trabajo han sido en base a una triangulación de información recogida de:

- Bibliografía
- Entrevistas individuales
- Grupo focal con profesionales del programa PAIME y fundación Galatea de la Organización Médica Colegial.
- Revisión de entrevistas por 3 investigadores

## C. RESULTADOS

### C.1 DESCRIPCIÓN DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

- Edad: 1941 (75 años), 1948 (68 años), 1941 (75 años)
- Sexo: 3 varones
- Especialidades: Medicina Interna, Cirugía Plástica y Cirugía General
- Categoría profesional: Jefes de servicio

### C.2 POR CATEGORÍAS

#### 1. Diferencias entre ser médico y no médico

Cada persona tiene una manera de enfermar en función de su propia personalidad y de su forma de ser que hace que caractericen la vivencia del proceso. Sin embargo, el hecho de ser médico influye considerablemente en todos los ámbitos de este aspecto.

*He reflexionado muchas veces sobre la manera de enfermar del médico, la manera de curarse, la manera de comportarse y las consecuencias que eso puede traer sobre su bienestar. En general, la experiencia global sería que, sería que en realidad cada persona enferma de una manera distinta. (MJ I)*

*Reacciona ante la enfermedad como es él y como son todas sus circunstancias vitales, todas, todas, pero en el médico las circunstancias vitales pues son que él sabe más. (MJ I)*

Una de las diferencias primordiales que se observa en el análisis, es el circuito asistencial que sigue un médico cuando enferma. Tiene unas características especiales desde el mismo momento en que entra hasta que sale, pudiéndose ver favorecido el curso y evolución de la enfermedad en algunos aspectos y entorpecido en otros, ya sea por las peculiaridades intrínsecas al médico como a las extrínsecas que le rodean en el sistema.

*Hombre, el acceso en general lo tienen más fácil. (MJ I)*

*Pienso que mi caso es peculiar, es peculiar porque claro yo estaba... Yo era el jefe de una unidad, entonces el tratamiento quizás era más... Más... No sé... Especial. (MJ II)*

*Yo enseguida me he adelantado a decirles que no, que el tratamiento igual que un enfermo cualquiera, porque cuando empiezas a ahorrar una prueba o una cosita, a lo mejor tres días después lo echas aquello en falta, hay que reconstruir el proceso y es un mal asunto. (MJ III)*

*Las habitaciones de la seguridad social son de 2, aunque siempre tenemos y siempre nos reservamos las habitaciones de los extremos de una cama o dos para... Para los médicos, para los sanitarios, médicos o enfermeras. (MJ II)*

*“A ver si esto se pasa”. Postura completamente irracional, que no responde a lo que yo le hubiera aconsejado a cualquier otro enfermo, que es lo que a mí me aconsejaron enseguida, corriendo, empezar el diagnóstico y el tratamiento. (MJ III)*

Si deciden recurrir a otros compañeros, es cuando se trata de un proceso serio que no pueden controlar por sí mismos y que se les escapa de las manos. Para ello no suelen visitar a su médico de cabecera.

*El médico de familia sí, lo tenemos en la tarjeta, tenemos nuestro médico de familia cada uno en su centro de salud, pero... No lo usas mucho. No lo usas mucho. Por lo menos el médico hospitalario yo creo que vuelve siempre a su madre, la madre es el hospital, su hospital. (MJ II)*

Se deduce que lo habitual en el acceso, es acudir a un compañero, ya sea por teléfono o irrumpiendo sin previo aviso allá donde este, suponiendo una importante diferencia en cuanto al diagnóstico, ya que este mecanismo puede inducir a una mala praxis, tanto porque la relación médico-paciente no es la adecuada, como porque el camino que se sigue no cuenta con las indicaciones pertinentes, las derivaciones necesarias ni el seguimiento correspondiente.

*Realmente llamas a un compañero y siempre acude enseguida, y después si lo encuentras... (MJ I)*

*Acudes a quien sea, a un compañero, un colega, a que te ayude. (MJ II)*

*No he tenido más que a los de alrededor que he tenido, dirigirme a ellos y ya está. (MJ III)*

*Yo he parado consultas, de estar en una consulta y decirle “Que ha venido el doctor tal, que está fuera...” Y digo “Que pase”. Que pase ya, vamos, aunque estés con la paciente. (MJ II)*

De esta distinción, a veces se ven beneficiados familiares o personas cercanas a los médicos, ya que se hacen partícipes de unas “prioridades” que no tendrían de otra manera.

*Entonces yo, tomé la decisión, yo entonces era el jefe del servicio, de llevármelo a mi planta. (MJ II)*

La profesión de médico no es como otra cualquiera, el grado de responsabilidad es muy importante, así como el nivel de carga que se ha de soportar. Todo ello, sumado por supuesto a la influencia de diversos factores externos, convierte al médico en una persona más susceptible de padecer enfermedades en comparación a una persona de a pie.

*El médico cuando de verdad se le exige, se olvida de sí mismo, y eso es como debe ser. (MJ II)*

*El ataque que tuve yo fue claramente motivado por una situación de estrés extremo, que sufrí por razones de otras cosas, que no tienen nada que ver con la medicina, pero sí tiene que ver porque si no hubiera sido médico no hubiera pasado eso. (MJ I)*

La jubilación es vivida de manera diferente, porque no solo se vivencia como el abandono del trabajo activo, sino también como una pérdida de la propia persona, de lo que has sido... O de tu esencia. Y todo ello se pone aún más de manifiesto cuando el médico jubilado vuelve a su lugar de “origen”, el hospital, y las nuevas generaciones no le reconocen como miembro de lo que ha sido su “casa” durante largos años de trayectoria profesional.

*He oído a algunos compañeros quejarse de eso, sí, de que cuando nos jubilan ya nos desconocen (MJ III)*

*En los hospitales a la gente joven pues si no te conocen, no te han conocido, no saben quién eres, no saben quién has sido aunque hayas estado 40 años trabajando en un hospital, pues la verdad es que... Bueno pues eres uno más que llega. (MJ II)*

*Llegas a un control de la empresa donde has trabajado 40 años, “¿Y usted quién es?”, “Pues yo que he trabajado aquí”, dices modestamente un poco avergonzado. (MJ III)*

Además, esta pérdida de reconocimiento, hace que carezcan de los “privilegios” de los que gozaban estando en activo, haciéndose cada vez más equivalente a cualquier persona externa al sistema.

*Eso son cosas que nos pasan y nos pasan incluso siendo todavía, estando todavía... Me imagino que si eres un médico jubilado... La cosa es bastante peor... (MJ II)*

La negativa ante esa situación le lleva a tomar las medidas que considera pertinentes para recuperar parte de esa identidad que ha ido perdiendo a la hora de volver a entrar al hospital por el motivo que le ocupe.

*Yo cuando voy al hospital ya me llevo la antigua eh... Etiqueta de médico, esa amarilla que nos dan con la foto y el... Eso... Para colgármelo para que no me paren antes de entrar a MI hospital, y así por lo menos ya saben que... No saben si soy médico. (MJ II)*

*Yo tengo un compañero que se pone hasta bata (Ríe) para que así ya no lo paren en absoluto. Y él entra... Claro, a todos los sitios. (MJ II)*

## 2. Trato

En muchas ocasiones la palabra que lo define es preferencial, una ventaja de la que cualquier persona no goza y de lo que se ve generalmente beneficiado el médico por parte de sus compañeros.

*Si tú vas al Clínico como médico y eres así médico del Servet, entonces ellos claro, lo saben, la atención exquisita. Exquisita. (MJ II)*



*Sí me ha supuesto una ventaja, claro está, en los cuidados cariñosos de todos los expertos que me han atendido, médicos y enfermeras, y por tanto el que todo haya ido bien. (MJ III)*

*El médico vino y enseguida me dijo que era una isquemia que había podido ser transitoria, vamos al hospital rápidamente, te acompaño para que no tengas que hacer ningún trámite y tal y que te miren en Neurología. (MJ I)*

*Entonces yo llegue un momento en que ya me tocaba dejar aquello y me dijeron por supuesto que podía seguir yendo. (MJ I)*

Contrasta con la interpretación de que cuando el médico se jubila, este trato ya no es percibido de la misma manera por todos los sujetos, incluso se siente como despectivo en algunas circunstancias.

*La única desventaja que tiene el médico jubilado es lo que le he dicho de, o lo que os he dicho, de que cada vez encuentras menos gente de tu edad... Conocida. La gente joven pues ya... A veces directamente pasa de ti, ahí está ese viejo que está ahí esperando o... Sin más... Te atiende pero vamos, tú notas que no es lo que... (MJ II)*

También se refleja en las entrevistas la confianza depositada en ese trato por parte de los compañeros hacia la enfermedad del médico.

*Yo me comporte, pues eso, como un trabajador de aquel hospital al que le empiezan a tratar los compañeros que me inspiraban absoluta confianza. (MJ III)*

Lo que a priori solo parece tener aspectos positivos, tanto con lo que respecta a trato humano o a la información recibida, a veces hace pecar al médico de médico de dar por supuestos unos conocimientos acerca de la enfermedad por parte del médico enfermo que puede no tener.

*- Y en la... En la información que le dan como paciente...  
- Perfecta. (MJ II)*

*Yo por ejemplo, soy un hombre muy comunicativo, que me abro muy bien y sé llegar, también cuando tengo que bajar, no en el caso del médico, pero en el caso del paciente normal, o de la calle, sé hablar en el lenguaje llano. (MJ II)*

Se interpretan dos actitudes contrapuestas con respecto a la dificultad de aceptación manifiesta por parte de los médicos jubilados a la medicina actual. Una de ellas es la aceptación y comprensión de que las cosas han cambiado desde que empezaron a ejercer, y otra el pensamiento de que antes se hacía mejor y actualmente la asistencia es peor, lo que les lleva a pensar que en el momento en que enfermen no van a recibir la atención que desearían.

*Claro cuando piensas que te vas a poner enfermo y que no te vas a entender, no vas a encontrar a alguien que te trate como tú crees que te tiene que tratar, que además no tienes razón, porque es que lo que ha cambiado es la sociedad y cambia muy deprisa. (MJ I)*

Sin embargo, cuando la enfermedad adquiere gravedad, reconsideran la atención y reconocen la calidad científico-técnica.

*El mejor médico es el que está más cerca, si estás enfermo, el que está más cerca. (MJ I)*

*Hay que buscarse un médico, aunque parezca mediocre, que luego ese médico sabe más de lo que parece. (MJ III)*

### 3. Sentimientos

Se observa de manera generalizada miedo y angustia con respecto a la enfermedad y a las posibles consecuencias de ésta. Además, al tratarse de médicos jubilados que empiezan a adentrarse en las últimas etapas de vida, este sentimiento predomina y está más presente ante cualquier adversidad en el tema de la salud.

*El médico pasa mucho más miedo en general ante una enfermedad grave que el que no lo es. (MJ I)*

*La sensación en la enfermedad cuando es un poco seria, de que no vas a salir de aquello, te es imposible imaginarte otra vez en el estado de salud, en el bienestar, en las ganas de iniciativa y de moverte y de hacer la vida normal. (MJ III)*

*Yo creo que cualquier persona cuando envejece, sabe que las cosas ya no son igual, pierdes facultades y eso. Porque claro, cada vez es más posible que nos pasen cosas. (MJ I)*

Se caracterizan a sí mismos como personas hipocondríacas, seguramente vinculado de manera muy estrecha con el conocimiento que el médico posee. Lo cual contrasta y se opone con la negación de la enfermedad que prima en otros.

*Habitualmente el médico, en mi caso por lo menos, suele ser un poco hipocondríaco, siempre piensa que le está pasando algo que puede ser más malo que en lo que realidad es. (MJ II)*

*Todo eran estas excusas que nos ponemos cuando estamos enfermos. (MJ III)*

La pertenencia también se manifiesta continuamente, los médicos tenemos la tendencia a reunirnos entre nosotros. En los jubilados, que ya no están de manera activa en los centros de salud u hospitales y las relaciones con sus colegas sufren un cambio, ese sentimiento de formar parte de un grupo toma especial significación.

*Tienden a reunirse generalmente con otros médicos. En general, esa es la tónica, porque siempre estás bien con los médicos. (MJ I)*

El paso del tiempo y el desarrollo de la tecnología, ha dado lugar a unos grandes cambios en la medicina actual, que hace que los médicos jubilados recuerden con añoranza el ejercicio de años atrás e incluso se cuestionen la práctica que se da hoy en día.

*Antes era mucho mejor, yo eso he discutido mucho, antes no era mejor, antes era distinto. (MJ I)*

*A mí me gustaba ver las radiografías, y ahora vas allí y tienes que mirar la radiografía en el cacharro porque si no no te enteras. (MJ II)*

*La medicina actual está deshumanizada y en el trato también. (MJ II)*

Aunque también se observa en parte de los casos la aceptación de que las cosas ya no son como eran antes, no solo en el ámbito de la medicina, sino en la sociedad de manera general. Las diferencias generacionales son evidentes, pero son conscientes de que algunos de los cambios han sido necesarios.

*Es que ahora no lo pueden hacer así pues porque ni los médicos piensan igual ni los enfermos piensan igual ni nadie piensa igual porque el cambio que ha habido ha sido tan, tan grande y será cada vez mayor, porque los conocimientos cambian con mucha más rapidez ahora y además la intercomunicación online es inmediata, y claro pues eso condiciona otra forma de vivir. (MJ I)*

*Hoy día con la complejidad que tiene la tecnología y la cirugía, y la medicina, si cada vez hay más especialidades y subespecialidades, ¿Por qué? Pues porque lo demanda el conocimiento, el conocimiento es imposible tenerlo de todo. (MJ II)*

*En el hospital cuando las historias eran... Físicas, en papel, físicas. Se perdían, no es que se perdiesen, es que es que se traspapelaban. Ahora que está informatizado todo es ya... Prácticamente imposible. (MJ II)*

#### 4. Impacto familiar

En cuanto a la familia del médico podríamos clasificarla en dos tipos: La que no interfiere, no cuestiona y se encuentra al margen de las decisiones con respecto al área médica.

*La familia del médico, es siempre muy cooperadora, te dejan muy tranquilo, no te atosigan, nunca salen descontentas con tu actuación, nunca, lo entienden perfectamente. (MJ I)*

Y por otro lado la que actúa de igual manera a cualquier otra familia y es partícipe en el tema de la salud.

*- ¿Pero cree que serían así sus familiares si usted no fuera médico? O sea, ¿Tiene algo que ver el hecho de que sea médico con que la relación respecto a la enfermedad...?*

*- No... No. Eso es la familia. Es la familia. (MJ II)*

*Para mi mujer es una preocupación continua. (MJ III)*

## **5. Influencia de los conocimientos**

El saber y el conocer son para el médico un arma de doble filo, por un lado es una ventaja porque lleva a mayor entendimiento, a la capacidad de anticipación, a una temprana asistencia en algunos casos... Y de manera sistemática a intentar realizar un autodiagnóstico en cuanto los signos y síntomas de la enfermedad empiezan a aflorar.

*Hace lo primero que sabe hacer, que es un diagnóstico. O sea primero dice me está pasando... Tengo fiebre, me duele el hombro, tengo... Pues tendré una artritis... Tendré... ¿Aguda?... Es decir, hace un diagnóstico lo primero. (MJ II)*

*Pues que me encontraba bastante mal, con un dolor abdominal que yo dude de si era un infarto de cara diafragmática, que a veces dan sintomatología digestiva, o eran simplemente gases, que te distienden y que empecé a sudar. (MJ III)*

*Ventajas... Que quizás si estás iniciando un proceso serio pues lo detectas a tiempo, si no es un proceso serio pues entonces lo único que pasa es que pierdes tu tiempo y haces perderlo a los demás. (MJ II)*

*Creo que la evolución sí que fue mejor, porque yo sabía qué tenía que hacer. (MJ II)*

Pero por otro le hace más conocedor de las consecuencias que puede acarrear, más reticente a según qué intervenciones o tratamientos, abandono de los mismos, a tomar sus propias decisiones, a influenciar al médico que le atiende y en definitiva, a ser un mal paciente. Además, normalmente da lugar a una preocupación y angustia mayores que en el resto de las personas.

*Otra característica que es propia del médico, es que claro, sabe, sabe lo que le puede pasar. (MJ I)*

*Yo me quedé en casa ahí esperando que se pasara, obviamente en mi caso no creo que hubiera tenido trascendencia por el caso que fue, eso no se debe hacer, yo lo demoré aquello. En mi caso una fibrinólisis no me hubiera dejado hacer. (MJ I)*

*Yo dije que no, que a los 6 meses yo me iba. (MJ I)*

*El tratamiento somos lo que somos... Lo que menos persistentes somos yo creo. (MJ II)*

*El compañero me indicó otras... Algunos cambios. Los seguí, los seguí... Tiempo después me pareció que las tensiones no estaban tan bien controladas y volví al mío de antes. (MJ III)*

Otra consecuencia de lo comentado es el autotratamiento, algo común en la mayoría de los médicos, especialmente en enfermedades banales, o que piensan como banales, y en aquellas que piensan que dominan por su especialidad y hay un sentimiento de control.

*Esas otras cosas de... Gripe, bueno pues ya está, pues ya me he tomado vitamina C y antidolorosos pues ya está. (MJ II)*

*Me he sentido con tal seguridad tratándome a mí mismo que, bueno sí que he consultado con algún compañero, pero en general he dirigido yo el tratamiento. Salvo esa situación, yo me he puesto en manos de los compañeros, de manera total y absoluta y con fe. (MJ III)*

De la misma manera, también puede influir en el ejercicio profesional la carencia de estos conocimientos. La medicina evoluciona más y más cada día que pasa, tanto en nuevas teorías e hipótesis que nos ayudan a comprender, como en tecnologías que modernizan por completo el proceso asistencial. Esto supone que los médicos de edad avanzada deben actualizarse y no siempre es del todo posible ya que sus habilidades no son las mismas y su capacidad de entendimiento tampoco, lo que podría dar lugar además a una limitación de su calidad científica a la hora de asistir a los pacientes, a pesar de mantener unas bases primordiales.

*Yo cuando me jubilé, respiré, porque me daba cuenta que realmente yo ya no debía estar ejerciendo en algunos aspectos, es decir, no podía asumir qué había cosas que yo no podía comprender, pero porque era viejo. (MJ I)*

*Lo que nunca tiene que perder el médico es la capacidad de saber, es decir, de asociar sus conocimientos a la generalidad para que no se le pase alguna y se le cuele alguna cosa por debajo, porque claro es ahí donde puede cometer el error. (MJ II)*

Esta falta, que puede ocurrir también en médicos activos, y que puede ser originada por diversos motivos: El problema se escapa de la especialidad a la que están vinculados, se trata de algo que no se presenta con frecuencia, por las novedades comentadas en el campo... Puede dar como resultado equivocaciones a cualquier nivel de la actuación médica y por tanto es importante reconocer esa limitación.

*Tú tienes que reconocer tus limitaciones, pero ya digo, incluso a cualquier edad, es decir, uno tiene que saber que no puede hacer... No sé... Que no está capacitado... Que aunque le autorice el título a hacer cirugía general... Es que no tiene nada que ver... (MJ II)*

*En ese caso no tuve un retraso pues ¿Por qué?, pues porque quizás ya no era mi especialidad y por lo tanto yo ya iba al especialista y no estaba confiado en saberme la lección. (MJ III)*

*En general es mejor ponerse en manos de otro compañero. (MJ III)*

Con intención de mejoría, podría llevar a la búsqueda de información, algo que es común con el resto de personas, pero a diferencia de que los médicos saben a qué bases dirigirse para obtener datos de confianza.

*En mi caso que soy... Un médico jubilado... Pues investigas a ver qué cosas puedes estar teniendo, qué estoy teniendo, qué me está pasando... Con estos datos que yo tengo. (MJ II)*

Hasta ahora hemos hablado del conocimiento sobre la enfermedad y todo lo que rodea a la misma, pero no hay que olvidar que el médico también es conocedor del funcionamiento del sistema sanitario, de todo lo que el usuario no ve desde fuera, ya que él ha tenido o tiene la oportunidad de vivirlo cada día desde dentro en su propio puesto de trabajo, además de las cosas que le hacen llegar sus colegas sanitarios.

*Vamos yo sé cómo funcionan las urgencias porque he estado trabajando allí claro. (MJ II)*

*Las cosas pequeñas, en las clínicas privadas es donde mejor te atienden y donde mejor estás desde el punto de vista social... Pero cuando quieras... O sea cuando estés enfermo seriamente tienes que ir a un gran hospital, es el sitio donde tienes que estar. (MJ II)*

También implica ver de cerca el trabajo de sus compañeros y saber de buena mano a quien recurrir o a quien recomendar en caso de padecer una enfermedad de cualquier especialidad.

*Cuando tú vas al hospital busca al que sabes que te va a tratar, esa es la ventaja que tiene el médico paciente, que busca a quien sabe que es un experto y que funciona muy bien y que tiene pues... Pues eso el conocimiento. (MJ II)*

*Van a fulano de tal y a lo mejor no tanto al jefe, porque como médico están confiando en ese, no en el jefe por más que sea el jefe. (MJ III)*

La posición que se debería adoptar es la de confianza en todos los compañeros sin tener que llevar a cabo una elección basada en este conocimiento.

*¿Se basará eso en que he elegido a los mejores? Quizás se basa más bien en que, para mí, casi todos los médicos son muy buenos. (MJ III)*

## 6. Impacto laboral

Como se ha comentado, uno de los rasgos diferenciales del médico es el grado de responsabilidad que posee, lo que lleva en muchas ocasiones a seguir con su ejercicio habitual pese a estar enfermo y visitarse en periodos vacacionales o cuando considera que tiene tiempo. Además tiende a rechazar el alivio de sus obligaciones por parte de los compañeros, ya que ve la pérdida de su trabajo habitual como algo negativo. Este “presentismo” puede suponer un riesgo para el paciente y para él mismo.

*Cuando está enfermo y tiene que atender, normalmente pues son enfermedades que puede tratarlas perfectamente. (MJ I)*

*El médico tiene muchas responsabilidades y lógicamente le abruma más que en otras profesiones. (MJ I)*

*El marcapasos, tuve una idea que ahora veo que está muy mal también. Quise ponérmelo aprovechando las vacaciones de Semana Santa, para no perder ni un día. (MJ III)*

*Tampoco acepta tan fácilmente que le quites carga a él, y eso le convierte en un enfermo pues que sufre más. (MJ I)*

Sin embargo, puede llegar un momento en que se cuestione la profesionalidad, su trabajo se vea seriamente limitado y la enfermedad empiece a dar lugar a esas consecuencias tan temidas por el médico: Cambios en sus rutinas, en sus labores, en sus responsabilidades o terminar perdiendo su puesto en el peor de los casos.

*Yo le ponía cosas que no producen ansiedad... Las colecistectomías que fueran breves, que normalmente que no se complicaran, que los enfermos estuvieran claramente diagnosticados, que no pudieran surgir incidencias... (MJ I)*

En referencia al ámbito público y el privado, si se pregunta por las diferencias que puede haber entre un médico que trabaja en uno u otro cuando éste enferma, no las considera relevantes, ya que para los procesos menores seguiría acudiendo a sus colegas y cuando es algo más serio a los grandes hospitales.

*Yo creo que no, que no cambia. Lo que pasa que irá a sus médicos de... A sus amigos de... De la privada. Tienes confianza en los que conoces y los que conoces da la casualidad que si solo trabajas en la privada, conoces a los de la privada. (MJ II)*

La jubilación supone un alivio en el aspecto del estrés laboral porque ya no se es esclavo de un tiempo limitado, pudiendo dedicarse más a uno mismo y a llevar una vida más tranquila y saludable.

*Yo soy dueño del horario, no es como el resto de vida profesional, que he ido de cabeza siempre y corriendo. (MJ III)*

## 7. Confidencialidad

Es un tema trascendental. Cuando el médico enferma se puede dar lugar a una ruptura de la misma, ya que se encuentra inmerso en su propio sistema de salud, pudiendo tener que ser atendido o ingresado en su centro de trabajo e incluso atendido por sus compañeros y conocidos. Es un hecho que el médico asume siendo consciente de que puede verse seriamente afectada.

*Somos tanta gente allí en el... Y no digamos ya pues si estás en el hospital, y cualquiera a lo mejor no médico asoma por la puerta... Y aquello se... Por radio popular, por la COPE, pues va a toda la provincia en el curso de 3 minutos más menos 15 segundos. (MJ III)*

*Yo no entro en el hospital con lo cotilla que es la gente. (MJ I)*

*Es un riesgo que tienes que correr, es decir, es algo que tienes que asumir, tienes que asumir como posible y... Muy posible. Es decir, la confidencialidad en un hospital es... Difícil. (MJ II)*

Es fundamental el respeto y la seriedad ante un aspecto tan relevante de la práctica clínica.

*Yo lo he llevado muy a raya el secreto profesional siempre. Y en casa pues muchas veces han venido a visitarse a veces médicos, a veces no médicos y nadie ha sabido nunca que han venido, ya no solo que enfermedad tiene sino que... Yo procuro muy cuidadosamente que no se sepa que han estado.. (MJ III)*

Genera un temor que le lleva en ocasiones a ser aún más reticente a acceder de manera habitual al circuito y a verse “obligado” a hacer uso del sector privado.

*- O sea que en la privada piensa que sí que se garantiza un poco más la confidencialidad.*

*- Sí (MJ II)*

*Generalmente ellos han querido siempre hacerlo en la privada porque... Si no se enteraba la gente de que se estaba operando. (MJ II)*

## **8. Apoyo de jefes y compañeros**

Del análisis del discurso se deduce que suele primar el apoyo entre compañeros ante la enfermedad del médico.

*Apoyo moral, como se podría decir: “Colega, no te preocupes, tal, te ayudo con tus enfermos, te voy a quitar una carga...” (MJ I)*

*La enfermedad tiene que estar ya por delante de todas las demás consideraciones y eso... Sí que el médico tiene que dejar a un lado todo inmediatamente, si uno te dice otra cosa es que te diga el compañero: “No, mañana quedamos para que me veas”, pero tú estate dispuesto a verlo ya, en cuanto él ha aparecido y ha contado algo, esa tiene que ser la actitud. (MJ III)*

El compañerismo también se encuentra muy presente a la hora del trato al médico enfermo, ya que en cualquier momento puede dirigirse a un colega en busca de su ayuda, siendo esto recíproco generalmente en todo el sistema de salud.

*Y entonces el colega te cogía, te auscultaba, te trataba pues como lo que eres, un compañero y “Ven, vete a rayos, sácate una placa y así lo vemos y ya está” (MJ II)*



*La obligación de atender a todos los compañeros y atenderlos bien. (MJ III)*

También juega un papel importante la dirección y el jefe de médicos enfermos, que tiene que ser capaz de comprender por lo que está pasando y facilitarle la situación en la medida de lo posible, así como favorecer la protección del trabajador por parte del servicio y del sistema.

*Te encuentras en un momento en que ya pues ves que realmente tienes que reducirle trabajo, que hay que convencerlo de que puede seguir siendo útil porque no lo acepta con facilidad. (MJ I)*

*Siempre se puede recolocar o lo que sea, y además yo siempre, siempre, siempre he encontrado el apoyo de la autoridad, de la administración, de subdirectores, del área quirúrgica... Siempre ha habido colaboración... Todas las administraciones que ha habido han sido muy generosas... (MJ I)*

*Las direcciones al revés, yo he encontrado que son comprensivas, las diversas que hemos tenido, al menos en el Clínico... Con cualquiera de nosotros en ese sentido. (MJ III)*

Cuando el médico deja su ejercicio activo, este apoyo ya no es sentido de la misma manera, principalmente porque el personal sanitario se va renovando con el paso del tiempo y no conocen su identidad, y aunque hay ocasiones en las que sí que con reconocidos, a veces los médicos jubilados se sienten como un estorbo para estos nuevos colegas.

*Hay gente que sí que te trata como a un colega y hay gente que no te trata como un colega, eso es así y eso es real como la vida misma. (MJ II)*

*Qué querrá, otra vez por aquí... Qué le pasará ahora, eh... La gente joven que no te conoce, no te ha conocido. (MJ II)*

En este contexto, y sobre todo desde la percepción del médico jubilado, el reconocimiento del trabajo y de la carrera profesional por parte de los compañeros y también de los colegios de médicos, es apercibido como algo muy positivo y como un apoyo clave y especialmente gratificante.

*Es... Un orgullo que te vengán los recomendados porque no hay sitio donde te puedan valorar más y mejor que en el equipo donde trabajas, si ahí te están eligiendo como médico, es que hay un buenísimo concepto tuyo. (MJ III)*

*Me dieron un premio, que me lo dieron mis compañeros, es el único homenaje que me han dado, cuando me he jubilado, pero que no pasa nada eh. A propósito de lo del colegio, el colegio me dio un premio que es votado por los compañeros... Y que se acordaran de mí, pues eso me hizo mucha ilusión. (MJ I)*

## 9. Colegios profesionales

El papel del Colegio de Médicos en la jubilación es sentido por los entrevistados como un pilar que cada vez cobra más relevancia y como un punto a desarrollar en el tema que nos ocupa, ya que hasta la fecha es bastante desconocida su labor en este ámbito por los usuarios, aunque sí que existe la impresión de que se está empezando a trabajar en ello.

*No sé muy bien lo que hacen los colegios porque no he estado muy vinculado a ellos, pero sí hacen cosas por los médicos. Cuando son mayores y cuando están enfermos sí que hacen cosas. (MJ I)*

*Ah, sí, eso ya se hace bastante, toda esta labor del PAIME... De asistencia al médico enfermo, yo creo que ahora se está cuidando mucho y se está propagando mucho, mucha gente no sabe que existe, pero... Yo creo que se está haciendo... (MJ III)*

*- ¿Vería interesantes unas recomendaciones en relación con el propio autocuidado del médico, como se ha hecho en otros países?*

*- Yo pienso que estaría bien, no lo sé. Yo creo que el caldo se está haciendo en esto eh, yo no lo sé. (MJ II)*

## 10. Experiencia como médico de médicos

Como consecuencia de que el médico no es un sujeto cualquiera, su atención también es “especial” por parte del médico colega que le atiende, y este debe ser capaz de tratarlo como paciente que es olvidándose de su profesión y/o amistad y evitar así dudas y errores.

*Con los médicos he procurado también mentalizarme de que era un enfermo y ya está. Como si fuera un paciente cualquiera. (MJ III)*

*Me acuerdo que un compañero, el profesor X, me dijo: “Tú tienes que tratarlo como un anciano que es lo que es”, el profesor XX (Rie), y aquello me produjo un impacto, digo: “Tienes razón, porque si no empezaré a dudar, a patinar, a pedirle permiso a ver si le hago un análisis de hemoglobina o no se la hago...” (MJ III)*

Esta tarea no es fácil. En muchas ocasiones la información que da este tipo de paciente está limitada, no es del todo cierta o hay datos que omite debido a la negativa por parte del médico paciente a reconocer su enfermedad. Todo ello da lugar a una serie de obstáculos e inconveniencias en el proceso, además de crearse circuitos atípicos.

*En general es muy mal enfermo, primero porque no cuenta todo, en general, no te lo cuenta todo. Otras veces se hace pasar por un tercero. (MJ I)*

*Te presenta una radiografía que si eres un poco sagaz ya te estás dando cuenta que te la pone de una forma que no puedas ver ninguna etiqueta ni nada. (MJ I)*

*Me llevo la sorpresa de que dice: “Bueno... Los radiólogos pueden hacer variando las sombras lo que quieran de las imágenes... Esto no sirve para mucho” (MJ III)*

Es un mal paciente que dificulta de manera significativa el trabajo del “médico de médico”, que “conoce”, que cuestiona, que comenta con otros compañeros y da lugar a una creciente desconfianza y a una posición de alerta que está muy lejos de favorecer la relación entre ambos.

*Lo que no se puede hacer nunca es estar en una relación falsa con él, con el paciente, y el médico por eso es particularmente difícil, por otra parte, a veces se automedica, y generalmente no te lo dice. El médico es un enfermo muy complicado y hay que estar muy ojo avizor con él. (MJ I)*

*Sí que ocurre a veces, pero esto hay que admitirlo, pues que claro ese compañero ha entendido, lee, estudia, incluso comenta con otro más especializado que yo en la materia y... (MJ III)*

Además, esta situación es expresada como incómoda, ya que al “médico de médico” no le han enseñado a tratar con éste y que sea un colega no facilita el diagnóstico y menos la comunicación de noticias difíciles.

*Viene, se sienta, en la mesa de la consulta normal, yo estoy sentado en la mesa, tengo el... El informe aquí y dice “Bueno, qué me dices”, “Pues...” Claro yo no sabía cómo iba a reaccionar. Está de pie, él. “Pues... Eh...” “¿Qué tengo?” “Pues hombre... Pues... Tienes...” “Pero... ¿No será un melanoma?” “Pues... Sí... Tienes un melanoma” “Bom” al suelo, se cayó al suelo, o sea tuvo una lipotimia, se cayó... Lo pusimos, lo sentamos, le dije “Oye... Que esto no es... Que hay grados de...” Y ya le explicas un poco. (MJ II)*

*Yo he encontrado el ponerse nervioso por tratar a un médico, casualmente profesor suyo, y que para él fue un trauma momentáneamente. (MJ III)*

Sin embargo, algunos médicos pacientes, sí que son conscientes del conflicto que esta situación genera y siguen un comportamiento y una actuación ejemplar.

*Eso sí que creo que deberíamos hacer los médicos y ya digo, yo lo hago, en cuanto voy al médico, me pongo en manos de él y le dejo completa libertad, no influenciándole para no entorpecerle el ya de por sí difícil proceso del diagnóstico y que sea él el que me vaya dirigiendo todas las pruebas que hay que hacer y los tratamientos que hay que llevar y los controles y el seguimiento, ahí le dejo completamente carta blanca. (MJ III)*

*Cuando elijo al médico, estoy absolutamente tranquilo y confiado en la solución que me dé. (MJ III)*

La experiencia como jefe de médicos enfermos lleva a concluir que en determinados momentos, cuando la enfermedad cobra una importancia significativa, ha de ser capaz de imponerse, de reducir la carga laboral del médico paciente y de canalizar las soluciones que considere pertinentes, además de brindarle su apoyo.

*Estaba en esa situación, que le ponía cosas muy sencillas, porque es muy buen cirujano. (MJ I)*

*El que te ha venido, te ha venido a consultar como médico... Ya la jefatura la dejas colgada en el sillón o en la percha. (MJ III)*

La atención al médico jubilado es aún más peculiar si cabe, ya que además de ser médico, su ejercicio era casi totalmente diferente a la asistencia que se presta en la actualidad. De manera que el “médico de médico” jubilado se tiene que enfrentar a la dificultad añadida de que sus percepciones sobre el conjunto global de la enfermedad van a ser muy distintas.

*Dicen: “Los médicos ahora no son como antes”, “¿Cómo no son como antes?”, “Pero es que son peores...”, “Digo no, son mejores para el momento que hay, porque saben más”, “¿Cómo van a saber más?” (MJ I)*

*No creas que no vamos a encontrar médicos como los que nos han atendido hasta ahora, yo miro porque yo soy médico. (MJ I)*

## 11. Aprendizaje de la experiencia

En el continuo proceso de aprendizaje del médico, también ocupa un lugar importante la enfermedad. Pese a que es mayor la lista de contras que de pros, puede aportar al profesional un punto de vista diferente y ayudar a la comprensión en su totalidad, habiendo vivido lo que cuenta en primera persona y no habiéndolo leído solamente en los libros, y de esta manera darle una utilidad práctica a lo experimentado y ganar en experiencia. Todo ello se acompaña de un sentimiento positivo y constructivo.

*Cuando he estado enfermo, he reflexionado casi siempre diciendo: “Qué bien me ha venido esta enfermedad”. Porque ahora cuando el enfermo se expresa, determinados síntomas que son muy difíciles de explicar, los he tenido, y entiendo perfectamente lo que quiere decir. (MJ I)*

*De enfermo comprendes que uno tiene derecho, vamos derecho... Necesidad de su descanso y de su tiempo libre y de su tiempo de estudio y que mientras le estás llamando le estás restando eso. (MJ III)*

Por otra parte, la ganancia en empatía con el enfermo podría ser discutida, ya que es algo que debería tener todo médico independientemente de haber pasado por el mismo proceso o no, así como también se menciona un cambio de valores.

*No acabo de creerme mucho eso de que dicen al médico: “Que se ponga enfermo y así sabe lo que es bueno y se vuelve más sensible”. Yo creo que no. Una medicina bien estudiada, vivida y practicada, te hace que vivas los problemas de los enfermos de verdad. (MJ III)*

*Yo he estado en una situación que realmente no se puede explicar, yo tampoco se lo podría explicar, pero a partir de entonces yo entendía muy bien cuando un enfermo estaba ya normotiroideo. (MJ I)*

Conforme pasa el tiempo y se han ido sucediendo en el médico distintas enfermedades, tanto sus actuaciones adecuadas como las que han repercutido de manera adversa en el proceso, le llevan a aprender de sus propios aciertos y errores para ocasiones futuras.

*Yo los tratamientos después de mis imprudencias los he seguido al pie de la letra siempre, no he fallado en medicaciones ni en indicaciones, ningún día... Nunca, aunque haya tenido la sensación a veces de decir: "No sé si... La tensión la llevo demasiado baja y si me tendrán que rebajar un poco...", no. Yo he tomado lo que estaba allí indicado. (MJ III)*

*Yo me juzgo ahora con... Y... Puedo sacar ahora esas conclusiones buenas y malas (MJ III)*

### C.3 COMPARACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Debido a la elección de llevar a cabo una entrevista semiestructurada dentro de la metodología cualitativa, que diera lugar a un diálogo abierto en el que el discurso, aunque dirigido, va surgiendo de manera espontánea, da lugar a una serie de semejanzas y diferencias en los temas tratados, y también a que algunos de ellos se reflejen más en unas que en otras (*Anexo F2 Visualización de la matriz de los códigos*)

Hay patrones que se repiten con claridad y son aspectos referidos por todos ellos (*Anexo F3 Gráfica segmentos codificados predominantes*), los que más peso adquieren son los siguientes:

- Trato preferente positivo recibido.
- Compañerismo.
- Diferencias en el circuito asistencial (Diagnóstico y tratamiento)
- Influencia del conocimiento en la interpretación propia de signos y síntomas, en la anticipación, también en el retraso y en el autotratamiento.
- Trato preferente al paciente por parte del médico de médico.
- Sentimientos de aceptación, miedo, positivo, negación, confianza o sensación de control.
- Pérdida de la confidencialidad como perjuicio.
- El impacto laboral del presentismo.

Habiendo una clara relación entre algunos de los códigos (*Anexo F6 Relación entre los códigos*), por ejemplo:

- Compañerismo y trato preferente positivo recibido (El de mayor evidencia)
- Diferencia con el no-médico en el tratamiento por el autotratamiento.
- Trato preferente por parte del médico de médico y trato preferente positivo recibido.
- Diferencia con el no-médico en el acceso (Y circuito asistencial) y el trato preferente positivo recibido, también influenciado por el compañerismo y la ayuda.

- El retraso en el diagnóstico con la negación de la enfermedad.

Hay otros patrones que sólo son mencionados por algunos de ellos, por lo que habría que realizar más entrevistas para poder objetivar esas apreciaciones y que ganaran veracidad, así como hay códigos cuya referencia es nula ya que pertenecen a otras etapas profesionales (*Anexo F4 Gráfica segmentos codificados no predominantes*). Los de menos peso serían los siguientes:

- Comisión de docencia y prolongación de la formación en el impacto laboral.
- Reinserción en el impacto laboral.
- Pérdida como beneficio de la confidencialidad.
- Cuestionamiento por parte de los compañeros en el impacto laboral.
- Familia del médico con características especiales dentro de impacto familiar.
- La carencia y búsqueda de información en la influencia del conocimiento.
- La información recibida por parte del médico sobre su enfermedad.
- La ganancia en empatía con el aprendizaje de la experiencia.

En el *Anexo F5 Tabla completa de los segmentos codificados de todos los documentos* se reflejan los resultados comentados.

## D. DISCUSIÓN

### D.1 DIFICULTAD Y LIMITACIONES EN LA BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

El médico como paciente es un hecho en el que no se ha empezado a trabajar hasta los últimos años, siendo un tema cada vez más en auge. Sin embargo, no se ha llegado a profundizar como se debería.

La revisión bibliográfica que se encuentra, versa principalmente sobre los factores de riesgo del médico (estrés, ansiedad, burnout...) y la relación de la profesión con enfermedades psiquiátricas y/o consumo de fármacos en otros países que no son España.

Dada la dificultad de encontrar publicaciones que se ajustaran al tema de interés, se creó un grupo común entre todos los investigadores participantes del proyecto global mediante la plataforma EndNote, un gestor para el manejo de bibliografía y citas, con el cual tras previa reunión para comprender su funcionamiento, se pudieron compartir referencias que se centraran en el objeto del estudio.

La creciente importancia de este peculiar proceso, hace que podamos acceder a algunos trabajos que sí que han ahondado más en las distintas categorías de esta situación, pero pese a ello la investigación con respecto a las enfermedades orgánicas se queda en la superficie y aún es más así si queremos diferenciar a los profesionales por grupos de edad. En el caso que nos ocupa, solo la Fundación Galatea, en 2005, ha trabajado en un proyecto como preparación del médico para la jubilación: *Estudio de necesidades de los profesionales de la medicina relacionadas con el momento de la jubilación*.<sup>4</sup>

Por todo ello y tras los resultados, se evidencia la necesidad de desarrollo en el ámbito de la ayuda al médico enfermo, ya que no está bien definido y actualmente el colectivo demanda ese déficit en la atención. Las entrevistas a médicos jubilados reflejan especialmente una pérdida de apoyo y de la seguridad que eso les confiere una vez dejan de estar en activo dentro del sistema, sumado a un incremento de la preocupación con respecto al tema de su salud propia, la cual cada vez sienten más inestable y de incertidumbre con el cambio de la sociedad que conocían. Hechos que el Colegio de Médicos debería tomar como base para la organización de unos cuidados que el sector reclama, de manera que frente a la enfermedad, el médico jubilado pueda sentirse arropado, protegido y tenga la certeza de que no está solo y de que el trato va a ser el mejor posible. Por ejemplo, hay una actividad en Barcelona que es una red de médicos que ayudan a médicos cuando enferman para que se muevan bien por los hospitales.

### D.2 METODOLOGÍA CUALITATIVA

Como ya se ha explicado previamente, el diseño cualitativo mediante las entrevistas en profundidad, que es el método con el que hemos trabajado previa sesión formativa, ha permitido indagar en perspectivas, opiniones, vivencias, sentimientos... Que aunque subjetivos

y a priori de baja fiabilidad con respecto a su solidez, ricos en información sobre este complejo fenómeno y que facilitan la interpretación de los diversos aspectos objetos del estudio que no son observables a simple vista e integrarlos de manera global.<sup>21 23</sup>

La selección de la muestra de estudio es fundamental para así obtener varios puntos de vista sobre el tema de interés y que sea lo más representativa posible de cara a la validez de los resultados del trabajo.<sup>23</sup> De manera que los participantes son escogidos de forma intencionada y no por azar, pero siguiendo los criterios de inclusión ya comentados.

Para determinar el perfil del médico jubilado lo primero que hubo que hacer fue establecer un rango de edad. De esta decisión, surge la pregunta de cuáles son los años hasta los que el médico actúa como tal ante su enfermedad después de haberse jubilado, ¿Hay un límite? ¿Cuántos son? ¿10? ¿20? Finalmente se estableció un margen de entre 65 y 85 años para los entrevistados. Otra variable fue el tipo de enfermedad que aunque en un principio se incluyeron únicamente graves y crónicas, en determinado momento de la investigación se habló de la posibilidad de incluir procesos más habituales en personas mayores como hipertensión, diabetes, etc... Debido a las dificultades para encontrar participantes que se adaptaran a los criterios. Al final se lograron mantener los perfiles iniciales, pero solo se consiguió realizar 3 entrevistas sobre las que poder trabajar y sacar el análisis adelante con la limitación del periodo de tiempo establecido para el trabajo de fin de grado.

Otra variable que sería posible tener en cuenta es la especialización que posee el médico, lo que podría mostrar si hay diferencias significativas entre médicos de familia y los de las diversas especialidades, o incluso dentro de las mismas. Del mismo modo, la institución de trabajo es otro aspecto que puede ser interesante, tanto si queremos discernir entre ámbito hospitalario y extrahospitalario, rural y urbano, o también diferenciar entre sector público y sector privado. En el presente trabajo no se han considerado estas distinciones, 2 de los 3 entrevistados eran cirujanos y el tercero médico de medicina interna no apreciándose diferencias significativas entre ellos, sin embargo, podría tenerse en cuenta en estudios posteriores.

Las etapas por las que pasa un profesional médico a lo largo de su vida han supuesto varias líneas de trabajo (Residente, en activo y jubilado) que forman parte del proyecto global, en las que se pueden observar los puntos en los que difieren con respecto a la visión del enfermar del médico (Hábitos, riesgos, frecuencia, acceso al tratamiento, actitud ante la enfermedad...) Inicialmente, el presente trabajo de fin de grado iba a tratar los aspectos éticos del estudiante de medicina como paciente, sin embargo, por la ausencia de bibliografía y la dificultad añadida que esto suponía se consideró pertinente abordar el estudio del médico jubilado.

La información proporcionada a los participantes antes de la entrevista fue breve aunque suficiente para hacerles conocer los objetivos y propósitos del estudio, así como la confidencialidad del mismo. El consentimiento informado se realizó de manera verbal de tal modo que quedó registrado en la grabación de la entrevista.

En el diseño del guion se sigue un esquema en el que se abordan los diferentes temas de interés para el estudio, dando comienzo con una pregunta neutra y abierta que poco a poco y conforme



el entrevistado encuentre un clima de más confianza le lleve a hablar de su experiencia y de su propia patología.

La aplicación de otros tipos de técnica cualitativa, como es la elaboración de un grupo focal entre médicos jubilados, no fue posible debido a la limitación del tiempo para realizar el trabajo. Sin embargo, la sinergia de experiencias y reflexiones a las que podría dar lugar la reunión de algunos miembros del colectivo, junto con las entrevistas en profundidad, pueden potenciar el conocimiento acerca del proceso del enfermar del médico de cara a la realización de la Tesis Doctoral sobre el tema. Sí que fue posible la realización de un grupo focal con profesionales del programa PAIME y fundación Galatea de la Organización Médica Colegial, que aportaron información de interés y utilidad para el presente estudio.

Las entrevistas cualitativas son complejas por varios factores. Por un lado de la capacidad del entrevistador para llevarla a cabo adecuadamente, de centrarla en los temas que interese, de conducirla hacia los puntos clave, de crear un ambiente de confianza... Y con respecto a esto hay que señalar como limitación la falta de experiencia y entrenamiento. Por otra parte, el entrevistado, pese a la confidencialidad, puede no ser del todo sincero, hacer algunas exageraciones, estar influidos por factores externos... U otras posibilidades que distorsionen y dificulten la comprensión de los datos que proporcione el informante.<sup>23</sup>

Debido a estos motivos, se cuenta con la figura de un observador, que aunque pueda verse como una limitación para la intimidad del sujeto y que supusiera una barrera para su libre discurso, son más los puntos positivos de su presencia, ya que puede tomar algunas notas durante el diálogo, estar atento al lenguaje no verbal y participar en un pequeño debate si surgen temas nuevos tras la entrevista. Todo ello aumenta la consistencia de los hallazgos.<sup>23</sup>

Tras el largo proceso de transcripción, se da otro punto conflictivo, el análisis, ya que sigue siendo investigador-dependiente. Hay que extraer información, codificarla y organizarla en categorías para agrupar las ideas y hacer una síntesis que permita contrastar las entrevistas realizadas, de manera que podamos observar los patrones que se repiten, así como los que difieren.<sup>22</sup>

Este trabajo se realizó primero de manera manual y después también se utilizó el software "MAXQDA" para establecer una mayor evidencia de la comparación entre las 3 entrevistas, obtener de manera visual la relación entre los códigos y gráficas estadísticas. Previamente, tuvo lugar una sesión para el aprendizaje del manejo de dicho programa, así como de la extracción de su máximo rendimiento y una serie de consejos operativos por parte de la Dra Mercedes Febrel Bordejé, experta en metodología cualitativa de la Universidad de Zaragoza y jefe de servicio de Garantías y Derechos de los Usuarios de la Consejería de Sanidad, la cual siguió supervisando dicho proceso.

Inicialmente se contaba con 7 categorías: Diferencias entre ser médico y no médico, trato, sentimientos, influencia del conocimiento, impacto laboral, apoyo de jefes y compañeros, y experiencia como médico de médicos. Se ampliaron a 11 en el proceso de análisis de la entrevista, añadiendo: Confidencialidad, impacto familiar, colegios profesionales y aprendizaje

de la experiencia. Todas ellas se subcategorizaron resultando más de 80 subcódigos con los que trabajar, los cuales supusieron dificultad para su obtención y un laborioso agrupamiento de todas las referencias obtenidas en las entrevistas. Es importante tener en cuenta como ya se ha mencionado que algunos de ellos son propios de cada etapa, por ejemplo prolongación de la formación y comisión de docencia pertenecen al médico residente, y pérdida de identidad, pérdida de privilegios, añoranza, carencia de conocimientos o alivio, entre otros, pertenecen a médicos jubilados.

Todos ellos quedan reflejados en el *Anexo F1 Visualización de la matriz de los códigos*, en donde también se aprecia que una minoría no han sido utilizados, por ejemplo en la categoría de trato, los subcódigos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, ya que también se ha considerado este como preferente/positivo, aceptable y negativo, que han sido los matices que han predominado en los diálogos. Otro aspecto a mencionar sería el ocurrido en la categoría de impacto laboral, en el que varios de los subcódigos no han sido casi utilizados, como por ejemplo reinserción laboral, limitaciones, alivio, sobrecarga de trabajo a otros, sector privado... Tal vez por haber resultado repetitivos o por haber podido ser expresados de otra manera más adecuada.

Para conseguir objetividad en los resultados el análisis de cada entrevista fue realizado individualmente y después puesto en común con otras 2 investigadoras más: María Pilar Astier Peña y Teresa Martínez Boyero, para de esta manera hallar las coincidencias, comparar lo interpretado y comentar los puntos de inflexión.

Se deduce de lo expuesto que la generalización de los resultados obtenidos de las entrevistas no es del todo posible, sin embargo, el diseño cualitativo es un gran método para profundizar en el conocimiento y en los diferentes puntos de vista sobre el enfermar del médico.<sup>21 23</sup>

## E. CONCLUSIONES Y ESTRATEGIAS DE MEJORA

### E.1 CONCLUSIONES

#### BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermar es un proceso humano que afecta a cualquier persona independientemente de su profesión, aunque el médico tiene unas condiciones propias, tanto intrínsecas como extrínsecas, que hacen más su proceso de enfermar más complejo.
2. Los médicos no han aprendido a aceptar la enfermedad y la niegan con actitudes ocultistas, convirtiéndose en unos pacientes difíciles de ser tratados.
3. El médico de médico no logra establecer una relación abierta ni adecuada con ellos y existe una conducta anómala por parte de ambos.
4. El proceso asistencial tiene lugar mediante circuitos atípicos ya que busca la salud de manera inapropiada.
5. El alto sentimiento de responsabilidad característico de la profesión conduce a un “presentismo” y a una reticencia a pedir ayuda que en algunas ocasiones puede suponer un riesgo para el paciente.
6. El autodiagnóstico y el autotratamiento, especialmente en enfermedades menores, son prácticas habituales que pueden no favorecer la evolución de la enfermedad a largo plazo.
7. El miedo, la vergüenza, la culpa, el vacío, la pérdida de autoestima... Aparecen cuando el médico enferma.
8. El conocimiento que el sanitario posee acerca de los diferentes procesos y del funcionamiento del sistema no siempre favorece un adecuado circuito asistencial.
9. Los médicos jubilados constituyen un grupo especial puesto que además de enfrentarse a la enfermedad también tienen que adaptarse a la transición vital que supone la jubilación, lo que hace que tenga unas características a considerar en todas las etapas del proceso.
10. Cada vez son más las personas que llegan a los 65 con un buen estado de salud y es importante crear y fomentar líneas de actuación que permitan mantener activo y socialmente integrado a este colectivo.
11. La creación del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) supuso un gran avance en el contexto de patologías mentales o adictivas. Hoy en día es necesario una ampliación de su cobertura mediante la inclusión de estrategias para el acompañamiento y tratamiento del médico que padece enfermedades orgánicas en cualquier etapa.
12. No se han realizado en España estudios que reflejen de manera representativa la realidad del médico enfermo a nivel nacional, ni que aporten datos sobre reflexiones, actitudes y necesidades cuando adquieren el rol de paciente.

## DEL ESTUDIO CUALITATIVO

1. Cada persona enferma de una manera diferente, pero el médico lo hace de una manera especial. El grado de responsabilidad y los factores de riesgo inherentes a la profesión son factores precipitadores de un abordaje anómalo de la enfermedad.
2. El circuito asistencial que sigue, suele ser anómalo desde su principio hasta su final, pudiendo tanto favorecer como entorpecer el diagnóstico y el tratamiento.
3. La jubilación se vive como una pérdida de identidad que además influye en los beneficios de los que disfrutaba estando en activo.
4. El trato que se da a los médicos es preferencial y privilegiado, sin embargo, por algunos jubilados ya no es sentido del mismo modo, puesto que se le deja de reconocer y pasa a ser uno más.
5. El miedo y la hipocondría están presentes en todas las etapas por las que pasa el médico, siendo más evidente en esta última en la que peligra más la salud.
6. El sentimiento de pertenencia al colectivo médico se sigue poniendo de manifiesto tras la jubilación.
7. El cambio de la medicina y de la sociedad en general tienen gran influencia en el pensamiento del médico jubilado, siendo rechazado por unos y aceptado por otros como algo necesario y de adaptación a la actualidad.
8. El conocimiento del médico es un punto conflictivo. Puede suponer una ventaja para el autodiagnóstico, pero también llevar a errores, decisiones equivocadas y ser más consciente de las consecuencias de la enfermedad.
9. En este campo hay que reconocer las limitaciones propias a cualquier edad, con un matiz especial en los jubilados ya que la capacidad no es la misma y pueden verse sobrepasados por los avances tecnológicos.
10. El conocimiento del funcionamiento del sistema de salud y del trabajo de los compañeros también es un hecho relevante en su conducta.
11. La vivencia de las enfermedades en primera persona ayuda al médico a su mejor comprensión y a ganar en empatía con el paciente.
12. El presentismo se ve favorecido por la presión y responsabilidad que posee el médico en su puesto de trabajo, siendo reticente a aceptar la baja laboral, el cambio de su ocupación o el alivio de la carga asistencial por parte de sus compañeros pese a estar enfermo porque cuestionaría su profesionalidad. El médico jubilado se siente liberado de esto.
13. La confidencialidad de los médicos peligra en el momento en que acceden al sistema de salud y son conocedores de ello, llevándoles en muchas ocasiones al sector privado.
14. Prima el apoyo y el compañerismo entre todos los trabajadores. Por otra parte, algunos objetivan que cuando el médico se jubila pierde ese “derecho” y se siente como un estorbo.
15. Piensan que el Colegio de Médicos debería actuar en este campo.
16. La atención al médico enfermo es compleja y aún más si cabe al médico enfermo jubilado.
17. El médico es un paciente difícil que en ocasiones oculta, falsea y no colabora con el proceso asistencial.

18. La relación médico-paciente que se establece no es la adecuada y supone un obstáculo para la evolución de su enfermedad. Los médicos reconocen dificultades a la hora de tratar a un compañero enfermo.
19. El médico jubilado, tras su enfermedad y su trayectoria profesional, hace un balance tanto positivo como negativo de su proceso y de sus vivencias, y reconoce con facilidad una vez fuera del sistema cuales han sido sus aciertos y sus errores.

#### DE LA COMPARACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

1. El trato preferente positivo, el compañerismo, las diferencias en el circuito asistencial y la interpretación propia de signos y síntomas son los códigos más repetidos por parte de los entrevistados.
2. La pérdida como beneficio de la confidencialidad, el cuestionamiento de sus compañeros en el impacto laboral y que la familia del médico tenga unas características especiales, los que menos.
3. La relación entre códigos más evidente es el compañerismo y el trato preferente positivo recibido.

#### **E.2 ESTRATEGIAS DE MEJORA POSIBLES**

1. Elaboración de una guía de recomendaciones que sean de utilidad antes, durante y después del proceso de enfermar, así como técnicas de control de estrés que permitan al facultativo un manejo adecuado de las situaciones diarias y de las circunstancias límite.
2. Empezar a instruir y a formar en este aspecto en las facultades de medicina de manera que se pueda afrontar sin problemas el trato a los compañeros, comprender en su globalidad del proceso de enfermar del médico y que se fomente la investigación en este campo.
3. Implicación de las organizaciones sanitarias en planes de prevención, identificación de los riesgos para la salud y de los profesionales enfermos dentro del sistema sanitario, ayuda en caso de cualquier enfermedad en todas sus etapas, y estrategias para la jubilación.
4. Participación del Colegio de Médicos en el desarrollo de actividades que mejoren la atención recibida, que incrementen el apoyo, que integren en programas de fácil acceso los diversos aspectos que componen la pérdida de la salud y doten de seguridad al médico, pero sobre todo, no abandonarlo nunca en su proceso de enfermar.

## F. ANEXOS

### F.1 Guion de las entrevistas

Apartados en el guion de las Entrevistas	
<b>Encuadre o introducción</b>	Presentación, agradecimiento y explicación de la metodología y confidencialidad.
<b>Consentimiento informado</b>	Registro en audio del consentimiento, respuesta a las dudas y compromisos de los investigadores.
<b>Check list de los puntos de interés de cada línea temática prevista en el tema de estudio</b>	Lista de líneas y temas clave que se deben explorar (espontánea o dirigida).
<b>Conclusión de la entrevista</b>	Agradecimiento al participante.
<b>Consentimiento informado</b>	Registro en papel del consentimiento, entrega de hoja con información y contactos de los investigadores.

GUION PARA LAS ENTREVISTAS A MÉDICOS ENFERMOS
<p><b>Encuadre</b></p> <p>Buenas tardes, mi nombre es.....</p> <p>En primer lugar queremos agradecerle que nos ofrezca su tiempo y su colaboración, que es muy importante para nosotros.</p> <p>Tal y como habíamos hablado, estamos aquí para realizarle una entrevista que forma parte de una investigación desarrollada dentro de un proyecto de investigación con el desarrollo de Tesis Doctoral y trabajo de fin de grado para la Facultad de Medicina de Zaragoza, financiada por la Cátedra de Profesionalismo y Ética dentro del acuerdo de la Organización Médico Colegial con la Universidad de Zaragoza.</p> <p>Este proyecto se desarrolla en el marco del Grupo consolidado de Investigación de Bioética de Aragón y se propone profundizar en el proceso de enfermar de los profesionales médicos en todas las etapas de su vida profesional desde estudiantes a jubilados.</p> <p>Las entrevistas son un método de investigación cualitativa mediante el cual 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.</p>

Las entrevistas tienen una duración aproximada de una hora, y por motivos de metodología utilizaremos una grabadora para poder transcribir los datos de manera literal, pero los responsables del proyecto garantizamos la absoluta confidencialidad de los datos recogidos, utilizando la información obtenida exclusivamente con fines investigadores. Además, cuando finalice el estudio le haremos llegar las conclusiones del mismo. Si no tiene ninguna duda, podemos comenzar con la entrevista.

**Pregunta inicial:**

**¿Qué nos puede decir sobre el proceso de enfermar de los médicos?**

<p><b>1. Descripción del proceso de enfermar</b></p>	<p>1.1 Diferencias con los profesionales no médicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventaja o inconveniente</li> </ul> <p>1.2 Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Momento del diagnóstico</li> <li>• Médico que diagnosticó</li> <li>• Circuito seguido</li> <li>• Trato recibido</li> <li>• Búsqueda de segunda opinión.</li> </ul> <p>1.3 Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención recibida</li> <li>• Lugar de tratamiento (Hospital Vs ambulatorio)</li> <li>• Dificultades encontradas</li> <li>• Síndrome del recomendado: en qué consiste</li> <li>• ¿Llego a hacerse recetas y automedicarse en su proceso de enfermedad fuera de la indicación de un médico? ¿Piensa que es útil que el médico jubilado siga disponiendo de recetas? ¿Podría inducir a una autoprescripción y a una falta de seguimiento médico adecuado? ¿Sería bueno mantenerlas o retirarlas?</li> </ul> <p>1.4 Sentimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angustia/Dependencia/ Negación</li> <li>• Trato/interés/crudeza</li> <li>• Tolerancia a los síntomas</li> <li>• Preocupación por la confidencialidad.</li> </ul> <p>1.5 Información recibida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de información</li> <li>• Cantidad de información</li> <li>• Actitud del médico</li> <li>• Actitud del enfermo</li> <li>• Búsqueda de otra información (internet...)</li> </ul> <p>1.6 Actitud del médico que le atiende</p> <p>1.7 Información y conocimientos del médico que enferma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventaja o inconveniente</li> </ul> <p>1.8 Toma de decisiones: cómo se realiza, quién y qué le influye a la hora de actuar ante la enfermedad.</p> <p>1.9 Familia del médico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sus expectativas</li> <li>• La información</li> <li>• Su actitud y diferencias en el cuidado y acompañamiento</li> </ul>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Piensa que por el hecho de ser médico, su familia ha tenido un papel más secundario en su enfermedad?</li> </ul>
<b>2. Impacto del hecho de estar jubilado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cree que el hecho de estar ya jubilado ha influido en su proceso de atención como enfermo? ¿En qué sentido?</li> <li>• ¿Piensa que si hubiera estado en activo el proceso habría sido diferente? ¿En qué sentido? A nivel de disponibilidad de tiempo personal, a nivel de no tener ya contactos en los centros sanitarios...</li> </ul>
<b>3. Impacto de la enfermedad en su trabajo, si enfermó mientras estaba trabajando</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja laboral: cuándo, quién la recomendó</li> <li>• Cambios en su práctica médica</li> <li>• Calidad de la atención de sus pacientes</li> <li>• Si fue así ¿cómo resolvió esa situación? ¿la superó sólo, con ayuda externa o con medicación?</li> <li>• Si fue así ¿cómo resolvió esa situación? ¿la superó sólo, con ayuda externa o con medicación?</li> </ul>
<b>4. Relación con colegas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo percibido (no ofertar/aceptar ayuda)</li> <li>• Cambios en el reparto de trabajo, si al enfermar estaba trabajando.</li> <li>• Cambios en la relación, al estar ahora de paciente y además jubilado ya.</li> </ul>
<b>5. Relación con superiores jerárquicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo percibido</li> <li>• Medidas tomadas cuando trabajaba.</li> <li>• Una vez jubilado, ¿Ha tenido relación con su equipo y se han interesado por su salud o bien le han gestionado alguna cita, prueba o cirugía?</li> </ul>
<b>6. Experiencia como médico de otros médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circuito de asistencia</li> <li>• Diferencias respecto a otros pacientes</li> <li>• Diferencias entre especialistas/ generalistas, atención primaria /hospitalaria</li> <li>• Diferencias entre activos/ jubilados/residentes.</li> <li>• Resistencias y peculiaridades</li> <li>• Sentimientos experimentados: incomodidad "quitárselo de encima"</li> </ul>
<b>7. Relación con los colegios profesionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo percibido mientras estaba activo y ahora que se ha jubilado.</li> <li>• Medidas posibles a realizar para mejorar la atención que se facilita a los profesionales médicos jubilados, ¿Cómo se podría mejorar esa atención?</li> </ul>
<p align="center"><b>Conclusión y despedida</b></p> <p><b>En nombre de todo el equipo de investigación queremos agradecerle de nuevo su gran aportación para el análisis del tema. Quedamos a su disposición para futuras aclaraciones y le mantendremos informado de los avances y conclusiones del estudio.</b></p>	

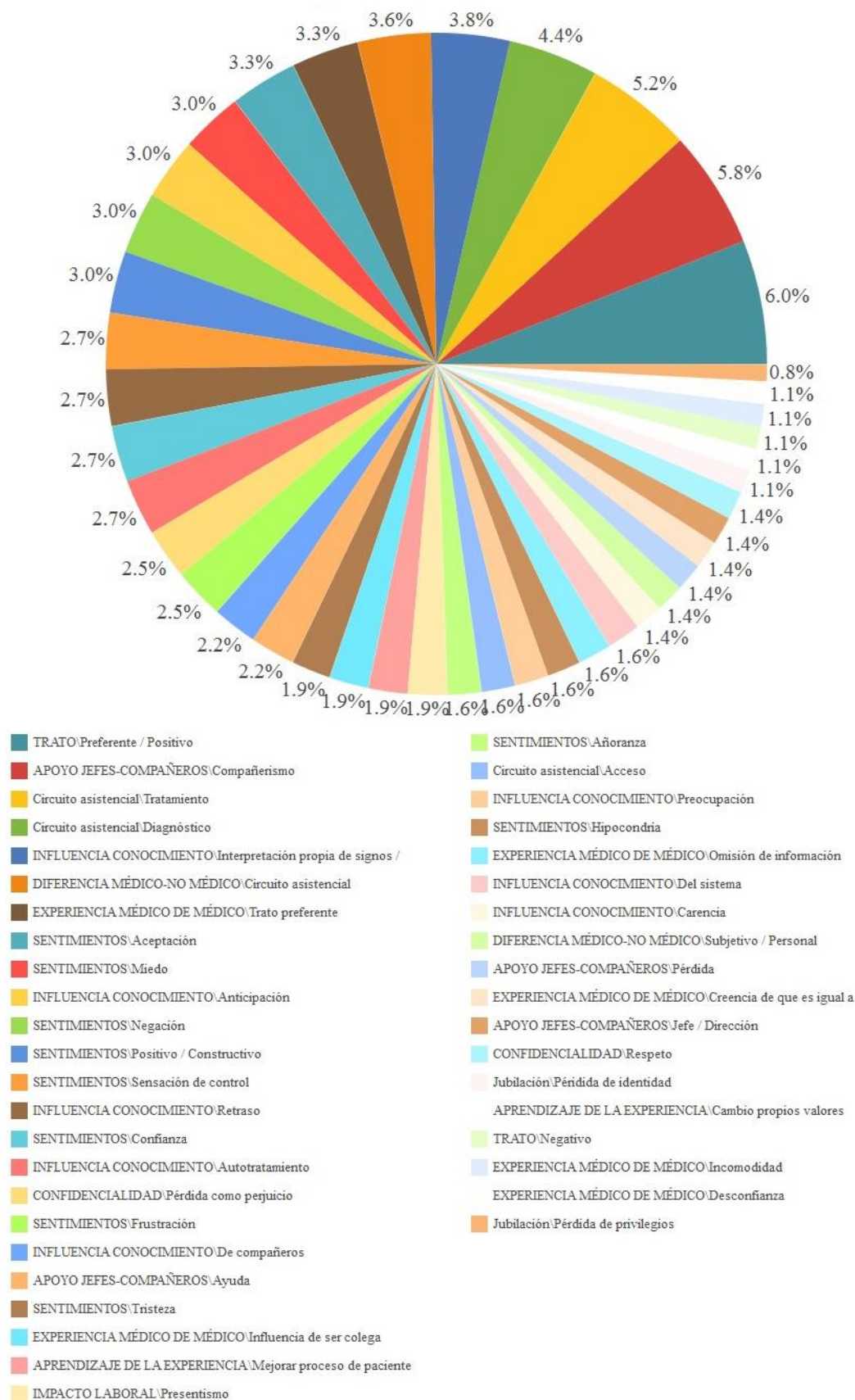


## F.2 Visualización de la matriz de los códigos

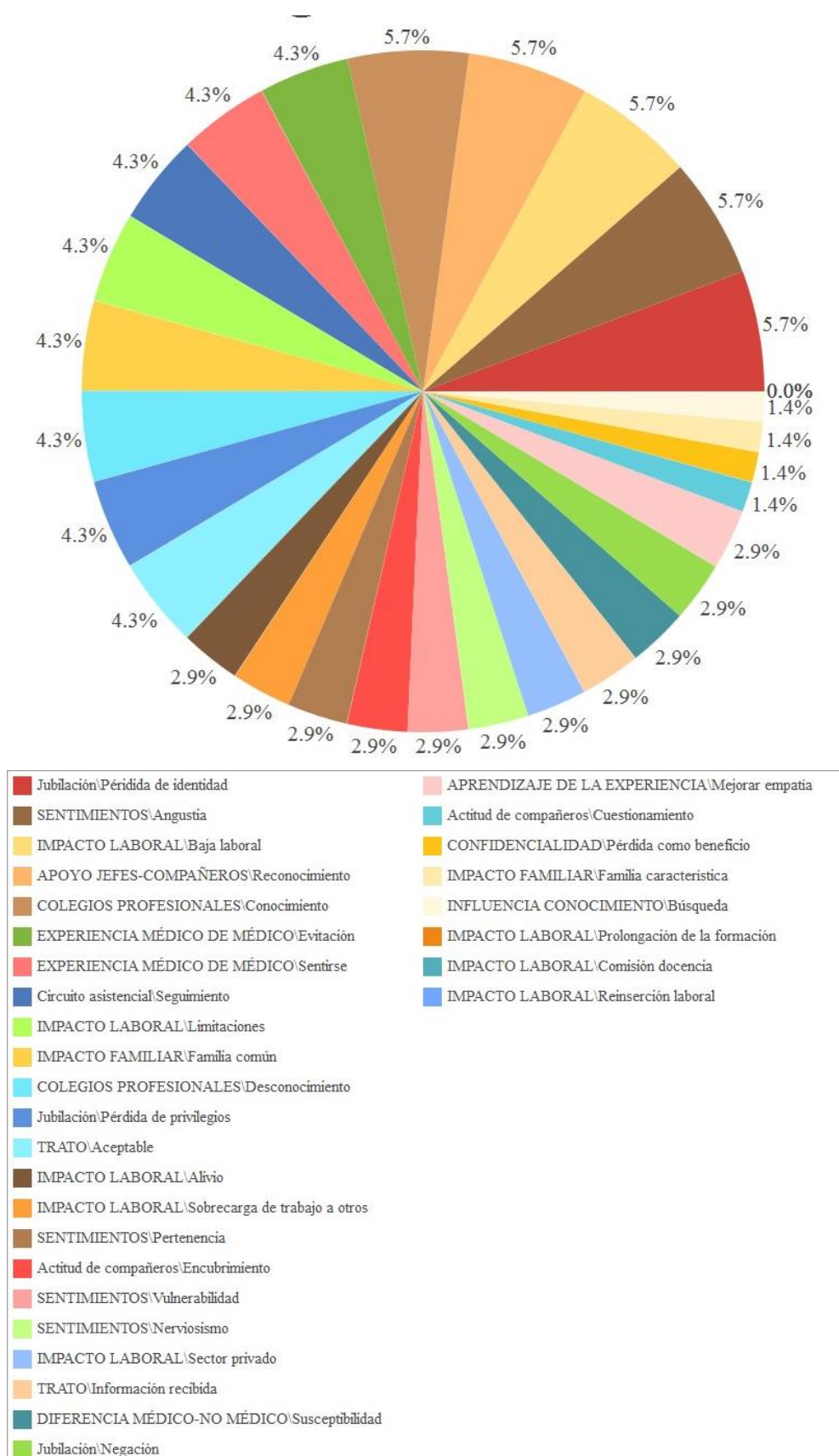
Sistema de códigos	Médico jubilado I	Médico jubilado II	Médico jubilado III	SUMA
<b>DIFERENCIA MÉDICO-NO MÉDICO</b>				0
Círculo asistencial	■	■	■	13
Acceso	■	■		6
Diagnóstico	■	■	■	16
Tratamiento	■	■	■	19
Seguimiento	■	■	■	3
Subjetivo / Personal	■		■	5
Susceptibilidad	■	■		2
Jubilación				0
Pérdida de identidad		■	■	4
Pérdida de privilegios		■		3
Negación		■		2
<b>TRATO</b>				0
Preferente / Positivo	■	■	■	22
Negativo	■	■		4
Aceptable	■		■	3
Información recibida		■		2
Diagnóstico				0
Tratamiento			■	1
Seguimiento				0
<b>SENTIMIENTOS</b>				0
Miedo	■	■	■	11
Hipocondría	■	■		6
Angustia	■		■	4
Negación	■	■	■	11
Aceptación	■	■	■	12
Positivo / Constructivo	■	■	■	11
Frustración	■	■		9
Confianza			■	10
Tristeza		■	■	7
Vulnerabilidad	■	■		2
Nerviosismo		■	■	2
Sensación de control		■	■	10
Pertenencia	■			2
Añoranza	■	■	■	6
<b>INFLUENCIA CONOCIMIENTO</b>				0
Anticipación		■	■	11
Retraso	■		■	10
Preocupación	■	■	■	6
Interpretación propia de signos / síntomas		■	■	14
Autotratamiento	■	■	■	10
Del sistema		■	■	6
De compañeros		■	■	8
Búsqueda		■		1
Carencia		■	■	5
Jubilados	■			1
Especialidades				0
<b>CONFIDENCIALIDAD</b>				0
Pérdida como perjuicio	■	■	■	9
Pérdida como beneficio			■	1
Respeto		■	■	5
Normativa			■	2
General			■	2

Sistema de códigos	Médico jubilado I	Médico jubilado II	Médico jubilado III	SUMA
General			2	2
IMPACTO LABORAL			0	0
Presentismo	7			7
Baja laboral	4			4
Reinserción laboral	0			0
Limitaciones	3			3
Actitud de compañeros	0			0
Encubrimiento	2			2
Cuestionamiento	1			1
Sobrecarga de trabajo a otros	2			2
Sector privado	2			2
Alivio	2			2
Prolongación de la formación	0			0
Comisión docencia	0			0
IMPACTO FAMILIAR			0	0
Familia común	3			3
Familia característica	1			1
APOYO JEFES-COMPAÑEROS			0	0
Compañerismo	21			21
Ayuda	8			8
Jefe / Dirección	5			5
Pérdida	5			5
Reconocimiento	4			4
COLEGIOS PROFESIONALES			0	0
Conocimiento	4			4
Desconocimiento	3			3
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO			1	1
Creencia de que es igual a otros	5			5
Incomodidad	4			4
Desconfianza	4			4
Omisión de información	6			6
Evitación	3			3
Trato preferente	12			12
Influencia de ser colega	7			7
Sentirse evaluado	3			3
Paciente médico	13			13
Paciente jubilado	3			3
Jefe médico	3			3
APRENDIZAJE DE LA EXPERIENCIA			0	0
Mejorar empatía paciente	2			2
Mejorar proceso de paciente	7			7
Cambio propios valores	4			4
SUMA	105	140	208	453

### F.3 Gráfica segmentos codificados predominantes



## F.4 Gráfica segmentos codificados no predominantes





## F.5 Tabla completa de los segmentos codificados de todos los documentos

Nombre	Frecuencia	% porcentaje	% porcentaje (válido)
TRATO\Preferente / Positivo	22	4,86	4,86
APOYO JEFES-COMPAÑEROS\Compañerismo	21	4,64	4,64
Circuito asistencial\Tratamiento	19	4,19	4,19
Circuito asistencial\Diagnóstico	16	3,53	3,53
INFLUENCIA CONOCIMIENTO\Interpretación propia de signos / síntomas	14	3,09	3,09
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Paciente médico	13	2,87	2,87
DIFERENCIA MÉDICO-NO MÉDICO\Circuito asistencial	13	2,87	2,87
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Trato preferente	12	2,65	2,65
SENTIMIENTOS\Aceptación	12	2,65	2,65
SENTIMIENTOS\Miedo	11	2,43	2,43
INFLUENCIA CONOCIMIENTO\Anticipación	11	2,43	2,43
SENTIMIENTOS\Positivo / Constructivo	11	2,43	2,43
SENTIMIENTOS\Negación	11	2,43	2,43
SENTIMIENTOS\Confianza	10	2,21	2,21
INFLUENCIA CONOCIMIENTO\Retraso	10	2,21	2,21
SENTIMIENTOS\Sensación de control	10	2,21	2,21
INFLUENCIA CONOCIMIENTO\Autotrato	10	2,21	2,21
CONFIDENCIALIDAD\Pérdida como perjuicio	9	1,99	1,99
SENTIMIENTOS\Frustración	9	1,99	1,99
INFLUENCIA CONOCIMIENTO\De compañeros	8	1,77	1,77
APOYO JEFES-COMPAÑEROS\Ayuda	8	1,77	1,77
SENTIMIENTOS\Tristeza	7	1,55	1,55
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Influencia de ser colega	7	1,55	1,55
APRENDIZAJE DE LA EXPERIENCIA\Mejorar proceso de paciente	7	1,55	1,55
IMPACTO LABORAL\Presentismo	7	1,55	1,55
SENTIMIENTOS\Añoranza	6	1,32	1,32
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Omisión de información	6	1,32	1,32
INFLUENCIA CONOCIMIENTO\Del sistema	6	1,32	1,32
SENTIMIENTOS\Hipocondría	6	1,32	1,32
INFLUENCIA CONOCIMIENTO\Preocupación	6	1,32	1,32
Circuito asistencial\Acceso	6	1,32	1,32
DIFERENCIA MÉDICO-NO MÉDICO\Subjetivo / Personal	5	1,10	1,10
INFLUENCIA CONOCIMIENTO\Carencia	5	1,10	1,10
APOYO JEFES-COMPAÑEROS\Pérdida	5	1,10	1,10
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Creencia de que es igual a otros	5	1,10	1,10
CONFIDENCIALIDAD\Respeto	5	1,10	1,10
APOYO JEFES-COMPAÑEROS\Jefe / Dirección	5	1,10	1,10
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Desconfianza	4	0,88	0,88

APOYO JEFES-COMPAÑEROS\Reconocimiento	4	0,88	0,88
SENTIMIENTOS\Angustia	4	0,88	0,88
IMPACTO LABORAL\Baja laboral	4	0,88	0,88
APRENDIZAJE DE LA EXPERIENCIA\Cambio propios valores	4	0,88	0,88
TRATO\Negativo	4	0,88	0,88
Jubilación\Pérdida de identidad	4	0,88	0,88
COLEGIOS PROFESIONALES\Conocimiento	4	0,88	0,88
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Incomodidad	4	0,88	0,88
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Evitación	3	0,66	0,66
Circuito asistencial\Seguimiento	3	0,66	0,66
COLEGIOS PROFESIONALES\Desconocimiento	3	0,66	0,66
IMPACTO FAMILIAR\Familia común	3	0,66	0,66
TRATO\Aceptable	3	0,66	0,66
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Sentirse evaluado	3	0,66	0,66
IMPACTO LABORAL\Limitaciones	3	0,66	0,66
Jubilación\Pérdida de privilegios	3	0,66	0,66
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Paciente jubilado	3	0,66	0,66
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO\Jefe médico	3	0,66	0,66
IMPACTO LABORAL\Alivio	2	0,44	0,44
Actitud de compañeros\Encubrimiento	2	0,44	0,44
IMPACTO LABORAL\Sobrecarga de trabajo a otros	2	0,44	0,44
CONFIDENCIALIDAD\Normativa	2	0,44	0,44
SENTIMIENTOS\Pertenencia	2	0,44	0,44
IMPACTO LABORAL\Sector privado	2	0,44	0,44
CONFIDENCIALIDAD\General	2	0,44	0,44
SENTIMIENTOS\Vulnerabilidad	2	0,44	0,44
SENTIMIENTOS\Nerviosismo	2	0,44	0,44
DIFERENCIA MÉDICO-NO MÉDICO\Susceptibilidad	2	0,44	0,44
APRENDIZAJE DE LA EXPERIENCIA\Mejorar empatía paciente	2	0,44	0,44
Jubilación\Negación	2	0,44	0,44
TRATO\Información recibida	2	0,44	0,44
Carencia\Jubilados	1	0,22	0,22
INFLUENCIA CONOCIMIENTO\Búsqueda	1	0,22	0,22
EXPERIENCIA MÉDICO DE MÉDICO	1	0,22	0,22
TRATO\Tratamiento	1	0,22	0,22
IMPACTO FAMILIAR\Familia característica	1	0,22	0,22
Actitud de compañeros\Cuestionamiento	1	0,22	0,22
CONFIDENCIALIDAD\Pérdida como beneficio	1	0,22	0,22
INFLUENCIA CONOCIMIENTO	0	0,00	0,00
IMPACTO LABORAL	0	0,00	0,00
APOYO JEFES-COMPAÑEROS	0	0,00	0,00
TRATO\Seguimiento	0	0,00	0,00
DIFERENCIA MÉDICO-NO MÉDICO	0	0,00	0,00
TRATO	0	0,00	0,00

SENTIMIENTOS	0	0,00	0,00
IMPACTO LABORAL\Reinserción laboral	0	0,00	0,00
IMPACTO FAMILIAR	0	0,00	0,00
TRATO\Diagnóstico	0	0,00	0,00
APRENDIZAJE DE LA EXPERIENCIA	0	0,00	0,00
Carencia\Especialidades	0	0,00	0,00
DIFERENCIA MÉDICO-NO MÉDICO\Jubilación	0	0,00	0,00
CONFIDENCIALIDAD	0	0,00	0,00
IMPACTO LABORAL\Prolongación de la formación	0	0,00	0,00
IMPACTO LABORAL\Comisión docencia	0	0,00	0,00
COLEGIOS PROFESIONALES	0	0,00	0,00
IMPACTO LABORAL\Actitud de compañeros	0	0,00	0,00
Total (Válido)	453	100,00	100,00
Faltante	0	0,00	-
Total	453	100,00	-

## F.6 Relación entre los códigos

Sistema de códigos	DIFER...	Circuito ...	Acceso	Diagn...	Trata...	Segui...	Subje...	Susce...	Jubila...	Péridi...	Péridi...	Nega...	TRATO	Prefer...
<b>DIFERENCIA MÉDICO-NO MÉDICO</b>														
Circuito asistencial														
Acceso														
Diagnóstico														
Tratamiento														
Seguimiento														
Subjetivo / Personal														
Susceptibilidad														
Jubilación														
Pérdida de identidad														
Pérdida de privilegios														
Negación														
<b>TRATO</b>														
Preferente / Positivo														
Negativo														
Aceptable														
Información recibida														
Diagnóstico														
Tratamiento														
Seguimiento														
<b>SENTIMIENTOS</b>														
Miedo														
Hipocondría														
Angustia														
Negación														
Aceptación														
Positivo / Constructivo														
Frustración														
Confianza														
Tristeza														
Vulnerabilidad														
Nerviosismo														
Sensación de control														
Pertenencia														
Añoranza														
<b>INFLUENCIA CONOCIMIENTO</b>														
Anticipación														
Retraso														
Preocupación														
Interpretación propia de signos / síntom														
Autotratamiento														

Sistema de códigos	li...	Famili...	APOY...	Com...	Ayuda	Jefe / ...	Pérdida	Reco...	COLE...	Cono...	Desco...	EXPE...	Creer...	Inco...	Desco...	Omsi...	Evitac...	Trato...
<b>DIFERENCIA MÉDICO-NO MÉDICO</b>																		
Circuito asistencial																		
Acceso																		
Diagnóstico																		
Tratamiento																		
Seguimiento																		
Subjetivo / Personal																		
Susceptibilidad																		
Jubilación																		
Pérdida de identidad																		
Pérdida de privilegios																		
Negación																		
<b>TRATO</b>																		
Preferente / Positivo																		
Negativo																		
Aceptable																		
Información recibida																		



## G. BIBLIOGRAFÍA

1. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *br j gen pract*. 2008;58(552):501-508.
2. Adshead G. Healing ourselves: ethical issues in the care of sick doctors. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11(5):330-337.
3. Jovell AJ. Cuando el médico enferma. *Medical Economics Edición Española*. 2004(3/12/2004):36-41.
4. Sánchez-Candamio M, del Valle A. Estudi de necessitats dels professionals de la medicina relacionades amb el moment de la jubilació. Barcelona: Fundació Galatea, 2005.
5. Arteman-Jané A. Programas especiales dirigidos al médico enfermo. *Jano*. 2004;1514:1120-8.
6. Chiu Y, Kao S, Lin H, Tsai M, Lee C. Healthcare Service Utilization for Practicing Physicians: A Population-Based Study. *PLOS ONE*. 2016;11(1):e0130690.
7. Henderson M, Brooks S, del Busso L, Chalder T, Harvey S, Hotopf M et al. Shame! Self-stigmatisation as an obstacle to sick doctors returning to work: a qualitative study. *BMJ Open*. 2012;2(5):e001776-e001776.
8. McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland W. Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health*. 1997;19(3):295-300.
9. 2. Cebrià J. ¿Son los médicos de familia buenos pacientes? *Jano*. 2004;LXVI(1514):1114-18.
10. Ruitenburg M, Frings-Dresen M, Sluiter J. The prevalence of common mental disorders among hospital physicians and their association with self-reported workability: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2012;12(1):292.
11. Murphy I. Self-reported and employer-recorded sickness absence in doctors. *Occupational Medicine*. 2014;64(6):417-420.
12. Al-Sayed A, Al-Rashoudi A, Al-Eisa A, Addar A, Al-Hargan A, Al-Jerian A et al. Sedative Drug Use among King Saud University Medical Students: A Cross-Sectional Sampling Study. *Depression Research and Treatment*. 2014;2014:1-7.
13. Huang C, Weng S, Wang J, Hsu Y, Wu M. Risks of Treated Insomnia, Anxiety, and Depression in Health Care-Seeking Physicians. *Medicine*. 2015;94(35):e1323.
14. Donaldson LJ. Sick doctors. A responsibility to act. *British Medical Journal*. 1994;309. 3/9/1994:558.

15. Brooks S, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: Are specialist services needed?. *Journal of Mental Health*. 2011;20(2):146-156.
16. Chambers R BJ. Self-reported health care over the past 10 years: a survey of general practitioners. *British Journal of General Practice*. 1992;April:153-6.
17. Jones D. Sick hospital, sick doctor: Halifax hospital tries to cope with "environmental illness". *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* 1992;146(11):2056-2061.
18. Rosvold E, Bjertness E. Physicians who do not take sick leave: hazardous heroes? *Scandinavian Journal of Public Health*. 2001;29(1):71-75.
19. Satchwell BP. Ethical guidelines for sick doctors. *Analytical Chemistry*. 1986;58(1):264-266.
20. Gorman D, Gorman E. Collegiality and the sick doctor. *Intern Med J*. 2013;43(4):351-353.
21. Mira J, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranaz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: una alternativa también válida. *Atención Primaria*. 2004;34(4):161-166.
22. Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76(5).
23. 2. Calderón C. Criterios de calidad en la Investigación Cualitativa en Salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Publica*. 2002;76(5).