

MEMORIA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**¿QUÉ ATENCIÓN RECIBEN LOS
PROFESIONALES MÉDICOS COMO
PACIENTES?**

**HEALTHCARE DELIVERY PROFILE
TO DOCTORS AS PATIENTS**

TRABAJO FIN DE GRADO. Curso académico 2015-16

Departamento de Medicina, psiquiatría y dermatología.

Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.

Autora: Laura María Rodríguez Rodríguez

Tutora: M^a Pilar Astier Peña

INTRODUCCIÓN.....	3-6
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	6,7
MATERIAL Y MÉTODOS.....	7-13
1. Revisión bibliográfica y metodología cuantitativa.....	7,8
2. Metodología cualitativa.....	9-13
2.1 Diseño de las entrevistas: inclusión y muestreo.....	9-13
2.1.1 Características de las entrevistas.....	9,10
2.1.2 Elección y captación del informante.....	10
2.1.3 Perfiles entrevistas realizadas.....	10
2.1.4 Transcripción.....	11
2.1.5 Análisis de los datos.....	11-13
2.2 Comité de ética.....	13
RESULTADOS.....	13-23
1. Datos sociodemográficos.....	13
2. Análisis global de los códigos.....	13-15
3. Resultados cualitativos.....	15-23
DISCUSIÓN.....	24-30
1. Limitaciones del período de investigación y de la pericia del investigador....	24
2. Limitaciones de la búsqueda bibliográfica.....	24
3. Limitaciones del diseño cualitativo.....	25
4. Supervisión por un experto en el tema.....	25
5. Fortalezas.....	25,26
6. Comparativa con la bibliografía.....	26-30
CONCLUSIONES.....	31-32
BIBLIOGRAFÍA.....	33-35
ANEXOS.....	36-37
Anexo I: Consentimiento informado para participar en la entrevista	36,37

RESUMEN:

Objetivos: Comprender el proceso de enfermar del profesional médico y si éste es diferente por el hecho de serlo para poder plantear estrategias de mejora de la atención al profesional enfermo con años de ejercicio profesional.

Métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando la base de datos MEDLINE a través de Pubmed y EMBASE e Indice Médico Español. Se han realizado entrevistas en profundidad a cinco médicos en activo con enfermedad. Se ha realizado un análisis cualitativo de la información de cada entrevista con el programa MAXqda.

Resultados: Se han entrevistado a tres varones y dos mujeres, con una edad media de ambos sexos de 53 años. De las entrevistas hemos extraído los códigos más prevalentes, entre los que destacan, la pérdida de confidencialidad como perjuicio, los sentimientos de miedo y negación y la hipocondriasis del proceso. También hemos observado que el proceso de diagnóstico se ve acelerado y sin embargo en cuanto al tratamiento y el seguimiento se pierde la continuidad del proceso.

Conclusión: Debido a la limitación en cuanto al tiempo y extensión de la investigación vemos necesario ampliar el estudio de campo para poder extraer conclusiones extrapolables. Se detecta la necesidad de la creación de sistemas impulsados por las instituciones colegiales que ofrezcan un apoyo a los médicos en el proceso de enfermar. Es indiscutible la necesidad de definir la figura del médico de médicos para conseguir una atención sanitaria que responda a las particularidades del profesional médico enfermo.

Palabras clave: médico en activo, proceso de enfermar, médico-paciente, bournout, adicciones.

ABSTRACT:

Objectives: To understand the disease process of doctors and if it is different by the fact of being a doctor and to be able to set strategies for improving the healthcare delivery profile to doctors as patients.

Methods: A scientific literature review was performed with the MEDLINE database through PubMed and EMBASE, and Spanish Medical Index. We have made in-depth interviews with five doctors with active disease. We performed a qualitative analysis of

the information with the MAXqda program. We analyse a total of 27 different codes in each interview.

Results: We have interviewed three men and two women, with a mean age for both of 53 years old. From the interviews we have extracted the most prevalent codes, among which, the loss of confidentiality as prejudice, feelings of fear and denial and hypochondria of the process. We have also observed that the diagnostic process is accelerated, however in the treatment and monitoring process continuity is lost.

Conclusion: Due to the limitation on the time and extent of the investigation we need to expand the field study to draw conclusions extrapolated. It's necessary the creation of driven systems by collegiate institutions offering support to physicians in the disease process systems is also needed. It is indisputable the need to define the figure of the medical doctor to get a health care that responds to the particularities of ill professional.

INTRODUCCIÓN:

El proceso de enfermar provoca desajustes en la manera de convivir y la manera de funcionar por parte de los miembros del núcleo familiar. La enfermedad crea situaciones complejas que afectan al funcionamiento y la organización del vínculo familiar y genera desequilibrios tanto en la propia persona como en el entorno que le rodea. La enfermedad es vivida de una forma u otra en función de aspectos tales como la personalidad del enfermo, el entorno familiar, los recursos económicos o el nivel cultural, entre otros. Es en este último aspecto en donde recalcamos la figura del médico enfermo que presenta unas características distintivas en cuanto al proceso de enfermar debido a su rol profesional y que lo hace un enfermo particular.

Nos encontramos en una situación precaria en cuanto al manejo del proceso de enfermar por parte de los médicos. En España no contamos con ningún plan integral que impulse acciones tendentes a estimular a los médicos al cuidado de su propia salud, como sí que se ha llevado a cabo en otros países¹. Los profesionales de la medicina están particularmente expuestos a factores de riesgo psicosocial que pueden afectar a su calidad de vida². Esto supone un problema no solo para la vida personal del médico sino también para su vida laboral ya que es posible que no estén en condiciones óptimas para atender a sus pacientes¹. Los objetivos del presente trabajo son identificar las estrategias

de afrontamiento ante el proceso de enfermar del personal sanitario que los hacen especialmente vulnerables a una serie de cuestiones que no están presentes en el personal no sanitario.

Los estudios realizados ponen de manifiesto que el estrés tiene un impacto negativo sobre la salud, ya que disminuye la competencia inmunológica del individuo sometido a situaciones estresantes. No obstante, también se ha podido constatar que las estrategias de afrontamiento pueden regular dichas consecuencias negativas para la salud^{1,3}. Las respuestas individuales a las situaciones estresantes dependen de una gran variedad de factores que incluyen la magnitud de la demanda, las propias características personales, recursos de afrontamiento, restricciones personales o ambientales y el apoyo recibido por otros^{2,4}. Center et al han evidenciado que los médicos son muy vulnerables a los cambios del estado de ánimo y que la asociación de factores psicosociales, tales como la pérdida de algún familiar o amigo, haber sufrido abusos en la infancia o experimentar algún trauma, complican el cuadro de fondo y agravan el pronóstico⁵.

Concretamente, los médicos sometidos a altos niveles de factores de riesgo psicosocial (factores estresantes laborales) tienen más probabilidades de tratar a sus pacientes de un modo más descuidado, tanto médica como psicológicamente. Así mismo, presentan una mayor propensión a realizar errores de juicio^{2,6}.

En cuanto al médico enfermo, su cambio de rol hace que en muchas ocasiones modifique la visión que tiene de la atención sanitaria⁷. El hecho de que existe un número importante de profesionales médicos que precisan cuidados y teniendo en cuenta la característica de cuidador que precisa cuidados hace que sea necesario abordarlo de manera diferenciada de la atención sanitaria habitual⁷.

Es evidente que los médicos son más vulnerables a ciertos aspectos de la vida profesional y personal. Los profesionales de la salud experimentan niveles más altos de estrés en sus roles y mayores responsabilidades profesionales, donde las expectativas son altas y el margen de error debe ser pequeño⁸. Su responsabilidades no sólo tienen un impacto en la vida profesional sino también en la personal. Por lo tanto las relaciones personales pueden ser tensas con el médico, que con frecuencia puede estar atrapado en un conflicto entre el compromiso con el paciente y el resto de sus responsabilidades⁸.

Todos estos factores determinan que los médicos enfermos no acudan en busca de ayuda, oculten su problema y sigan trabajando. Como bien ha puesto de manifiesto

Firth-Cozens⁹, los médicos enfermos no atendidos suponen un riesgo para la salud de sus pacientes y, además, generan un sinfín de problemas en los ámbitos familiar y laboral¹⁰.

Los médicos son los profesionales que disponen de las mejores condiciones para mantener la salud y recibir, en caso de enfermedad, la mejor atención médica. En cambio, existe la impresión de que la mayoría de los médicos no son buenos pacientes y no respetan las mismas recomendaciones que hacen a sus enfermos; tienen altos niveles de estrés, sufrimiento psicológico y tasas de suicidio más altas que la población general, pero a pesar de esto son reacios a pedir ayuda por los canales normales cuando están estresados o enfermos⁷. Así, nos encontramos ante la paradoja de que los médicos, a pesar de ser expertos en la materia, cuando enferman no suelen utilizar los servicios medicosanitarios y, cuando lo hacen, es de una forma muy inadecuada¹⁰.

Si la enfermedad que afecta al médico es mental y/o adictiva, entonces, acudir en busca de ayuda se convierte en un problema mucho más grave para el médico enfermo. No hay que olvidar que estas enfermedades, todavía hoy, conllevan un estigma social y están rodeadas de muchas falsas creencias y consideraciones, incluso entre los mismos profesionales de la medicina¹¹. Es importante señalar que las psicopatologías más frecuentes que afectan a los médicos (depresión, alcoholismo y trastornos de angustia) tienen tratamientos eficaces disponibles^{12,13} y que el retraso del tratamiento es un factor de agravamiento de la enfermedad y determina un peor pronóstico¹⁴.

En el estudio de Bruguera et al, la apreciación subjetiva de estrés entre los médicos encuestados fue del 91%. Además, de éstos, el 6% se automedicaba con sedantes y el 2% había consultado a un médico por esta causa^{1,2}. Dado el gran impacto de estos aspectos en el bienestar de los médicos, resulta de gran importancia determinar las estrategias de afrontamiento que éstos utilizan para hacer frente al proceso de enfermar. Todo ello permitirá determinar estrategias preventivas adecuadas para controlar las características diferenciales, tanto individuales como ambientales, del personal médico en relación al resto de la población.

No se trata de un enfermo cualquiera, sino que parte de unas características especiales que deben ser asumidas por el médico que lo trata y por los que le rodean, para poder ofrecerle una atención completa en el proceso de enfermar.

En Europa, por lo general, tan sólo se disponen para estos médicos enfermos, de medidas punitivas de las diferentes administraciones públicas una vez el problema ya se ha manifestado de una forma patente. Desde hace cuatro años y medio en Cataluña está funcionando el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIMM/PAIME)^{15,16}, al que se han añadido otras iniciativas para atender a médicos y enfermeras con estos padecimientos.

Como conclusión cabe destacar que los médicos, como la población general, no son inmunes a la enfermedad mental ni adictiva. El problema es su actitud mediatizada frente a ésta. La autosuficiencia y el temor a la estigmatización desembocan en la adopción de medidas erróneas en el abordaje de su enfermedad. La inhibición para pedir ayuda, la autoprescripción, las consultas de “pasillo”, son algunas de las actitudes equivocadas que muchos médicos adoptan y que se traducen en un cumplimiento terapéutico inadecuado y un retraso en la correcta atención de su enfermedad lo que comporta evoluciones clínicas más complicadas y de peor pronóstico⁷.

La inclusión de formación sobre estrategias de afrontamiento activo frente al estrés en el currículo profesional de los médicos, podría aumentar sus recursos personales para hacer frente al mismo. Además se deberían instaurar cambios organizacionales que aumenten las recompensas laborales².

En el ámbito académico, como futura profesional de la salud, el interés de esta investigación versó en conocer las características diferenciales que hacen al médico un paciente particular y así poder enfrentarnos a la situación con todas las armas de que dispongamos.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

1. Los médicos presentan una serie de características que los hacen diferentes al resto de la población no sanitaria en el proceso de enfermar, por lo que no son pacientes cualesquiera y requieren un abordaje particular.

OBJETIVOS

1. Comprender el proceso de enfermar del médico y los rasgos que lo hacen diferente del resto de la población mediante sus propias experiencias.

2. Describir la situación de enfermedad entre los profesionales médicos con años de ejercicio.
3. Analizar si el hecho de ser médico conlleva incidencias en la atención sanitaria.
4. Averiguar y comprender el impacto que tiene el proceso de enfermar en la vida de los profesionales médicos.
5. Analizar si existe impacto de la enfermedad en el trabajo y en la vida personal.
6. Analizar los rasgos personales en el afrontamiento de la profesión durante la enfermedad.
7. Descifrar la necesidad de instaurar estrategias de mejora en la atención al profesional enfermo.
8. Establecer recomendaciones para abordar el manejo de estos profesionales enfermos por parte de las instituciones sanitarias de las que forma parte.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Y METODOLOGÍA CUANTITATIVA:

Para realizar este trabajo de revisión bibliográfica se han realizado sucesivas búsquedas en la base de datos MEDLINE a través de PUBMED. La estrategia de búsqueda se llevó a cabo con las siguientes acotaciones: idiomas inglés y/o español, texto completo, con un período de tiempo mayor a 10 años, adultos y humanos.

En todas las búsquedas se utilizaron las palabras clave: "*doctors illness*", "*doctors health*", "*health professionals*", "*ill*", "*sick*", "*health*", "*stress and the doctor's health*", "*physician as patient*".

Para la segunda búsqueda nos centramos en las bases de datos siguientes: EMBASE e Índice Médico Español, fijando los mismo filtros que en la anterior búsqueda. Así mismo usamos el gestor bibliográfico Endnote para manejar parte de los listados bibliográficos y citas al escribir el artículo. El programa agrupa los datos bibliográficos en librerías virtuales con extensión de archivo y una carpeta correspondiente.

Debido a la escasez de bibliografía en esta investigación una manera de ampliar la revisión ha sido la de extraer algunos artículos con nuestro tema de interés de la bibliografía de los documentos trabajados. Así ampliamos la información disponible y la hacemos más rica y variada.

1.1: Ámbito del estudio:

Para evitar sesgos y asegurar el rigor metodológico, se han considerado las propuestas recogidas en la Tabla 2, que resume los criterios de validez y fiabilidad tradicionales para los estudios cuantitativos, sus equivalentes en metodología cualitativa y los criterios para garantizar su cumplimiento. En negrita se exponen los elementos propuestos en el presente trabajo para dar rigor a la investigación cualitativa desarrollada.

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

Tabla 1: Criterios de científicidad y procedimientos que la garantizan en función del paradigma cuantitativo o cualitativo de investigación

2. METODOLOGÍA CUALITATIVA:

2.1 Diseño de las entrevistas

En cuanto a la metodología cualitativa se han realizado entrevistas mediante las cuales se pretende capturar ideas, respetando la subjetividad del entrevistado. Se trata de entrevistas semiestructuradas con preguntas abiertas que permiten que el participante mantenga un discurso en el que sea él el que defina el orden de los temas que se abordan. Además se evita coaccionar al entrevistado con preguntas muy generales.

Es necesario elaborar un guión así como la estructura de las entrevistas para definir aquellos temas que nos interesa abordar durante las entrevistas. En el anexo 1 se detallan las partes de la entrevista así como el guión inicial.

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

Tabla 2: Apartados a considerar para la elaboración del guion de las Entrevistas

2.1.1 Características de la entrevista

Para la realización de las entrevistas se han seleccionado los sujetos teniendo en cuenta sus características personales y profesionales. Se han elegido dos modelos iniciales: "médico de médicos" y "médico enfermo". Se han tenido en cuenta las siguientes variables:

- Sexo: mujeres y hombres
- Ámbito de trabajo: especialidades hospitalarias y extrahospitalarias.
- Tipo de enfermedad: grave o crónica.
- Momento de la trayectoria profesional: médicos ejerciendo en la actualidad o incapacitados laboralmente por motivos de enfermedad.
- Las características de las entrevistas son: individual, monotemática, semiestructurada, dirigida y sin orden preestablecido.

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

Tabla 3: Características de la Entrevista en investigación cualitativa.

2.1.2 Elección y captación del informante:

Por cuestiones éticas y para respetar la confidencialidad de los sujetos, la búsqueda de los mismos se ha llevado a cabo a través de un enlace que se encarga de la captación. Este enlace es capaz por motivos profesionales o personales mantener contacto con sujetos que cumplen los criterios de nuestro estudio. En el caso de que estos estuviesen dispuestos a colaborar en el estudio entonces el enlace los pone en contacto con el entrevistador. Si por el contrario prefiere mantenerse al margen se mantiene el anonimato, ya que el investigador no conoce al sujeto.

El contacto con el participante fue por correo electrónico y una vez acepta y conoce las características del estudio, se concreta la fecha, lugar y hora para realizar la entrevista. El consentimiento informado se obtiene verbalmente en el momento del contacto y al inicio de la grabación de las entrevistas.

Se han realizado 5 entrevistas a médicos con enfermedad, cuyos perfiles se encuentran en la tabla 2. Las entrevistas se grabaron íntegramente para poder transcribir y analizar los datos de manera textual, previa petición de consentimiento informado.

La duración aproximada de las entrevistas fue de una hora, con duración mínima 33 minutos y máxima de 90 minutos.

2.1.3 Perfiles de las entrevistas realizadas

Sexo		Tipo enfermedad	Lugar de trabajo	Edad
Hombre médico	Activo	Enfermedad crónica	Atención extrahospitalaria	60
Mujer médico	Activo	Enfermedad grave	Atención extrahospitalaria	56
Mujer médico	Activo	Enfermedad grave	Atención hospitalaria	45
Hombre médico	Activo	Enfermedad grave	Atención hospitalaria	63
Hombre médico	Activo	Enfermedad grave	Atención hospitalaria	48

Tabla 4: perfiles de los entrevistados

2.1.4 Transcripción:

Tras la realización y la grabación de las entrevistas, se procedió a su transcripción literal anonimizada. Para el procedimiento se utilizó el programa Express Scribe Transcription, que permite ralentizar la velocidad del audio para poder realizar la redacción. Para asegurar el anonimato, el archivo con cada entrevista fue renombrado con la letra E y un número del 1 al 5, que representa el orden de realización de las entrevistas.

Cada uno de los archivos de transcripción en Word se guardó e imprimió dejando un importante margen izquierdo para la notificación de detalles, memos, notas de las lecturas iniciales tras la transcripción, numerando las páginas para facilitar posteriormente la localización “in situ” de los códigos a los que hace referencia el texto (verbatim).

Cada uno de los códigos con su verbatim, que se comentarán más ampliamente en el apartado de resultados, los hemos extraído del programa MAXqda en donde aparecen con el número de entrevista, la página y el autor pero debido a la limitación de extensión del trabajo no se reseñarán esos datos en los resultados.

2.1.5 Análisis de los datos:

El proceso de categorización se realizó dividiendo conceptualmente las entrevistas en los temas más relevantes. Las categorías de partida han sido básicamente los grandes bloques por los que se preguntó en las entrevistas, aunque surgieron de forma espontánea otros que se sumaron posteriormente como nuevas categorías, quedando los siguientes: diferencias entre médicos y no médicos (diagnóstico, tratamiento, seguimiento), sentimientos/emociones (miedo, negación, frustración, confianza, positivos), trato recibido (diagnóstico, tratamiento, seguimiento), influencia de conocimientos (anticipación, hipocondriasis), información (suficiente, búsqueda), confidencialidad (pérdida como perjuicio, pérdida como beneficio), impacto laboral (baja laboral, encubrimiento, reinserción laboral), ser médico de médicos (igual a otros, incomodidad, evitación, trato preferente), papel de los colegios profesionales.

Una vez seleccionadas las categorías se realizó un trabajo de lectura repetida de las entrevistas y se agruparon los conceptos que transmitían frases y párrafos de la entrevista en códigos descriptivos. Se codificó bajo la misma palabra o expresión (código)

conceptos similares que se interpretaban del diálogo con diferentes entrevistados, creando así redes de conceptos y visualizando ideas o aportaciones novedosas.

Para facilitar el análisis de contenido de todas las entrevistas se cuenta con el programa de análisis de datos cualitativos MAXqda12. El programa MAXqda facilita la separación del texto (transcrito por el investigador) en segmentos o unidades de significado, creando categorías y códigos, para un análisis más ordenado y amplio, proporcionando así facilidades para la identificación e interpretación de contenido clave para la investigación. Con el apoyo del programa MAXqda, se localizaron los códigos en cada entrevista y en el global de las entrevistas, pudiendo obtenerse de esta forma todos los resultados en relación con cada uno. Así mismo, con la ayuda del programa se recuperaron todos los comentarios asociados a cada código y categoría, y se elaborarán tablas y diagramas que permitan visualizar de forma clara el análisis de la información y las conclusiones que se deriven.

La triangulación de los datos se ha conseguido gracias a la comparación de los resultados más relevantes de la bibliografía con el análisis de otros investigadores con la ayuda de Mercedes Febrel Bordejé, profesora de metodología cualitativa de la Universidad de Zaragoza y María Pilar Astier Peña, profesora del departamento de medicina. De esta forma, aunque no ha sido una triangulación perfecta, podemos decir que los contenidos identificados en las entrevistas realizadas reflejan lo hallado en la literatura y existe congruencia en el análisis de códigos identificados entre las investigadoras. Si bien existen códigos que no se han saturado puesto que el número de entrevistas es pequeño.

Para asegurar la credibilidad (validez interna) y confirmabilidad de los datos que se obtengan se propusieron los siguientes procedimientos (ver Tabla 1): juicio crítico de expertos, comprobación de los participantes, réplica paso a paso (diario de campo) y revisión de los resultados por otros investigadores. Así, el diseño del proyecto fue presentado a la profesora del Máster de Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza, Mercedes Febrel. El diario de campo se cumplimentó desde la primera tutoría realizada en enero, tras publicarse la lista de asignación de temas y tutores para el TFG por el Departamento de Medicina. Se enviaron los resultados a los entrevistados para obtener una retroalimentación de los mismos.

2.2 Comité de Ética de la Investigación

Se realizó una solicitud de revisión y aprobación del proyecto de investigación al Comité de Ética de la Investigación Clínica de Aragón (CEICA), a quienes solicitaron una serie de aclaraciones. En dicha solicitud queda explícito el compromiso por parte de todos los investigadores para garantizar que cada sujeto sea tratado y controlado siguiendo lo establecido en el protocolo autorizado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón, respetando las normas éticas y legales aplicables a este tipo de estudios y garantizando la confidencialidad de los datos recogidos y la intimidad del participante (cumpliendo la LO 15/99 de protección de datos de carácter personal). Los datos de los participantes y los registros en audio de las entrevistas estarán en el ordenador de la investigadora principal y serán destruidos al terminar el proyecto

RESULTADOS:

1. Datos sociodemográficos:

Muestra total de 5 médicos.

Edad media de 54 años

80% varones

Sexo		Tipo enfermedad	Lugar de trabajo	Edad
Hombre médico	Activo	Enfermedad crónica	Atención extrahospitalaria	60
Mujer médico	Activo	Enfermedad grave	Atención extrahospitalaria	56
Mujer médico	Activo	Enfermedad grave	Atención hospitalaria	45
Hombre médico	Activo	Enfermedad grave	Atención hospitalaria	63
Hombre médico	Activo	Enfermedad grave	Atención hospitalaria	48

Tabla 5: Datos sociodemográficos

2. Análisis global de los códigos:

En cuanto a la frecuencia de aparición de los códigos, a través del visualizador de la matriz de los códigos hemos podido observar que sin duda alguna el que más se nombra en las entrevistas es el tema de la pérdida confidencialidad como perjuicio. Seguido de la anticipación en la influencia de los conocimientos, los sentimientos de miedo y negación, el trato preferente a médicos de médicos y la hipocondriasis del proceso.

En menor frecuencia aparecen los códigos; encubrimiento, apoyo, evitación e incomodidad en cuanto a ser médico de médicos y las diferencias entre médicos y no médicos sobre todo con respecto al diagnóstico. Con respecto a este último hemos detectado que el proceso se acelera y se observan ventajas en cuanto a ser médico, pero

una vez el médico ha sido diagnosticado pasa a un segundo plano en el que incluso se llega a relegar el papel de médico al propio médico-enfermo. Así el tratamiento de la enfermedad y el seguimiento se desestructuran y se pierde la continuidad del proceso de enfermar.

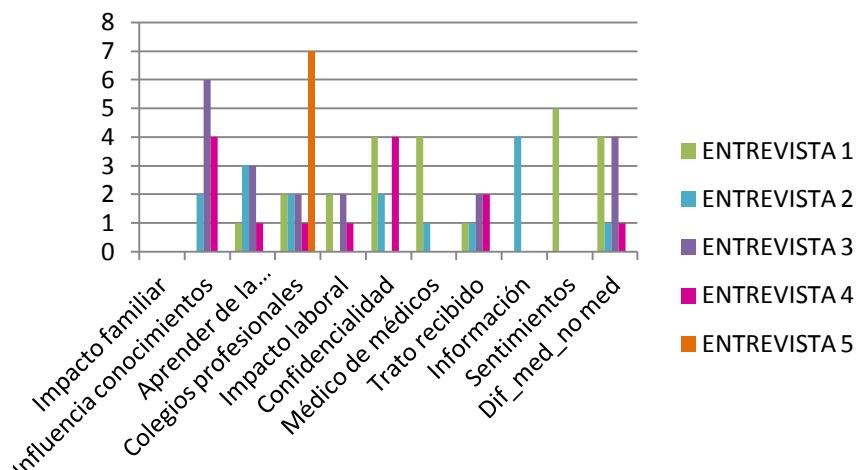


Gráfico 1: frecuencia códigos

Si analizamos las relaciones entre los códigos deducimos que la influencia del conocimiento provoca que el médico-paciente no comparta su proceso con la familia.

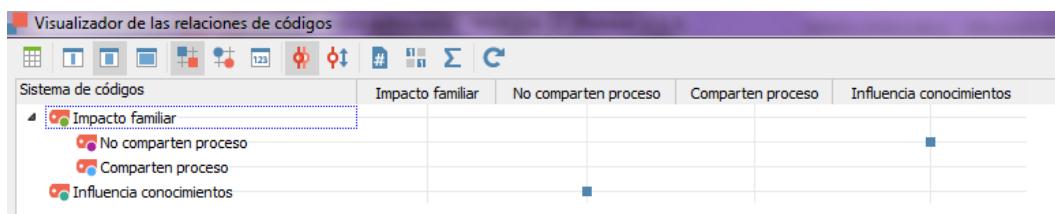


Imagen 1: relación conocimientos e impacto familiar

La capacidad de anticipación genera un sentimiento de hipocondriasis en el médico que le hace ponerse en la peor situación y esto puede influir negativamente en el proceso generando un gran sentimiento de miedo y angustia. Este miedo puede llevar al médico a sentirse frustrado ya que no es capaz de controlar el proceso y no es capaz de aceptar que su situación ahora es la de paciente.

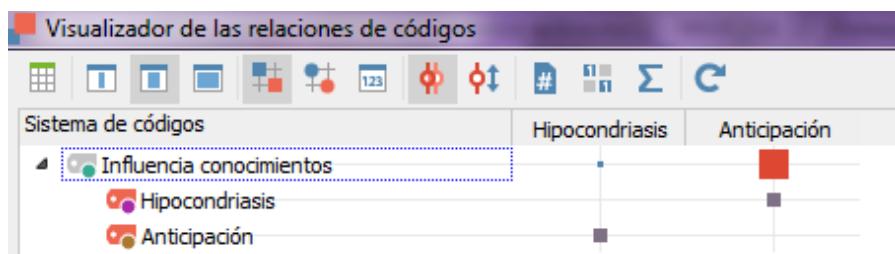


Imagen 2: relación conocimientos e hipocondriasis

3. Resultados cualitativos:

1. Diferencias con los profesionales no médicos:

Del estudio se deduce que el proceso de enfermar del médico es diferente al de otros profesionales. En primer lugar, el conocimiento previo del ámbito de la medicina y por ende de la enfermedad hace que el proceso sea percibido con más angustia y más conciencia en relación al diagnóstico, al pronóstico, efectos secundarios y aparición de complicaciones, lo que lleva al médico-enfermo a una situación de anticipación que en ocasiones genera una hipocondría que lleva a vivir el proceso con sentimientos de angustia, miedo y frustración.

"El conocimiento de esa misma evolución, de las complicaciones que puede llevar un tratamiento, de los efectos secundarios [...] puede hacer que, quedes en un estado de tristeza y a veces incluso de depresión porque anticipas cosas que pueden ocurrir [...] pero tú conoces todo el abanico de las posibilidades".

"Es un proceso [...] diferente al proceso de otra persona que tiene otra profesión o que no tiene determinado tipo de conocimientos... (respiración)...pienso que es un proceso más consciente."

"Probablemente disgusto más desconocimiento es peor que disgusto más conocimiento."

Así mismo este conocimiento puede significar algo bueno en cuanto a anticipación del proceso diagnóstico, en aceleración de procesos asistenciales y poder manejar algunas circunstancias propias de la enfermedad. Además debido a la posibilidad de automedicarse y autotratarse sienten una autonomía en el proceso que les retrasa en muchas ocasiones el diagnóstico y el tratamiento correcto.

"Ventajas es que por el conocimiento que tenemos pues a lo mejor podemos acelerar el proceso de diagnóstico nosotros mismos e intuir antes que algo está ocurriendo [...] por mis conocimientos, un poco por la clínica que estaba teniendo".

"como buen médico me automediqué, me autotraté y me autodiagnostiqué [...] entonces como yo creía que podía asumir el tema y además yo solo, nadie más que yo solo y como tienes acceso a automedicarte, a hacer lo que te da la gana, pues lo haces."

Otro aspecto del médico-enfermo es la negación de la enfermedad por miedo a la misma y, con mucha frecuencia esto les lleva a rehuir pruebas diagnósticas a pesar de tener síntomas que si estuviesen presentes en alguno de sus pacientes sí que les indicaría realizarse dicha prueba. Además sienten que pierden el rol de médico, se pierde el control y se pasa a ser paciente, más vulnerable a todo lo que rodea la enfermedad.

"Pasaron unos meses hasta que yo fui consciente, las personas que estaban alrededor ya se iban dando cuenta pero yo no me daba tanta cuenta de que necesitaba ayuda".

"Pero que hay casos flagrantes de que precisamente por ser médicos se someten menos a las exploraciones complementarias y a las revisiones médicas, hay muchos médicos que rechazan la revisión laboral [...] médicos con clínica complicada [...] por miedo, miedo a enfermar porque vemos gente muy enferma que sufre y.....nos toca, claro,[...] estamos todos en la pecera, todos."

2. Diagnóstico:

El médico-enfermo percibe que, por el hecho de ser médico y si, además se trata en el mismo centro donde trabaja, el proceso diagnóstico se acelera y se realiza con más interés si se compara con el proceso de la población no sanitaria. Esta implicación se aprecia por parte de los compañeros con los que el médico-paciente mantiene una relación de amistad pero también por parte de aquellos compañeros a los que no conoce.

"se hizo muy rápido y llevó mucha voluntad y mucho interés por parte de eh...compañeros que ni tan siquiera yo conocía personalmente, simplemente por ser médico del hospital hubo [...] mucho interés, mucha diligencia, mucha rapidez por agilizar rapidísimamente ese diagnóstico y poner en marcha el tratamiento."

En lo que respecta al circuito asistencial seguido para obtener el diagnóstico, el hecho de ser profesional sanitario y además pertenecer al hospital donde deciden tratarse facilita el acceso a los profesionales que te están tratando y a las pruebas necesarias. Esto, sin duda, se percibe como una ventaja ya que se acorta la espera para las pruebas complementarias, todo ello permite obtener un diagnóstico definitivo con mayor rapidez que el resto de la población.

"No, desde luego, no fue a través del médico de cabecera que me manda...a un especialista [...] porque si eso hubiera sido así pues muy posiblemente aun no estaría diagnosticada."

3. Información recibida:

En cuanto a la comunicación, ésta está condicionada por el hecho de ser médico, transmitiéndose la información de manera directa, sin tener en cuenta el hecho de que el médico-enfermo también es una persona y que en ese momento es igual de vulnerable que el resto de profesionales.

"Pero la forma en cómo se (carraspeo) transmitió, se explicó...fue muy cruda, muy objetiva, muy...dura desde el primer momento [...]se presupone que al ser médico pues tampoco...tienen que ir contigo con determinado tipo de miramientos y en ese momento realmente puedes eres persona"

"Entendí la operación perfectamente y los conocimientos míos le facilitaron [...] que me lo explicó al dedillo,"

Tras la aceptación del diagnóstico, El médico siente la necesidad de obtener mayor información, más profunda y detallada que el resto de pacientes. Requieren obtener respuestas más precisas en cuanto a pronóstico, probabilidad de complicaciones y secuelas, efectos secundarios del tratamiento, discapacidad, etc.

"A veces como médico necesitas preguntarles. [...] necesitas que te ajusten mucho las cosas, que te expliquen mucho las cosas.."

"Atribuir a los nervios (pausa y respiración) mmm, no sé, pues ciertas preguntas, ciertas preocupaciones o cierta necesidad de saber o lo que sea...(respiración) creo que es como una salida [...]si hacía preguntas era realmente porque estaba asustada, preocupada o yo necesitaba...eh, conocer o que me dieran una respuesta a lo que yo estaba...preguntando"

Por último, el profesional considera que no es necesario una búsqueda adicional de información sobre su enfermedad al margen de la que le proporcionan los médicos que los atienden ya que consideran que suele ser suficiente y además no es adecuado para la evolución de su proceso.

"Yo no quise después de mi diagnóstico, eh...ni mirar, ni investigar, ni ver (respiración) probabilidades ni ver efectos secundarios. No miré nada, no me informé absolutamente de nada porque tuve la impresión (respiración) de que eso podía ser muy negativo para mí."

4. Impacto laboral:

Se observa una tendencia a retrasar la baja laboral por enfermedad, como mecanismo de defensa frente a la anticipación y la ansiedad que supone el diagnóstico. El médico-enfermo piensa excesivamente en las posibles complicaciones y el mal pronóstico del

proceso, lo que se acentúa si se encuentra desocupado. Sin embargo, el profesional considera que esta preocupación excesiva es más propia de su personalidad que de su profesión.

"No seguimos sintiendo posiblemente...eh...así como héroes, ¿no? (chasqueo). Ante la enfermedad, es decir... Pedimos las bajas demasiado tarde, nos reincorporamos a veces demasiado pronto a nuestro ámbito laboral...[...] yo....en concreto cogí la baja laboral el mismo día que ingresé para ser intervenida [...]pero no sé si fue por ser médico [...]quizás el diagnóstico que se me hizo (respiración)...era... lo suficientemente inquietante...eh...problemático...comprometedor para la vida...como para si yo tenía mucho tiempo para pensar"

"Prefieren trabajar porque sino en casa se van del bolo, le dan muchas vueltas a la cabeza, entonces se incorporan antes [...]prefieren seguir con la actividad para no dar vueltas a la cabeza en casa"

En cuanto a la actitud de los compañeros y los jefes jerárquicos, se percibe como muy positiva. Se muestra una disposición completa por parte de los colegas a modificaciones en el horario de trabajo, apoyo moral durante el proceso y agilización de pruebas.

"Cualquier colaboración con cualquier otro departamento, mis compañeros me lo han facilitado, me han ayudado, [...] estoy agradecidísima en ese sentido. Y luego posteriormente, cuando se terminó el tiempo de hospitalización [...] han seguido también pues como con muchísimo cuidado, con muchísimo cariño"

Sin embargo por parte del profesional enfermo se objetiva como una sobrecarga de trabajo a los compañeros que, en ocasiones, los fuerza a coger la baja simplemente para evitar esto y no por cuestiones propias.

"Entonces más que por ti, lo haces por ellos, dices bueno yo no puedo ser una sobrecarga y por los pacientes"

Cuando la enfermedad es de tipo mental se tiende a encubrir a lo profesionales enfermos, a negar la situación, tornándose mucho más difícil la comunicación con el compañero enfermo. Esto puede repercutir en la calidad de la atención sanitaria ya que se encuentra en una situación peligrosa tanto para él como para sus pacientes.

"Frente a la enfermedad psiquiátrica [...] hay una especie de...no sé, como de....compromiso del silencio eh...como de protecciónismo inadecuado."

"Creo que tenemos obligación de decirlo por el compañero y por los pacientes que tiene ese compañero porque no siempre uno es consciente de las limitaciones está teniendo por la enfermedad y son tus compañeros los que te tienen que enfrentar con la situación."

5. Impacto familiar:

En cuanto a la relación entre enfermedad y familia, la tendencia es a no compartir el proceso con los seres queridos, por protección a estos. La capacidad de anticipación y de ponerse en el peor lugar de las circunstancias hace que el proceso se viva con miedo y frustración por no poder controlar la situación que les está tocando vivir y por tanto no se comparte este proceso con la familia a pesar de que esto suponga más carga personal para el profesional enfermo.

"Yo tenía conciencia de gravedad pero desde luego a mi marido no se lo dije porque quería evitarle el sufrimiento de todo lo que yo sabía que podía ocurrir [...] bueno pues si ocurre o cuando ocurra ya se lo contará y que se preocupe solo de lo que hay que preocuparse y no de lo que mi cabeza ibas más allá. Entonces me comporté como cualquier médico enfermo.

6. Médico de médicos:

Los médicos que atienden a otros médicos parece que no presentan las aptitudes necesarias para desempeñar este papel. La incomodidad y la evitación son sentimientos casi inevitables en esta relación particular médico-paciente debido, entre otras cosas, a la necesidad de obtener más información por parte del médico-paciente. Esta necesidad se achaca a la excesiva preocupación y angustia.

"Si es algo un poco más serio o que se tarda más en diagnosticar, mmm.....los profesionales a los que se acude tachan en ocasiones a los médicos enfermos como de hipocondriacos"

"el compañerismo se nota, pero también se nota el nerviosismo, como que se sienten un poco más presionados por hacer las cosas bien y por hacerlo todo correcto"

Los profesionales que atienden se sienten evaluados por el paciente como consecuencia de la información que solicita y las preguntas que hace y el nivel de profundidad que exige por sus conocimientos de base. Esto repercute negativamente en el propio paciente aumentando su angustia y preocupación.

"Cuando les haces ciertas preguntas mucho más (respiración) acotadas, mucho más claras y lógicamente con conocimiento de base (respiración) mm... se sienten como incómodos"

"Es que está claro que te prueba [...] sí, sí, te prueban, comparan, [...] a ver si coinciden porque vienen con información, sí, sí, te examinan, me siento juzgado"

Se observa un trato preferente cuando un paciente se identifica como compañero del hospital y hasta incluso como compañero de profesión sin necesidad de trabajar en el mismo lugar. Se evita así el circuito sanitario habitual para cualquier profesional no médico, haciendo uso de las consultas de pasillo con lo que la historia clínica del paciente queda fragmentada. Aún así se considera beneficioso

"Eso yo lo tengo grabado en el corazón, hay que ayudar a los compañeros siempre. Yo cuando un compañero entra por la puerta hay que atenderle, eso de cítate o ya te veré el mes que viene me parece de mal compañero"

"Intentamos salirnos del sistema utilizando amigos, conocidos, con lo cual eh...nuestra historia clínica suele estar bastante fragmentada o incluso inexistente."

"Desde luego no fue a través del médico de cabecera que me manda...a un especialista que, no sé qué. Porque si eso hubiera sido así pues muy posiblemente aun no estaría diagnosticada."

Dejar que el médico decida su tratamiento es otra constante en el proceso, el seguimiento de la enfermedad deja de ser sistemático y acciones como decidir que tratamiento seguir, que controles hacerse o a que revisiones acudir se deja a la libre elección del médico.

"Negociando con el psiquiatra que ya teníamos relación extraprofesional y bueno, pues nos hacíamos un poco así de bueno pues bien pues venga pues bájate un poco la medicación"

"A veces, se delega la decisión [...] pero lo que tu decidas eh..lo que tu decidas, pero yo que voy a decidir si no sé de esto [...] hay médicos que se escurren la decisión por ser otros médicos."

7. Confidencialidad:

La confidencialidad no es un tema que preocupe en exceso, se asume que todos los compañeros de trabajo conocen su enfermedad y que la confidencialidad es nula.

Aunque solo los compañeros de más confianza tratan abiertamente el tema. los profesionales enfermos consideran la pérdida de confianza como algo positivo en cuanto a que esto les supone un trato preferente por parte de sus compañeros y una agilización del proceso.

"Aquí en el mundo sanitario bueno ya irás viendo que bueno la confidencialidad es lo que menos existe."

"Solamente las personas de más confianza...mmm...sí que se dieron por enterados del diagnóstico"

"Yo creo que los médicos residentes [...] ocultan su situación porque a mí me parece que hay muy poca confidencialidad y que se accede de una forma indiscriminada e indebida al historial

clínico[...]yo creo que no guardamos bien el secreto profesional, no lo guardamos bien y por lo tanto eh....según qué cosas pues a mí tampoco me gustaría que estuvieran en mi historia clínica...de acceso libre, porque es acceso libre."

8. Colegios profesionales:

En cuanto a las Organizaciones Colegiales se hace una crítica importante en cuanto a la labor que éstas ejercen en el manejo y el soporte de las enfermedades de los médicos. Si bien es cierto que la mayoría de ellos no ha recurrido a estas instituciones por falta de conocimiento de sus funciones en cuanto a la enfermedad de los profesionales.

"Entonces ya que estamos tantos años colegiados pues yo creo que también los colegios se tienen que preocupar un poco de los médicos enfermos."

"Ni lo he demandado ni lo he echado en falta, los colegios profesionales no sé ni donde está en Zaragoza, me dicen que dan cursos muy buenos, yo no tengo ni idea, y de médico enfermo nada."

Sin embargo sí que se reconoce su implicación en cuanto a las enfermedades mentales y las adicciones de los médicos. Aquí sí que consideran completo el apoyo a los profesionales afectos de estas enfermedades

"Yo creo que en general los colegios profesionales en este tema no hacen mucho, solamente cuando son médicos en situaciones de toxicomanías, dependencias, adicciones, en esos casos sí, pero en otras cuestiones yo creo que no, que yo sepa no hacen nada especial."

Todos consideran que la labor desde estas instituciones podría ser más eficaz, por un lado fomentando actividades para la educación y concienciación respecto a las resistencias que el médico tiene ante la enfermedad y sobre todo a sus reticencias de abandonar temporalmente su rol de profesional para asumir completamente la de paciente. Así mismo también se considera necesaria una labor de control más allá de la que realizan los servicios de Inspección así como un asesoramiento de todo tipo para sobrellevar una situación estresante que sin duda es vivida de una forma particular por ser médico.

"Vamos a trabajar a lo mejor en momentos que quizás no deberíamos estar trabajando... (respiración) entonces quizá...sí que se debería de hacer una labor de...concienciación y de educación de todo ese tipo de cosas desde los Colegios Oficiales de Médicos."

Incluso, a lo mejor hasta...¡no se! hasta un cierto control (risa) de nuestras bajas. Que no solamente fuera inspección, sino que también fueran ellos ya que...los médicos sí que tenemos estas peculiaridades cuando enfermamos."

*"Esa sería una buena misión, una buena inversión del dinero de las cuotas [...] Jun
asesoramiento de todo tipo, médico, laboral, fiscal...pues mira tienes derecho a esto, te puedes
pedir esto al Gobierno de Aragón, pues un asesoramiento de todo"*

9. Aprender de la experiencia:

El estrés laboral es identificado como uno de los factores de riesgo implicados en la aparición de ansiedad y angustia así como repercusiones a nivel sistémico. El estrés viene determinado por la personalidad del médico que invierte excesivo tiempo y esfuerzo en su profesión ya que se consideran presionados a conseguir el éxito laboral. Es necesario mejorar el equilibrio y descubrir maneras sostenibles de permanecer saludable al tiempo que se respetan las exigencias la profesión.

"Los médicos a veces se toman su trabajo...no sé, hay una implicación....(respiración) personal a veces...pues muy intensa[...] esa vivencia de... (Chasqueo) no sé...no tanto de plantearnos de si esto es posible o no es posible si no, "yo lo tengo que conseguir", ¿no? yo lo tengo que conseguir como si...me fuera algo muy personal en ello, ¿no? A veces es nuestro ego lo que nos debe de ir[...] Jeahí a lo mejor nos metemos en una serie de conductas que...a lo mejor no son muy saludables.

Sería necesario elaborar estrategias de abordaje del estrés laboral para prevenir la aparición de enfermedades en el médico. Se debería acotar las exigencias externas por parte de los servicios de gestión ya que el estrés tiene que ver con la presión laboral ejercida desde jerarquías superiores y por otra parte desarrollar actividades de soporte psicoterapéuticas que ayuden al médico a afrontar la enfermedad de una forma saludable.

"Yo no sé si a lo mejor habría que hacer grupos Balint o...(respiración) eh...yo que me sé. Dar un cierto apoyo...yo no sé si psicológico, psicoterapéutico, ¡yo que me sé! o hacer reflexionar al médico sobre...este tipo de... (respiración) de cosas.

"Los propios gestores nos piden que veamos a tantos pacientes al día...que bajemos la lista de espera[...] eso también ¿no? Naturalmente (risa sarcástica) es totalmente fundamental habría que racionalizar un poco también... (respiración), lo que se nos pide."

Trato recibido:

En cuanto al trato recibido sí que se observan diferencias significativas entre los hombres y las mujeres. Para los hombres el trato es apreciado de forma muy positiva durante el proceso ya que se acelera el proceso y durante el tratamiento obtienen

ventajas en cuanto a tener una habitación individual, un trato displicente por parte de los compañeros del hospital, etc.

Mujeres: "El trato que yo tuve por parte del personal en el servicio donde estuve hospitalizada (respiración) para mí es un trato que...chasqueo, pues que no fue un trato de calidad".

"quizás el trato poco....adecuado, poco...cuidadoso, poco ajustado o en algún momento...(respiración), yo no sé si no un trato displicente[...]el personal de cuidado a mí...no me dio el cuidado que pienso que se debe dar a cualquier paciente en esas circunstancias".

Hombres: "Me dieron una habitación individual y, me trajeron de rositas vamos. Y cuando me operaron, en la planta de cirugía también me dieron una habitación individual."

"Fue una ventaja claramente[...]estaba solo en la habitación, de que te atendían de otra manera. Sí, eso sí, ventajas en cuanto al personal auxiliar y los servicios complementarios ventajas claro, sí, ventajas"

Esto se observa en la siguiente gráfica:

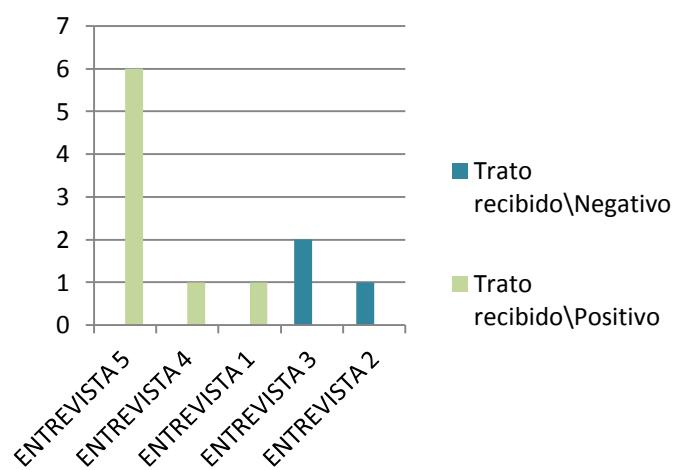


Gráfico 2: diferencias en el trato entre hombres y mujeres

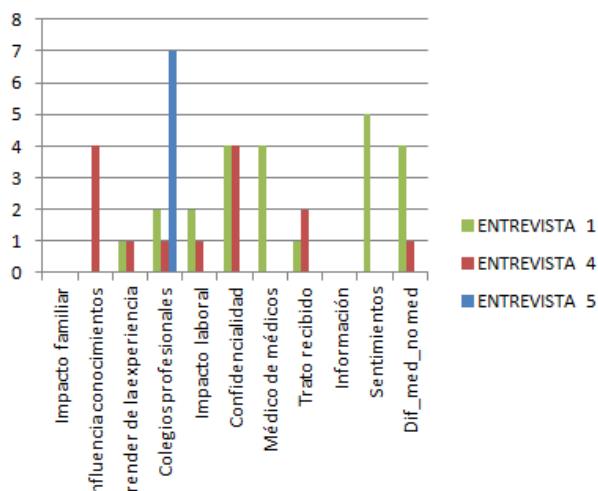


Gráfico 3: Códigos hombres

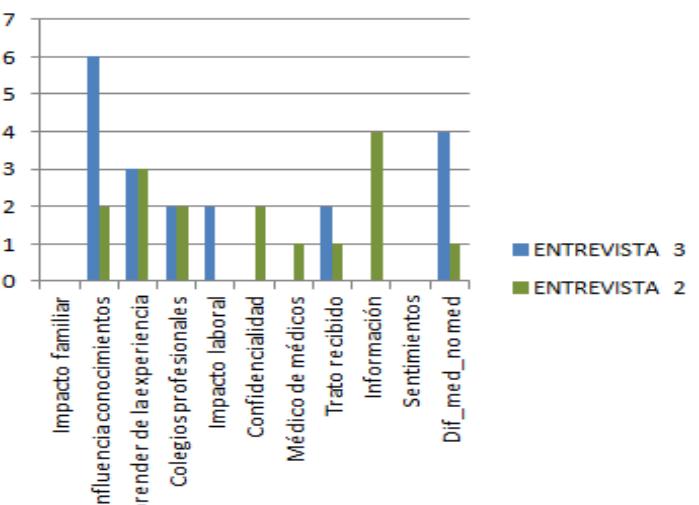


Gráfico 4: Códigos mujeres

DISCUSIÓN:

1. Limitaciones del periodo de investigación y de la pericia el investigador:

Las principales limitaciones derivan de la escasez de tiempo para el desarrollo de un trabajo de campo cualitativo y la falta de experiencia en esta metodología por parte de la estudiante responsable. Para paliar esta limitación se han acotado los objetivos a una descripción inicial mediante una técnica concreta de obtención de información. Previamente a su realización se han realizado varios seminarios prácticos, impartidos por profesoras de la Facultad de Medicina y del GIBA, sobre entrevistas en profundidad, métodos de transcripción, codificación y categorización de la información, tanto manual como con apoyo informático, así como manejo del MAXQDA12 y, previamente, del gestor de referencias EndNote.

2. Limitaciones de 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.

Por otro lado, sólo se identificó un término Mesh “sick physician” que reflejara adecuadamente el tema. Sin embargo el término libre “sick doctor” es el que más referencias bibliográficas específicas ha permitido encontrar. 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.

Por temas de confidencialidad el reclutamiento de sujetos ha planteado dificultades. Por ello se han planteado otros procedimientos que aseguren la credibilidad y confirmabilidad de los datos, referidos en el epígrafe de revisión bibliográfica.

3. Limitaciones del diseño cualitativo:

Como se ha señalado anteriormente, la metodología cualitativa pretende explorar fenómenos muy complejos, buscando la validez de los discursos, sentimientos o valores de los individuos entrevistados. Estos datos se caracterizan por la subjetividad y escasa fiabilidad en cuanto a sólidos o repetibles. Debido a esta limitación es aconsejable combinar la metodología cualitativa con la cuantitativa. Por otra parte sí que permite interpretar aspectos del objeto de estudio que no son directamente observables y tratar de mostrar una visión global de los puntos de vista de los sujetos del estudio. Las entrevistas cualitativas son susceptibles de producir distorsiones o exageraciones ya que las personas hacen y dicen cosas diferentes en relación a la situación en la que se encuentran. Es muy difícil llegar a comprender las experiencias de, situaciones y perspectivas contenidas en las vivencias de los informantes.

En este estudio disponemos de un número escaso de entrevistas sobre las que trabajar y sacar conclusiones extrapolables a la realidad, para combatir esta limitación aunque hemos trabajado todos los códigos nos centraremos en reseñar aquellos que consideramos fundamentales para la consistencia del estudio. Así mismo hay códigos que hemos extraído que no aportan mucha información a la investigación por lo que en futuros estudios se deberían retirar o reformular.

4. Supervisión por un experto en el tema:

Para asegurar la credibilidad (validez interna) y confirmabilidad de los datos que se obtengan se propusieron los siguientes procedimientos (ver Tabla 1): juicio crítico de expertos, comprobación de los participantes, réplica paso a paso (diario de campo) y revisión de los resultados por otros investigadores. Así, el diseño del proyecto fue presentado a la profesora del Máster de Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Zaragoza, Mercedes Febrel. El diario de campo se cumplimentó desde la primera tutoría realizada en enero, tras publicarse la lista de asignación de temas y tutores para el TFG por el Departamento de Medicina. Se enviaron los resultados a los entrevistados para obtener una retroalimentación de los mismos.

5. Fortalezas:

El estudio ha supuesto una oportunidad única para conocer la riqueza y rigor metodológico que deben acompañar a toda investigación en general y de enfoque cualitativo en particular, permitiendo a la alumna clarificar conceptos teóricos y el peso

específico de los distintos puntos del proceso de planificación y desarrollo de un proyecto de investigación. El diario de campo ha sido un instrumento fundamental para ello. El conocimiento y manejo de programas distintos a los habitualmente manejados: un gestor de referencias bibliográficas (EndNote) y el MAXQDA12, un programa informático para el análisis cualitativo de datos.

Por otra parte, al utilizar la entrevista en profundidad como método de recogida de datos, se ha podido profundizar en el aprendizaje de las técnicas de comunicación y entrevista clínica.

6. Comparativa con la bibliografía:

1. Estrés laboral:

La profesión médica se considera una fuente de estrés laboral importante^{17,18,19,20} con consecuencias físicas incluyendo enfermedades cardiovasculares y mentales. La forma en la que nos afecta el estrés depende en gran medida de nuestra interpretación del trabajo²¹. Para abordar esta compleja situación, en primer lugar, debemos reconocer predictores de riesgo y señales de alerta para evitar el deterioro físico-psíquico en el profesional. Entre las "Banderas rojas" que nos deben poner en alerta se encuentran¹⁷:

- El aumento de la incidencia de quejas acerca de un médico
- Los errores clínicos
- La falta de capacidad de respuesta y la escasa puntualidad
- Signos o síntomas de abuso de sustancias o enfermedad psiquiátrica

2. Enfermedades más prevalentes en el médico:

Entre los profesionales de la salud ha aumentado la morbilidad psiquiátrica, con altos índices de ansiedad, depresión, suicidio, abuso de alcohol y drogas^{18,8,19, 23,20, 24,25}. Los puestos de gerentes deben incluir claramente una responsabilidad de mantener el bienestar de su personal, así como la supervisión de su actuación clínica²².

En un estudio de Vailiant et al se hizo seguimiento a una amplia muestra de estudiantes universitarios durante 20 años y se encontró que, en comparación con los de otras profesiones, los médicos eran más propensos a tener matrimonios infelices, a abusar del alcohol, y a utilizar pastillas para dormir, anfetaminas, o tranquilizantes²⁰.

En contrapartida a la mayor tendencia de los profesionales de la salud de padecer enfermedades psiquiátricas, también se ha visto que tienen una menor tasa de mortalidad que la población general^{17, 26,27}.

3. Autotratamiento:

Una serie de estudios informan que los médicos tienden a autodiagnosticarse y auto medicarse^{8,28}. La automedicación predomina en enfermedades crónicas que requieren no sólo medicamentos, sino también cambios en el estilo de vida y monitorización continua de las complicaciones, por lo que implica riesgos importantes en la salud de los médicos que se autoprescriben²⁹. Los medicamentos con mayor porcentaje de autoprescripción son los antibióticos, los anticonceptivos, los analgésicos y los hipnóticos³⁰. Esto se correlaciona con lo encontrado en las entrevistas en donde los profesionales afirman que como buenos médicos se autodiagnostican y se automedican gracias al acceso libre y cómodo a estos recursos.

4. Impacto laboral:

Los obstáculos que impiden al médico buscar atención profesional son, sobre todo: la presión del tiempo, la estigmatización de la naturaleza de la enfermedad, la preocupación por molestar a los compañeros, el miedo a mostrar debilidad o falta de conocimiento médico, la preocupación por la confidencialidad y la preocupación por solicitar la baja³⁰.

Algunos médicos consideran que su salud es percibida por los pacientes como el reflejo de su competencia médica. Se ven sometidos a presiones por parte del entorno que los obliga a trabajar en situaciones por las que ellos darían la baja a sus pacientes²². Los conocimientos médicos son un hecho que les hace propensos a oscilar entre el pánico y la negación cuando experimentan síntomas de una enfermedad^{8,22}. En cuanto al apoyo de los compañeros se percibe positivamente y se entiende que estos asumen unas responsabilidades y unas cargas de trabajo mayores, ya que trabajan el doble para equilibrar las carencias de su compañero enfermo³¹. En las entrevistas se observa que en cuanto al impacto laboral, el subcódigo más prevalente es el de apoyo por parte de los compañeros, así como el encubrimiento por parte de estos, que suplen la ausencia de el profesional enfermo. Esto lo podemos observar en el siguiente gráfico.

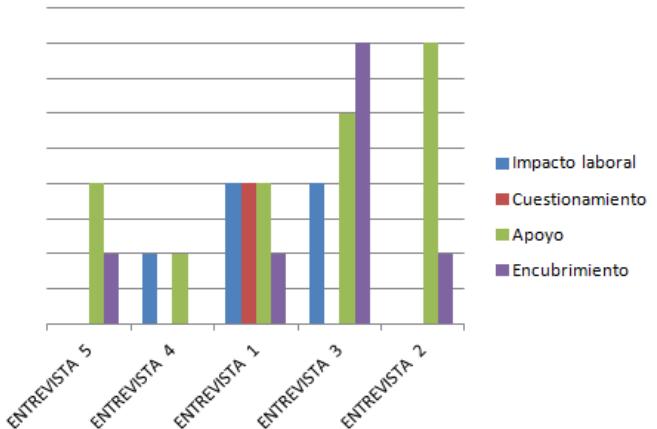


Gráfico 5: Impacto laboral

Un dato demostrable es que los profesionales médicos solicitan menos bajas laborales que el resto de la población^{21,23}.

5. Instituciones de apoyo en otros países:

La Asociación Americana de la medicina define a un médico incapaz de ejercer la medicina con una seguridad y una habilidad razonable para los pacientes cuando presenta una enfermedad mental o física, incluyendo el deterioro o la pérdida de la habilidad motora por el envejecimiento o el uso de drogas incluido el alcohol.

El código de la ética médica de las asociaciones médicas americanas establece que los médicos tienen la obligación ética de informar de los compañeros con algún problema que los puede convertir en profesionales incompetentes⁸. Sin embargo, muchos médicos preferirían no hacerlo ya que consideran que podrían poner en peligro la carrera de un colega^{8,31}. Los programas para responder a los médicos enfermos se han creado en muchos países, prácticamente en todos los estados de E.E.U.U se dispone de estos programas³² e incluyen la educación y algunos componentes de asesoramiento^{20,24,33}.

En Gran Bretaña, por ejemplo, se ha establecido un plan nacional de asesoramiento para los médicos enfermos y una línea telefónica especial²⁰. En Australia se ofrecen algunos servicios a médicos enfermos, entre ellos, existe la posibilidad de reconocimiento médico por un médico general y un servicio de asesoramiento por parte de un asesor capacitado a médicos rurales y sus familias. También se ofrecen talleres y cursos para afrontar un cambio en la cultura de la práctica general y para aumentar la conciencia de la necesidad de asesoramiento por ejemplo, por parte de medicina preventiva²⁸.

Necesitamos estar mejor preparados como individuos y necesitamos el apoyo de las organizaciones para responder a los primeros signos de sufrimiento profesional. Debemos desarrollar sistemas claros, basados en objetivos precisos y con apoyo

institucional. Para el médico, el objetivo es mejorar el equilibrio y descubrir maneras sostenibles de permanecer saludable al tiempo que respeta las exigencias la profesión¹⁷.

En cuanto a las entrevistas, podemos observar que los Colegios Profesionales no han ejercido como una institución de apoyo para los profesionales enfermos, por lo que es necesario seguir trabajando en este aspecto.

6. Sentimientos:

Los conocimientos médicos son un hecho que les hace propensos a oscilar entre el pánico y la negación cuando experimentan síntomas de una enfermedad²¹.

Los médicos son, con mucho, pacientes muy difíciles, con tendencia a evitar el papel de pacientes mediante la negación y el descuido de su persona, o mediante el autodiagnóstico y el autotratamiento²². Este mecanismo de negación es más evidente aún cuando se trata de problemas mentales lo que les impiden darse cuenta de la realidad⁸. Uno de los sentimientos más prevalentes en las entrevistas realizados ha sido el de negación junto con el de miedo, como podemos observar en el siguiente gráfico.

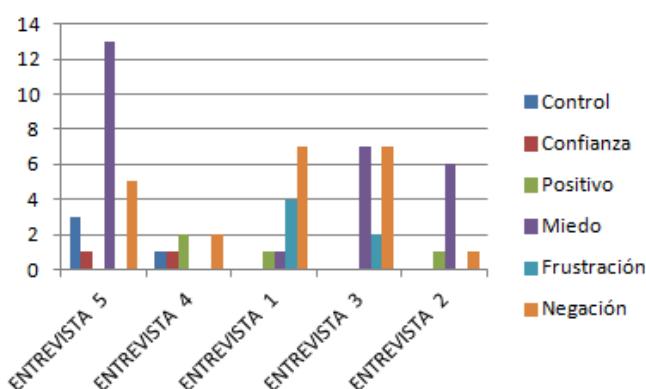


Gráfico 6: Sentimientos

La negación de la enfermedad también es un hecho común entre los colegas de los profesionales sanitarios enfermos, ya que como podemos deducir del trabajo realizado los compañeros empatizan con el profesional enfermo y no quieren asumir la probabilidad de ser ellos mismos los que pueden estar enfermos en un futuro.

Hay muchas barreras que impiden a los médicos buscar atención de otro médico como por ejemplo, la sensación de incomodar a sus colegas y los sentimientos de vergüenza. Esto hace difícil para los médicos asumir el papel de pacientes difícil para los médicos tratar a sus compañeros de profesión²⁸.

En el estudio de M.B. King et al se realizaron una serie de encuestas a médicos de Londres y los resultados revelaron que los sentimientos de angustia son significativamente más comunes en los médicos jóvenes y en las mujeres. Noventa y cuatro médicos consideraron que las alteraciones emocionales habían afectado a su trabajo, causando irritabilidad e incapacidad para concentrarse¹⁸. En el estudio de Cramond también se encontró que los médicos estaban más ansiosos que el resto de miembros de la población general²⁰.

7. Trato recibido:

En cuanto al apoyo de los compañeros se percibe positivamente y se entiende que estos asumen unas responsabilidades y unas cargas de trabajo mayores, ya que trabajan el doble para equilibrar las carencias de su compañero enfermo. Un dato demostrable es que los profesionales médicos solicitan menos bajas laborales que el resto de la población²¹. Esto se correlaciona con los resultados de nuestras entrevistas, donde se observa que hay una sobrecarga de trabajo por parte de los compañeros que asumen el trabajo del profesional enfermo, lo que lleva a que éstos soliciten las bajas lo más tarde posible para evitar saturar a los compañeros.

Los profesionales enfermos no son conscientes de que requieren atención médica y en el caso de que la soliciten a menudo no utilizan los programas habituales del servicio de salud, sino que recurren en su lugar al consejo de algún colega. Así mismo suelen autodiagnosticarse y autoprescribirse el tratamiento que necesitan⁸. No es recomendable que los médicos asuman responsabilidades en el diagnóstico y la gestión de sus propios problemas de salud o de sus familiares. La responsabilidad del cuidado y la continuidad del tratamiento de los médicos y sus familias debe residir en su médico general²³.

Harrison y Sterlan dijeron que era interesante, aunque no de extrañar, que las entrevistas con médicos-pacientes revelaran una creencia común de que las experiencias de enfermedad personal los había fortalecido como médicos¹⁹.

CONCLUSIONES:

1. Resulta factible conocer en profundidad el proceso de enfermar a través de entrevistas en semiestructuradas, abiertas, en las que se recogen datos subjetivos de cada médico-enfermo.
2. Existen diferencias entre ser médico-paciente y no serlo.
3. Las diferencias positivas por un lado ya que se agilizan pruebas, consultas... para llegar antes al diagnóstico. Se adelantan operaciones o tratamientos. La información que reciben de su proceso es franca y completa.
4. Las diferencias negativas en cuanto a que se pierde la confidencialidad en el proceso, el seguimiento de la enfermedad deja de ser sistemático, dejando a libre decisión del médico acudir a revisiones o hacerse controles. Falta de empatía humana a la hora de informar. Informan de modo técnico.
5. El conocimiento adquirido por ser médico en el proceso de enfermar influye a la hora de analizar o juzgar la información que les dan. Así mismo a la hora de tomar decisiones por cuenta propia como dejar tratamientos, cambiar fármacos, no seguir las pautas marcadas o consultar a otros profesionales el conocimiento previo juega un papel fundamental. Por último también hemos detectado que también influye a la hora de anticipar el pronóstico, pudiendo ser esto positivo o negativo, si esto les genera miedo o angustia al ponerse en las peores situaciones posibles.
6. En cuanto a los sentimientos que manifiestan con mayor tendencia se encuentran la frustración por haber enfermado y no haber controlado el proceso, la negación de la enfermedad, la ocultación al solicitar asesoramiento simulando que hablan de otro paciente, o bien compartir síntomas sueltos, enseñar pruebas sin identificar. También consideran que molestan a los compañeros con dudas, revisiones...
7. La relación y actitud de los compañeros y superiores es percibida como muy positiva por el médico-paciente.
8. El aprendizaje de la experiencia es siempre muy positivo, tanto en la sensibilización y la empatía que les ofrece como en el querer mejorar el proceso asistencial. También es positivo en cuanto a restablecer prioridades en la vida del médico-enfermo y priorizar algunos aspectos fundamentales de su vida.
9. La confidencialidad es el tema más comentado. La mayoría entiende que durante el proceso van a perder la confidencialidad y en la mayoría de los casos no preocupa demasiado.

10. El trato y el acompañamiento durante el tratamiento por parte del personal no médico es percibido como deficitario, carente de calidad y calidez.
11. A la hora de informar no tienen medida, dando demasiada información o casi nada. En ocasiones incluso tachando de nerviosismo o hipocondriasis la necesidad de obtener información por parte del médico-enfermo.
12. En el papel de médico de médicos se sienten incómodos por creer que les pueden juzgar. No tienen medida a la hora del seguimiento o lo hacen muy intensivo o abandonan al criterio del paciente.
13. El papel de los colegios profesionales se torna casi nulo, en muchas ocasiones los médicos ni siquiera saben de qué herramientas disponen o ni siquiera se han planteado la posibilidad de acudir a estas instituciones. En ocasiones se considera que suponen un gasto para el profesional y no se obtiene nada beneficioso.

Debido a que es un estudio con una limitación importante las conclusiones son solo una pequeña aproximación a la realidad. Es necesario ampliar el estudio de campo para poder llegar a conclusiones certeras que puedan ser extrapolables, así como contar con sistemas impulsados por las instituciones colegiales que ofrezcan un apoyo en el proceso de enfermar en los médicos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Bruguera M, Guri J, Artermán A, et al. La atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. *Med clin (Barc)* 2001;117:487-94
2. Vicenta Escribà-Agüir y Yolanda Bernabé-Muñoz. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 595-604.
3. Bayes R, Borrás FX. Psiconeuroinmunología y salud. En: Simón MA. Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999. p. 77-114.
4. Rabin S, Feldmann D, Kaplan Z. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *Br J Med Psychol* 1999; 72: 159-69.
5. Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003;289:3161-6.
6. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001; 52:203-13.
7. J. Antonio Otero Rodríguez. Mesa redonda 1. La salud de los médicos. El médico enfermo. *SEMERGEN* 2003;29(Supl. 1):17-28.
8. Ames Dhai, Christopher P Szabo, David J McQuoid-Mason. The impaired practitioner – scope of the problem and ethical challenges. *S Afr Med J* 2006; 96: 1069-1072.
9. Firth-Cozens J. Depression in doctors. En: Robertson MM, Katona CLE, editors. *Depressions and physical illness*. New York: John Wiley & Sons, 1997.
10. A. Artermán Jané. Programas especiales dirigidos al médico enfermo. *Jano extra marzo 2004*. Vol. lxvi n.º 1.514.
11. Myers M. New century: overcoming stigma, respecting differences. *Can J Psychiatry* 2001;46:907-14.
12. BMJ Publishing Group. Clinical evidence mental health. London: BMJ Publishing Group, 2002.
13. Lloyd G. Doctors who are dependent on alcohol can recover. *BMJ* 1997;314:521.
14. Caan W, De Belleroche J, editors. Drink, drug and dependence. From science to clinical practice. London: Routledge, 2002.
15. The Lancet. 1998; 352;9133:999-1045
16. *JAMA* 2000;283(24):3186

17. Geoffrey J Riley. Understanding the stresses and strains of being a doctor. MJA. 2004;181(7)
18. M. B. King, A. Cockcroft, C. Gooch. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought. Journal of the Royal Society of Medicine 1992;85;605.
19. Katherine Woolf, Judith Cave, I Chris McManus and Jane E Dacre. 'It gives you an understanding you can't get from any book. The relationship between medical students' and doctors' personal illness experiences and their performance: a qualitative and quantitative study. *BMC Medical Education* 2007, 7:50 doi:10.1186/1472-6920-7-50.
20. Rucinski J. Mentally ill doctors. Br J Hosp Med 1985;3311:90-94.
21. Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. BMJ. 2001;323(7315):728-31.
22. Richard Tillett. The patient within – psychopathology in the helping professions. Advances in Psychiatric Treatment (2003), vol. 9, 272–279.
23. Forythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. BMJ. 1999 4;319:605-8.
24. Myers MF, Gabbard GO. The physicians as patient. A clinical handbook for mental health professionals. ed American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, 2008.
25. Frank E. Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among US Physicians. Am J Prev Med. 2000. Am J Prev Med 2000;19:155–159.
26. Davison SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. Med J Aust 2003;179:302-305.
27. Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after own physical health. Med J Aust. 2004;181:368-70.
28. Sally Roach, Western Australian Centre for Remote and Rural Medicine. Doctor, heal thyself. 7th National RURAL HEALTH Conference. Disponible en:
<http://ruralhealth.org.au/7thNRHC/Papers/general%20papers/roach.pdf>.
29. Toyr Y S, Rasanen K, Seuri M, Aarimaa M, Juntunen J, Kujala S, Husman K. Increased personal medication use among Finnish physicians from 1986 to 1997. Br J Gen Pract. 2004;54:44-6
30. Hem E, Stokke G, Tyssen R, Gronvold NT, Vaglum P, Ekeberg O. Self-prescribing among young Norwegian doctors: a nine-year follow-up study of a nationwide sample. BMC Med. 2005;3:16 (1-7)

31. Fay Smith, Michael J Goldacre and Trevor W Lambert. Working as a doctor when acutely ill: comments made by doctors responding to United Kingdom surveys. *Journal of the Royal Society of Medicine Open*;0(0) 1–7 DOI: 10.1177/2054270416635035.
32. Nicola Magnavita. The unhealthy physician. *J Med Ethics* 2007;33:210–214. doi: 10.1136/jme.2006.017533
33. Eric L Weiner, Geoffrey R Swain, Barbara Wolf, Mark Gottlieb. A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *West J Med* 2001;174:19-23.
34. Bárbara Marco Gómez. Cuestiones éticas, psicológicas y profesionales en el proceso de enfermar del médico. [Tesis fin de máster]. Zaragoza: Fundación para la formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC) y Fundación Ortega Marañón. Universidad de Zaragoza; 2015.

ANEXOS:

ANEXO I: *Guion inicial y características de la entrevista*

GUION DEFINITIVO PARA LAS ENTREVISTAS A MÉDICOS ENFERMOS	
Encuadre	<p>Buenas tardes, mi nombre es.....</p> <p>En primer lugar queremos agradecerte que nos ofrezca su tiempo y su colaboración, que es muy importante para nosotros. Tal y como habíamos hablado, estamos aquí para realizarle una entrevista que forma parte de una investigación desarrollada dentro de un proyecto de Trabajo de Fin de Grado en la Facultad de Medicina de Zaragoza, financiada concretamente por la Cátedra de Profesionalismo y Ética.</p> <p>Este proyecto se propone profundizar en el proceso de enfermar de los profesionales médicos. 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. 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.</p> <p>Si no tiene ninguna duda, podemos comentar con la entrevista</p>
Pregunta lanzadera:	<p>¿Qué nos puede decir sobre el proceso de enfermar de los médicos?</p>
<input type="checkbox"/> Descripción del proceso de enfermar	<p>1.1 Diferencias con los profesionales no médicos</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ventaja o inconveniente <p>1.2 Diagnóstico</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Momento del diagnóstico<input type="checkbox"/> Médico que diagnosticó<input type="checkbox"/> Circuito seguido<input type="checkbox"/> Trato recibido<input type="checkbox"/> Búsqueda de segunda opinión. <p>1.3 Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Atención recibida<input type="checkbox"/> Lugar de tratamiento (Hospital Vs ambulatorio)<input type="checkbox"/> Dificultades encontradas<input type="checkbox"/> Síndrome del recomendado: en qué consiste <p>1.4 Sentimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Angustia/Dependencia/ Negación<input type="checkbox"/> Trato/interés/cruideza<input type="checkbox"/> Tolerancia a los síntomas<input type="checkbox"/> Preocupación por la confidencialidad. <p>1.5 Información recibida</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tipo de información<input type="checkbox"/> Cantidad de información<input type="checkbox"/> Actitud del médico<input type="checkbox"/> Actitud del enfermo<input type="checkbox"/> Búsqueda de otra información (internet...)

	<p>1.6 Actitud de los médicos que le atienden: Nerviosismo, indiferencia, distancia terapéutica, incomodidad, garantizan seguimiento o lo dejan al criterio del médico enfermo?</p> <p>1.7 Información y conocimientos del médico que enferma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ventaja o inconveniente <p>1.8 Toma de decisiones: cómo se realiza, quién y qué le influye.</p> <p>1.8 Familia del médico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sus expectativas <input type="checkbox"/> La información <input type="checkbox"/> Su actitud y diferencias en el cuidado y acompañamiento
<input type="checkbox"/> Impacto de la enfermedad en su trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Baja laboral: cuándo, quién la recomendó <input type="checkbox"/> Cambios en su práctica médica <input type="checkbox"/> Calidad de la atención de sus pacientes
<input type="checkbox"/> Relación con colegas	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apoyo percibido (no ofertar/aceptar ayuda) <input type="checkbox"/> Cambios en el reparto de trabajo
<input type="checkbox"/> Relación con superiores jerárquicos	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apoyo percibido <input type="checkbox"/> Medidas tomadas
<input type="checkbox"/> Experiencia como médico de otros médicos	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Circuito de asistencia <input type="checkbox"/> Diferencias respecto a otros pacientes <input type="checkbox"/> Diferencias entre especialistas/ generalistas, atención primaria /hospitalaria <input type="checkbox"/> Diferencias entre activos/ jubilados/residentes. <input type="checkbox"/> Resistencias y peculiaridades <input type="checkbox"/> Sentimientos experimentados: incomodidad "quitárselo de encima"
<input type="checkbox"/> Relación con los colegios profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apoyo percibido <input type="checkbox"/> Medidas posibles a realizar
Conclusión y despedida	
<p>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.</p>	