

Actitudes de los médicos ante un problema personal de salud: estudio cualitativo en profesionales de la ciudad de Quito

*María Irene Rodas*¹, *Christian Santiago Vargas*², *José Humberto Sola*³
*Susana Alvear*⁴, *Galo Sánchez-del-Hierro*⁵



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

1 Médico, especialista en Medicina Familiar. Docente, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

2 Médico, especialista en Medicina Familiar. Tratante de Medicina Familiar, Sistemas Médicos, Universidad San Francisco de Quito; y, Auditor médico, Hospital Vozandes Quito.

3 Médico, magister en Salud Pública. Docente, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

4 Médico, especialista en Medicina Familiar. Docente, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; y, Tratante de Medicina Familiar, Hospital Vozandes Quito.

5 Médico, especialista en Medicina Familiar. Docente, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Correspondencia: Dr. Christian Santiago Vargas
E-mail: cvargas@hospitalvozandes.com

Recibido: 27 - Septiembre - 2017

Aceptado: 19 - Marzo - 2018

Palabras clave: Prácticas de autocuidado de la salud, Rol de enfermo, Relación médico-paciente, Adaptación psicológica.

Forma de citar este artículo: Rodas MI, Vargas CS, Sola JH, Alvear S, Sánchez-del-Hierro G. Actitudes de los médicos ante un problema personal de salud: estudio cualitativo en profesionales de la ciudad de Quito. Rev Med Vozandes 2018; 29: 7 - 11.

Resumen

Contexto

El autocuidado de la salud en el personal médico es algo común, condicionado por distintos factores.

Objetivo

Conocer las actitudes y prácticas de los médicos frente a un problema de salud personal.

Diseño

Estudio cualitativo.

Lugar y sujetos

Veinte médicos de varias especialidades que ejercen la práctica profesional en unidades tanto públicas como privadas de la ciudad de Quito.

Mediciones principales

Entrevistas semiestructuradas y grabadas, abordando los tópicos del autocuidado, controles de salud, médico de cabecera y cambio de rol desde médico hacia paciente.

Resultados

La mayoría de los médicos se auto-prescriben medicamentos, son pocos los que van a controles de salud, carecen de un médico de cabecera y solamente formalizan una atención clínica en situaciones consideradas graves; además, tienen dificultad para adaptarse al cambio de rol de médico a paciente. En algunos casos, el cambio de rol generó un aprendizaje para mejorar su práctica clínica.

Conclusión

Los médicos desean intervenir activamente en el diagnóstico y manejo de sus problemas de salud, pero el autocuidado es pobre y la atención como paciente es informal. Quienes atienden a médicos enfermos, deben comprender los efectos psicológicos de afrontar la enfermedad, para brindar cuidados de salud en un marco de confianza.

Keywords: Self-care practices, Sick role, Physician-patient relation, Psychological adaptation.

Abstract

Physicians attitudes in face of a personal health problem: qualitative study in professionals from Quito-Ecuador

Context

Self-care of health in medical personnel is common and it is conditioned by different factors.

Objective

To know the attitudes and practices of doctors in the face of a personal health problem.

Design

Qualitative study.

Subject and settings

Twenty doctors of various medical specialties who work in both public and private units of the city of Quito-Ecuador.

Main Measurements

Semi-structured and recorded interviews, addressing the topics of self-care, health checks, bedside physician and change of role from doctor to patient.

Results

Most physicians perform a self-prescription of medicines, only few of them have health checks, almost all do not have a bedside physician and mainly formalize a clinical attention in serious situations. In addition, they suffer difficulty changing the role from doctor to patient. In some cases, the change of role was useful to improve their clinical practice.

Conclusion

The physicians always participate in their own diagnosis and management when have a health problem, but self-care is poor and clinical consultation is informal. Those who care for sick doctors must understand the psychological effects of facing the disease, to provide health care within a framework of trust.

Introducción

Las reacciones de las personas frente a la salud y enfermedad dependen de la concepción que tengan sobre estas situaciones. Estos esquemas se adquieren a través de las experiencias en determinadas patologías que hayan padecido el mismo sujeto o alguna persona cercana [1]. Las respuestas para enfrentar los problemas de salud pueden ser desde muy imprecisas e inadecuadas, hasta técnicas y completas. Su importancia radica en que influyen en las conductas de prevención de salud en las personas, en sus reacciones frente a los síntomas que experimentan o en las enfermedades que se diagnostican, en su adherencia al tratamiento y en sus expectativas de salud futuras [2]. Los esquemas de enfermedad comprenden información básica: la identidad de una enfermedad es su nombre; las consecuencias son sus síntomas y tratamiento correspondiente, así como el grado de afectación en su vida; las causas son los factores que la persona cree dan lugar a la enfermedad; la duración se refiere a la cantidad de tiempo que se espera dure la enfermedad y la curación identifica si la persona cree que la enfermedad se

puede curar mediante tratamiento apropiado [2].

Para la psicología cognitiva los estilos de vida de las personas y sus conductas respecto a la salud y la enfermedad, se interpretan en el sentido de que las conductas que llevan a cabo las personas serían posteriores al análisis de búsqueda de causas de salud o enfermedad. Estas conductas se pueden ir modificando en el transcurso de una enfermedad o de un tratamiento para el mejoramiento de la salud. Se postula que lo importante no es sólo la funcionalidad del comportamiento, sino también cómo se mantiene y cómo se regula éste a través de la racionalidad y las líneas de acción dictadas por la misma [3].

Cuando los médicos enfrentan su problema de salud entienden a la enfermedad de una manera

especial, dependiendo de las diversas circunstancias que han vivido. El médico generalmente utiliza su conocimiento para resolver sus propios problemas de salud. Son pacientes diferentes, pero con pautas de comportamiento comunes a las de la población general para encarar la enfermedad. En el momento en que el médico pasa a ser paciente, experimenta cambios de su comportamiento habitual, que lo obligan a desempeñar un nuevo rol y aceptar la pérdida de la posición de poder^[4, 5]. Gracias a su ocupación, perciben a la enfermedad como ajena, con una sensación de invulnerabilidad, minimizando la magnitud y negando la existencia de sus dolencias^[4]. Mientras que un paciente regular espera que el médico asuma el rol activo ante la enfermedad, un médico enfermo controla y decide la manera en que quiere actuar frente a su problema^[4].

Durante su formación académica, la exigencia alta de recursos hace que los médicos descuiden su salud y esto posteriormente genera una alteración del autocuidado. La barrera protectora contra la aflicción, al atender a pacientes enfermos, posteriormente la aplica consigo mismo. El pragmatismo de su profesión, de curación, deja a un lado la prevención, que se aplica a su salud^[4, 6-8]. La enfermedad en los médicos puede ser un tema tabú, que genera temor incluso para hablar de ella^[9]. El médico no puede actuar como paciente, porque su grupo de referencia forma parte de la misma profesión que tiene como práctica curar las enfermedades. Se da una aparente incompatibilidad sociológica entre ser médico y enfermo^[4, 10]. El médico considera su enfermedad como una derrota, por lo que muchas ocasiones acude a la negación. El hábito profesional de sólo contemplar la enfermedad en los otros, puede hacerle pensar que eso no le pasará a él. Y ése es el primer mito que se quiebra el día que el médico enferma^[11].

El médico desarrolla miedos sobre su confidencialidad, diagnosticándose a sí mismo y auto-prescribiéndose, con poca objetividad^[12]. Como paciente atípico, los esquemas normales de atención sanitaria no sirven^[11]. Cuando se ha recuperado de su enfermedad, se vuelve más crítico consigo mismo y sus capacidades médicas. Aumenta su empatía con el dolor y el miedo de otros, y su comportamiento hacia su entorno cambia^[12]. Sus objetivos se vuelven el acompañar, respaldar y apoyar si un colega le solicita ayuda^[13]. Este estudio se desarrolló con el objetivo de conocer las actitudes de los médicos frente a un problema de salud personal.

Sujetos y métodos

El estudio fue de tipo cualitativo, con análisis de contenido, en base a teoría fundada para analizar entrevistas semi-estructuradas. Estas entrevistas fueron efectuadas entre octubre de 2013 y marzo de 2014, a un grupo de veinte médicos que ejercen la práctica profesional en unidades tanto públicas como privadas de la ciudad de Quito, luego de obtener el respectivo consentimiento informado de participación. En las mismas se investigó acerca de sus conductas cuando tienen algún problema de salud y sobre sus prácticas de autocuidado. Las preguntas estructuradas

de la entrevista fueron: ¿Qué hace usted cuando tiene un problema de salud?, ¿Cómo se ha sentido en el rol de paciente?, ¿Qué piensa de los controles de salud?, ¿Considera importante tener un médico de cabecera?; además, se completó la información con preguntas aclaratorias cuando fue necesario.

Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente se transcribieron textualmente las respuestas. Las respuestas de las encuestas se analizaron para determinar de manera general el comportamiento de los médicos frente a la enfermedad y los cuidados de su salud. En este proceso se empleó análisis de contenido cualitativo, técnica de codificación propuesta por Auerbach y Silverstein, y Teoría Fundada (recolección y análisis sistemáticos de datos). Se buscaron las ideas repetidas, hasta alcanzar la saturación de cada tema; estas se agruparon en temas comunes y a partir de ellos se definieron constructos teóricos que funcionaron como ejes descriptivos y ulteriormente interpretativos de las experiencias enunciadas por los médicos^[14]. Se resaltaron las categorías encontradas tras la revisión de las entrevistas efectuadas. Finalmente se formuló una teoría al comparar los resultados del estudio con la información obtenida de la revisión de la literatura^[15].

Resultados

Los médicos entrevistados (10 hombres y 10 mujeres) tuvieron edades comprendidas entre los 26 y 66 años; y cumplían su práctica profesional en varias especialidades: medicina familiar, pediatría, medicina ocupacional, ginecología, neonatología, cirugía general, anestesiología, emergencias, oftalmología, medicina interna, microbiología, traumatología, cuidados paliativos, medicina general y docencia universitaria. Tres médicos entrevistados fueron estudiantes de postgrado. A partir de los datos recabados, los constructos teóricos obtenidos se dividieron en los siguientes:

Autocuidado

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

- "Consulta a un colega si es algo importante, sino pues me automedico para problemas menores." (E13RC)
- "Busco atención médica cuando realmente creo que algo se ha complicado, que sale de mis manos." (E2MY)
- "Cuando tengo un problema de salud, lo que trato es de ver qué síntomas tengo, tomo el medicamento de acuerdo a los síntomas; estoy consciente que no es lo correcto.... Busco atención médica realmente cuando he estado grave." (E3LV)

Atención de los médicos y apreciación de controles de salud

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

- *"Por lo general yo difundo los controles de salud a mis pacientes, pero no los cumplo" (E12 FY)*

Médico de cabecera

Cuando se investigó sobre su opinión sobre la importancia de tener un médico de cabecera, la gran mayoría de participantes estuvieron de acuerdo en su importancia, pero ellos mismos no tienen un médico de cabecera.

- *"No, no tengo médico de cabecera y no lo he considerado; debería hacerlo, pero no lo he considerado. Soy yo mismo." (E1 FMP)*
- *"Un médico de cabecera sí es importante, pero no sé si por idiosincrasia o por qué, pero no tengo... sí debería haber un médico de cabecera que conozca las cosas de uno..." (E12VF)*

Cambio de rol

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

- *"Estar en el otro lado es difícil. No se compara en nada, solo en ese momento uno aprende a ver muchas cosas..." (E18 KV)*

Durante las entrevistas, la mayoría de ellos afirmaron que el conocimiento de Medicina produce ansiedad a la hora de ser pacientes, porque esto les lleva a pensar en cosas de mayor gravedad y el hecho de saber lo que puede pasar con su cuadro les resultó preocupante.

- *"Ser paciente es horrible y es peor si sabes el procedimiento, las consecuencias, los efectos adversos. Creo que sí es más estresante que desconocer..." (E20 JZ)*

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

- *"Como cirujana esto me ha ayudado, porque he leído bastante acerca de obstrucción intestinal. Se lee más porque uno también se trata como uno... entonces uno se pone en posición del paciente y sabe qué es lo que está pasando, es diferente a lo que dice en el libro..." (E15RC)*

Esto se relacionó directamente con la dificultad de entrar en el rol de paciente, porque seguían interviniendo directamente y, a su vez, con el hecho de que el conocimiento puede generar ansiedad, ya que piensan en todas las posibilidades que pueden llegar a darse, incluidas las negativas.

- *"Me hice un eco de mamas para estar tranquila; dije: esto me atormenta; y encontramos que era tejido fibroso y ahí sí, con eso fui donde el ginecólogo y me dijo que todo estaba bien..." (E13CM)*

Discusión

Los médicos son una población con características únicas por su formación y al igual que otros pacientes requieren de atención personalizada y de calidad. En nuestro estudio, el comportamiento de los médicos participantes concuerda con la bibliografía revisada^[1-18], compartiendo las mismas características conductuales frente a la enfermedad, destacándose la autosuficiencia, la intervención directa en sus problemas de salud, la búsqueda de ayuda de acuerdo a la gravedad y con dificultades marcadas para adaptarse al rol de paciente.

Para los médicos no es su prioridad el cuidar de su salud, están formados y dirigidos para cuidar de otros^[4-6]. La comunidad médica se ha desarrollado en una cultura en la cual la norma es trabajar pese a la enfermedad y al automanejo^[16]. Esto inicia desde muy temprano en la carrera. Como estudiantes de medicina se da prioridad a los estudios y se descuida la propia salud^[6]. La percepción de que los médicos son más propensos que otros profesionales a trabajar cuando están enfermos, puede ser un síntoma de una cultura en la cual se promueve una imagen de invulnerabilidad^[17].

No obstante, los médicos necesitan tener un médico de cabecera propio, que lo conozca a profundidad, que sea integral y lo valore desde todos los enfoques, porque tienen riesgos específicos, tales como el estrés que genera la atención de pacientes. Otros estudios señalan que los profesionales médicos continúan trabajando a pesar de estar enfermos, se automedican y preferentemente consultan a colegas o amigos, lo cual resulta contraproducente, especialmente cuando tienen algún síndrome psiquiátrico; aquí debe tenerse en cuenta que en algunos trabajos se ha encontrado que este personal tiene una prevalencia mayor de ansiedad o depresión, en comparación con grupos de población general^[6].

En nuestro estudio se evidenció que los médicos tienen realmente poco interés en tener un médico de cabecera porque, según se puede interpretar, ellos se suponen autosuficientes en el tema de su salud, no consideran importante que otro colega que se haga cargo de su historia. Para esto se suman múltiples factores, entre ellos la "arrogancia médica" mencionada por Berger, que les genera el conocimiento; el desconfiar de otros colegas, el no aceptar el cambio de rol y el pensar que son inmunes a la enfermedad, aspectos que hacen parte del comportamiento de los médicos cuando enferman^[18]. Por otra parte, se evidenció que a veces las mujeres confunden al ginecólogo como su médico de cabecera, debido a que acuden a él esporádicamente para controles preventivos de malignidad mamaria y uterina. Aquí se puede

ver una alteración del concepto de médico de cabecera. Las mujeres entrevistadas en este estudio intervenían directamente cuando acudían al ginecólogo, solicitándole la realización de papanicolaou y/o mamografía.

Esto realza más la importancia del médico de cabecera, una entidad fundamental en la vida de todas las personas, donde los médicos no son la excepción. El control de su salud debe estar a cargo de un galeno integral, que este en capacidad de atender a otro colega y mantener las posiciones, ya que la mayoría de médicos acuden donde otro colega conocido, muchas veces amigo personal, lo cual puede provocar un sesgo y falta de objetividad, con participación activa del paciente-médico. Se aplica muy bien la autonomía, pero al ser un médico, esta puede sobrepasarse y no existe un límite claro de hasta dónde está correcto actuar con tratamiento directo antes de ser visto por otro colega¹⁹.

En nuestro estudio, todos los médicos que han sufrido algún problema de salud importante, tuvieron un cambio drástico de percepción del dolor y de la enfermedad que sufren los pacientes, les volvió más empáticos y mejoraron en su práctica clínica. Eso es algo que no enseñan los libros. Al entrevistar a tres estudiantes postgradistas de diferentes especialidades (emergencia, medicina familiar, pediatría), observamos que el comportamiento frente a la enfermedad es inapropiado desde el inicio de la profesión, con un mal cuidado de salud, automedicación y búsqueda de ayuda solo por gravedad, con atenciones informales y sin medidas generales de autocuidado. Esto puede relacionarse con lo que mencionan varios autores¹⁴⁻⁶¹, respecto a que el descuido de la salud del médico inicia desde que está en la facultad, cuando las exigencias de estudio y trabajo son muy altas, quedando la salud y el cuidado relegados a segundo plano. Así los médicos inician sus comportamientos de invulnerabilidad.

En conclusión, los médicos desean intervenir activamente en el diagnóstico y manejo de sus problemas de salud, carecen de un médico de cabecera y solamente formalizan una atención clínica en situaciones consideradas graves, experimentando problemas en su adaptación al cambio de rol de médico a paciente. Es importante que quienes atienden a médicos enfermos, estén informados sobre los procesos y efectos psicológicos de afrontar la enfermedad, a fin de que puedan brindar los cuidados de salud en un marco de confianza mutua.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por los autores

Financiamiento

Estudio financiado con fondos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

Los autores declaran haber contribuido de forma similar en la realización del estudio y redacción del manuscrito.

Referencias

1. Taylor SE, Taylor DS. *Psicología de la salud*. Sexta Ed. Madrid: McGraw-Hill; 2007.
2. Quiceno JM, Vinaccia S. Illness perception: an approximation from the Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*. Universidad del Norte 2010; (25): 56-83.
3. Alvarez J. Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial. México: Ed. Trillas; 2002.
4. Ponce de León O. El Médico Enfermo: Análisis sociológico del conflicto de roles. España: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1997.
5. Robert K. *When Doctors Become Patients*. New York: Oxford University Press; 2008.
6. Arenas-Monreal L, Hernández-Tezoquipa I, Valdez-Santiago R, Bonilla-Fernández P. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública Méx* 2004; 46: 326 – 32.
7. Robert H. *Sickness and Healing: An anthropological perspective*. N Engl J Med 1995; 332: 1722–23.
8. Byron G. *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. United Kingdom: Cambridge University Press; 1997.
9. Amezcua Martínez M. Antropología de los cuidados. Enfermedad y padecimiento: significados del enfermar para la práctica de los cuidados. *Cultura de los cuidados* 2000; IV (7-8): 60 – 67.
10. Tyssen R. [The physician-patient relationship when the patient is a physician]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2001;121 (30): 3533–35.
11. Jovell A. Cuando el médico enferma. El médico enfermo: una oportunidad perdida. *Medical Economics (edición Española)* 2004; (diciembre): 40-41.
12. Wenz W. [The sick physician. A patient like every other?]. *MMW Fortschr Med* 2001; 143 (31-32): 22-24.
13. Puentes SA, Serrano DA. ¿Médico o paciente? *Universitas Médica* 2005; 46 (1): 30-32.
14. Mayring P. *Qualitative Content Analysis*. Forum: Qualitative Social Research 2000; 1 (2): 20.
15. Vasquez ML, Ferreira da Silva MR, Mogollón A, Fernández MJ DM. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud: cursos GRAAL 5. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
16. Davidson SK, Schattner PL. Doctors' health-seeking behaviour: a questionnaire survey. *Med J Aust* 2003; 179: 302–05.
17. Schlicht SM, Gordon IR, Ball JR, Christie DG. Suicide and related deaths in Victorian doctors. *Med J Aust* 1990; 153: 518–21.
18. Berger AS. Arrogance among physicians. *Acad Med* 2002; 77: 145–47.