

# Creencias, actitudes y prácticas del médico en situación de paciente: Encuesta en línea realizada en países latinoamericanos

**Beliefs, attitudes and practices of physicians in patient situations: Online survey conducted in Latin American countries**

Vahid Nouri<sup>1</sup>, Pascual Valdez<sup>2</sup>,  
Homero Puello-Galarcio<sup>3</sup>, Aland Bisso<sup>4</sup>,  
Rodolfo Palencia-Vizcarra<sup>5</sup>,  
Diana Rodríguez-Hurtado<sup>6</sup>

Nouri V, Valdez P, Puello-Galarcio H, Bisso A, Palencia-Vizcarra R, Rodríguez-Hurtado D. Creencias, actitudes y prácticas del médico en situación de paciente: Encuesta en línea realizada en países latinoamericanos. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2022;35(4): 137-143. <https://doi.org/10.36393/spmi.v35i4.711>

## RESUMEN

La invulnerabilidad del médico como mito social, miedo de afrontar y subestimar sus dolencias físicas y mentales, dificultan el manejo de su enfermedad. **Objetivo:** determinar las creencias, actitudes y prácticas del médico en situación de paciente en los países latinoamericanos. **Material y Métodos:** se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, empleando una encuesta en línea que generó un total de 533 respuestas efectivas procedentes de 21 países de la región. **Resultados.** La mayoría fue de sexo femenino 57,6%, La media de edad de los participantes fue de 46,5 años y la especialidad con mayor participación fue medicina interna 48,4%. El 47,3% no tenía médico de cabecera y 7,5 % respondieron que no contaban con un seguro de salud. En el renglón de creencia, la mayoría de los encuestados 61,5% consideró que es más difícil tratar a un colega como paciente, y el 67,9% admitió la importancia de las acciones espirituales y religiosas en caso de enfermedad. En cuanto a la vulnerabilidad de los médicos frente a las enfermedades, el miedo de cambiar su estado a paciente y pérdida de autonomía respondieron afirmativamente 95,5%. En relación a la actitud, el 79% respondió que buscaría a un médico de su misma especialidad, el 93,8% obedecería íntegramente las órdenes médicas y el 98,8% no pediría cambio de protocolo o de procedimiento. Así mismo, el 59,9% reportaría a un colega que no está en su plena facultad y el 75% divulgaría el estado de salud de otro colega si pone en peligro su vida o la de su paciente. En relación a la práctica, el 43,7% trataría a sus familiares de primer grado; el 21,5% seguiría laborando aun con una dolencia; el 37% haría su propia indicación de pruebas diagnósticas; el 21,4% se automedicaría; y el 4,3% y 7,7%, respectivamente, cambiaría las prescripciones y haría caso omiso a las recomendaciones de su médico tratante. **Conclusión:** los médicos en situación de pacientes temen estar enfermos y perder su autonomía, muchos no tienen médico de cabecera ni seguro de salud, le dan importancia a las

<sup>1</sup> Centro de Investigación Biomédica y Clínica, Santiago, República Dominicana.

<sup>2</sup> Hospital Vélez Sarsfield, Buenos Aires, Argentina.

<sup>3</sup> Unidad Cardiológica y Perinatal de Huila, Neiva, Colombia.

<sup>4</sup> Clínica Delgado, Lima, Perú.

<sup>5</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

<sup>6</sup> Escuela de Medicina, Universidad Peruana De Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

Foro Internacional de Medicina Interna (FIMI).



acciones espirituales y religiosas, tienden a buscar a un médico de su propia especialidad y están llanos a aceptar las órdenes médicas, aun cuando también pueden decidir por la automedicación e indicar sus propias pruebas diagnósticas.

Palabras clave: Actitud. Actitud del personal de salud. Actitud frente a la salud. Encuestas y cuestionarios. América Latina. (DeCS-BIREME)

## ABSTRACT

*The invulnerability of the physician as a social myth, fear of facing and underestimation of his physical and mental ailments, hinder the management of his disease. Objective: to determine the beliefs, attitudes and practices of the physician as a patient in Latin American countries. Material and Methods: a descriptive, cross-sectional study was carried out using an online survey that generated a total of 533 effective responses from 21 countries in the region. Results. The majority was female 57,6%, the mean age of the participants was 46,5 years and the specialty with the highest participation was internal medicine 48,4%. The mean age of the participants was 46,5 years and the specialty with the highest participation was internal medicine (48,4%), and 47,3% did not have a family doctor and 7,5% responded that they did not have health insurance. In the line of belief, the majority of the respondents 61,5% considered that it is more difficult to treat a colleague as a patient, and 67,9% admitted the importance of spiritual and religious actions in case of illness. As for the vulnerability of physicians to illness, fear of changing their status to patient and loss of autonomy, 95,5% responded affirmatively. In relation to attitude, 79% responded that they would look for a physician of their own specialty, 93,8% would obey medical orders in their entirety and 98,8% would not ask for a change of protocol or procedure. Likewise, 59,9% would report a colleague who is not in their full capacity and 75% would disclose the health status of another colleague if it endangered their life or that of their patient. In relation to practice, 43,7% would treat their first-degree relatives; 21,5% would continue to work even with an ailment; 37% would make their own indication for diagnostic tests; 21,4% would self-medicate; and 4,3% and 7,7%, respectively, would change prescriptions and disregard the recommendations of their treating physician. Conclusion: physicians as patients are afraid of being sick and losing their autonomy, many do not have a general practitioner or health insurance, give importance to spiritual and religious actions, tend to look for a physician of their own specialty and are willing to accept medical orders, even though they can also decide to self-medicate and indicate their own diagnostic tests. Key words: Attitude. Attitude to health. Attitude of health personnel. Survey and questionnaires. Latino America. (MeSH-NLM)*

## INTRODUCCIÓN

Albert Jovell, un médico ferviente defensor de los derechos de los enfermos, intentó devolver una parte de la humanidad a la profesión médica que se ha perdido en la modernización, «Soy consciente, he tenido dos carreras de medicina: la vertical como médico y la horizontal como paciente. En la vertical, ves la enfermedad, en la horizontal, la vives».<sup>1</sup>

Según la medicina hipocrática, la salud de un médico es fundamental para poder curar a otras personas donde se enfatiza el concepto de “médico cuida de ti mismo”. La salud física y mental de un médico Indudablemente tiene un efecto directo sobre calidad de atención a sus pacientes.<sup>2,3</sup>

Desde hace décadas diferentes estudios demostraron que los médicos son malos pacientes recibiendo una atención deficiente por no adaptarse adecuadamente a este cambio de rol.<sup>4,5</sup> ¿Los médicos son autoridades a quienes acudir ante una dolencia física y emocional, pero que sucede si un médico se enferma? ¿Es el peor paciente de un médico, otro médico?<sup>6,7</sup>

La invulnerabilidad de los médicos frente a las enfermedades es un mito social, hace que sea aún más difícil el manejo de sus patologías adecuadamente. Es común que los médicos subestiman sus enfermedades, autotratarse, incumpliendo completamente los protocolos de atención médica.<sup>7,8</sup>

Existen diferentes causantes, como angustia, vulnerabilidad,

Pérdida de autonomía, ansiedad, negación y miedo que influyen en el proceder de los médicos frente a su enfermedad alterando la atención a su estado de salud.<sup>9</sup>

El “síndrome de persona muy importante” en caso de un médico enfermo en ocasiones provoca confusión, enemistad, afectando una atención clínica y emocional adecuada por parte de autoridades de centros de salud, sus colegas y las enfermeras.

El nuevo Código de Deontología del Consejo de Colegios Médicos de Cataluña hace énfasis en la buena práctica médica y una promoción protegiendo la salud de los médicos. Esta misma fuente recomienda acudir a un colega de confianza en el momento de enfermarse para ser evaluado y tratado según los protocolos establecidos.<sup>10,11</sup>

En 1955, la Asociación Médica Británica, por medio de una guía ética, aconsejó que los médicos no deben participar en el tratamiento y diagnóstico de sus propias enfermedades ni de los familiares cercanos.<sup>12</sup>

El rol de subordinado de un paciente en relación a su médico puede ser por diferencias sociodemográficas o por brecha de conocimiento. En caso de que el paciente sea un médico se cierran estas brechas y las preferencias de autonomía reflejan más directamente a la importancia de la enfermedad y del paciente.<sup>13</sup>

El dilema del médico enfermo en situación de paciente es una circunstancia poco estudiada y atendida en el mundo,

motivando a determinar las creencias, actitudes y prácticas de los médicos en esta situación.

Con este estudio se pretendió determinar las creencias, actitudes y prácticas del médico en situación de paciente en países latinoamericanos con el propósito de obtener los conocimientos necesarios para el desarrollo de guías, protocolos éticos y prácticos con el objetivo de crear mecanismos para proteger a los médicos y mejorar la calidad asistencial cuando se enfermen.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio con diseño descriptivo, prospectivo y de corte transversal entre los médicos graduados en diferentes países latinoamericanos con el objetivo de determinar las creencias, actitudes y prácticas de los mismos en situación de pacientes. La recolección de datos se hizo en un intervalo de 6 meses a través de la aplicación de una encuesta en línea.

El cuestionario (<https://forms.gle/kY8TNsGBmR54UgAh7>), redactado en idioma español y revisado por los expertos exclusivamente para este estudio, consta de 30 preguntas. La primera pregunta sobre consentimiento informado de la participación y 29 preguntas divididas en 2 segmentos. En el primer segmento se recolectó datos personales, sociodemográficos, educativos y profesionales de los participantes a través de 8 preguntas. En el segundo segmento, con 21 preguntas utilizando una escala tipo Likert, se determinó las creencias, actitudes y prácticas de los médicos participantes en rol de paciente con 5,9 y 7 preguntas cerradas respectivamente.

Se utilizaron 5 categorías de escala tipo Likert: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Para facilitar

la interpretación de los resultados, dividimos la escala de Likert en dos categorías: las respuestas “nunca, casi nunca, a veces” se consideraron en contra y las respuestas “casi siempre, siempre” se consideraron a favor.

Los resultados obtenidos fueron tabulados en Excel 2020 y analizados mediante programas estadísticos en SPSS 26. Todas las variables fueron descritas mediante estadística descriptiva usando frecuencia relativa para las variables categóricas, junto con el uso de media y desviación estándar para las variables continuas.

Consideraciones éticas: Los datos recopilados han sido tratados con rigurosidad por los investigadores, evitando cualquier incumplimiento de la confidencialidad de los participantes tal como se establece en el acuerdo informado.

**RESULTADOS**

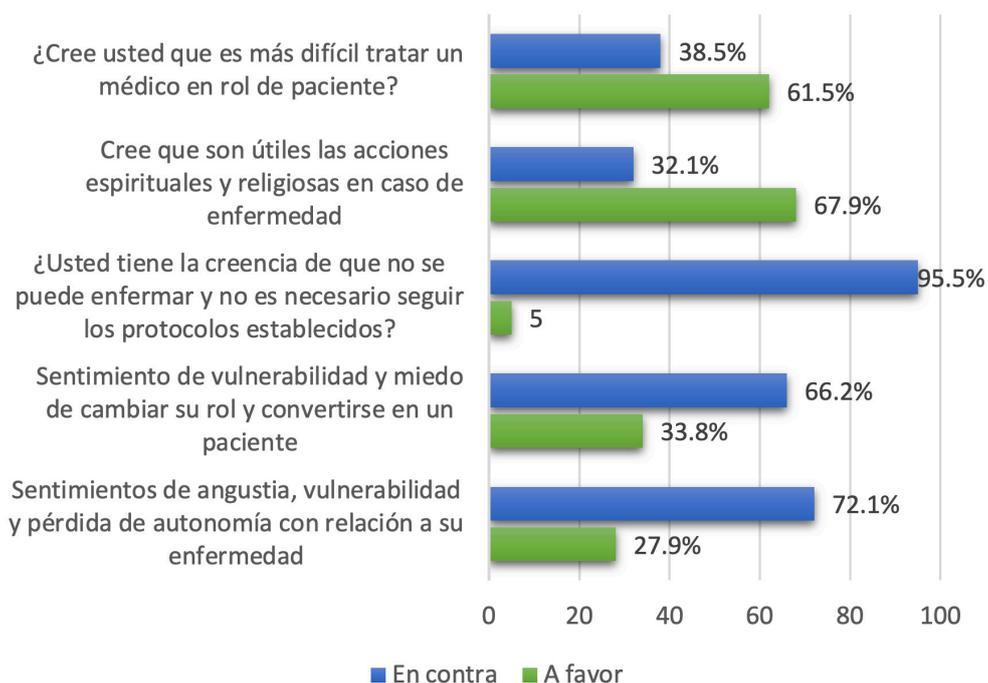
En el estudio participaron 540 médicos de 21 países, de los cuales solo 533 contaban con los criterios de inclusión. La media de edad fue de 46,57 (DS± 13,46) años, siendo la mínima de 21 y la máxima de 89 años. El sexo predominante fue femenino con un 57,6% (n=307). La media de años de graduado como médico fue de 21,34 (DS± 13,80) años.

Con relación al estado civil, el porcentaje de médicos casados fue el mayor, con un 49,2% (n=262) siguiéndole los solteros con 26,6% (n=142), un 13,9% (n=74) se encontraba en unión libre, 6,6% (n=35) divorciado, Separado/a 2,3% (n=12) y viudos un 1,5% (n=8).

Los médicos internistas con 48,4% (n=258), médicos generales 18,4% (n=98), residentes de una especialidad 4,7% (n=25) y medicina familiar y comunitaria 2,3% (n=12) fueron los de mayor participación en la encuesta.

Los países con mayor participación fueron Argentina 32,3%

**Gráfico I.** Creencias de médicos en rol de pacientes en los países Ibero-latinoamericanos. n=533

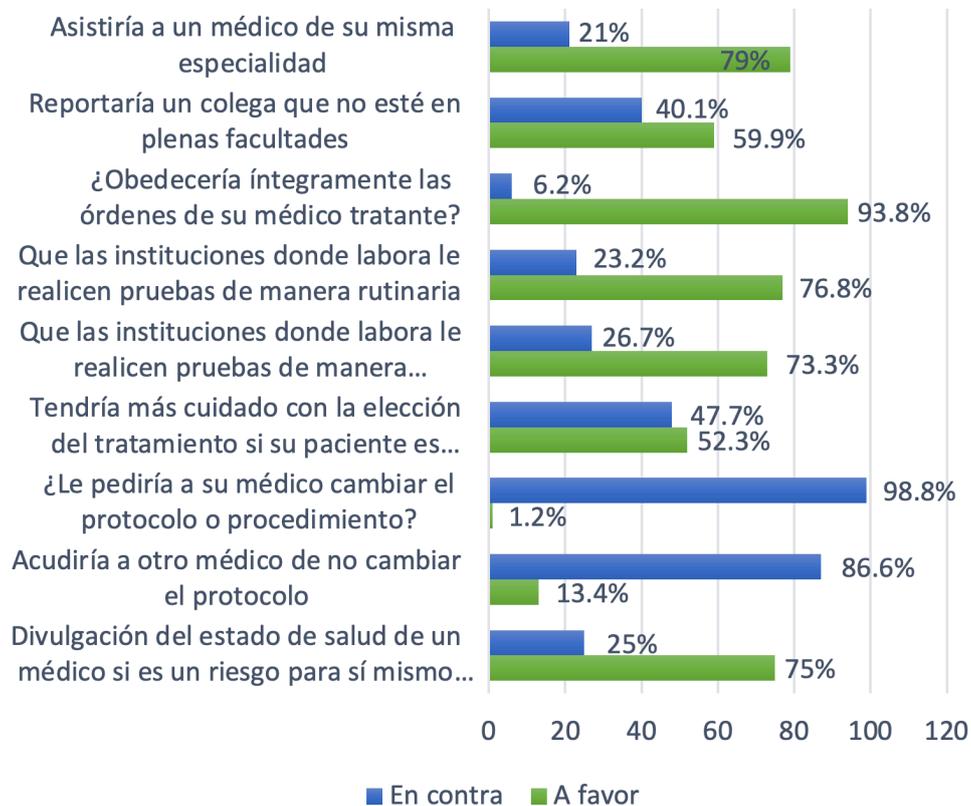




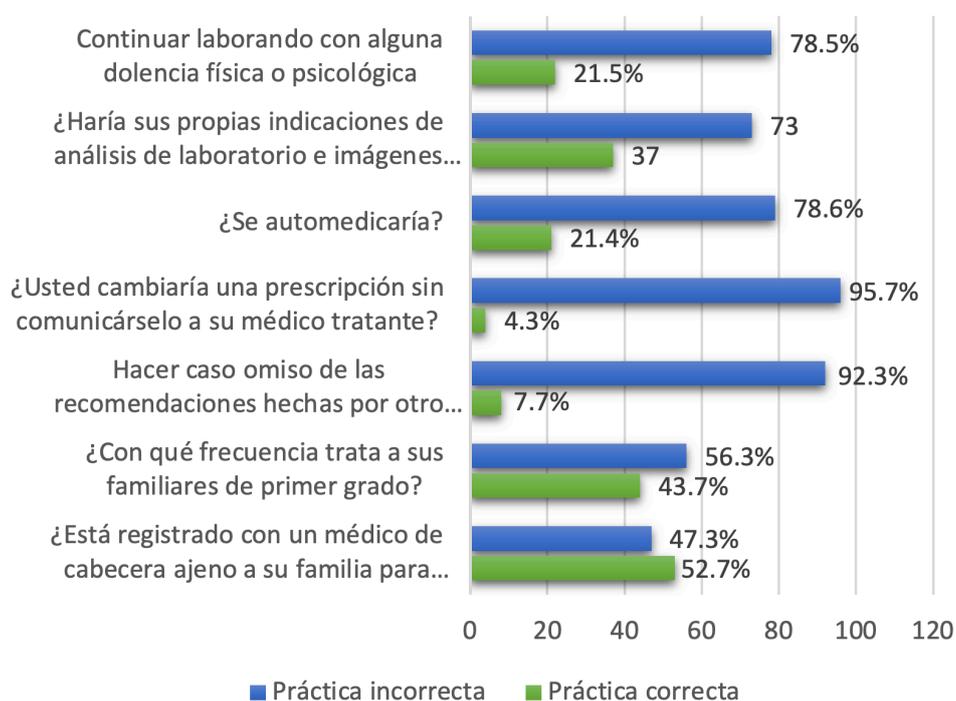
(n=172), República Dominicana 29,1% (n=155), Perú 9,2% (n=49) respectivamente para un total de 70,6% (n=376) y otros países (Bermudas, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, España, Guatemala,

Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, San Vicente Y Las Granadinas, Uruguay y Venezuela 29,4% (n=157). El sector laboral fue otro rasgo de interés en esta investigación, siendo el sector público/privado el de mayor

**Gráfico 2.** Actitudes de médico enfermo en situación de pacientes en los países Ibero-latinoamericanos. n=533



**Gráfico 3.** Prácticas de médicos en rol de pacientes en los países Ibero-latinoamericanos. n=533



porcentaje con 36,6% (n=195), mientras que los médicos que laboran solamente en el sector público representaron un 30% (n=160), el sector privado exclusiva ocupó un 28,5% (n=152) y los médicos desempleados, pensionados y/o retirados representaron un 4,9% (n=26). En cuanto al plan de salud, 92,5% (n=494) afirmaron que cuentan con este, sin embargo, el 7,5% (39) confirmaron no contar con el servicio mencionado.

## DISCUSIÓN

En este estudio se planteó interrogantes en tres vertientes: creencia, actitud y práctica de los médicos cuando se convierten en pacientes.

Al formular las preguntas con base en opiniones de expertos, se intentó estandarizar la interpretación de las preguntas e identificar prácticas correctas e incorrectas entre los médicos participantes.

La tríada salud-enfermedad-atención es una decisión personal y social en la que una persona construye una necesidad de ayuda. Los valores personales, las creencias y las características socioculturales son factores decisivos para comprender las actitudes y prácticas de las personas en el contexto de padecer una enfermedad.<sup>14</sup> El cambio de papel de médico a paciente provoca un temor al dolor, pérdida de autonomía y la muerte.<sup>15</sup>

Los médicos enfermos son diferentes que pacientes comunes, con conocimientos más especializados, pero con pautas generales para la población ordinaria. La enfermedad se presenta desde una perspectiva diferente, articulada desde la propia profesión médica a través de su trayectoria social como paciente.<sup>16</sup>

No cabe duda que la condición de salud de un médico altera la calidad de la atención que se brinda a los pacientes. El estado de salud mental y físico del doctor no solo es importante por su propio bien, sino también para evitar que les brinde una atención deficiente a sus pacientes.<sup>2</sup> La conducta de un médico en relación con su propio proceso de salud, enfermedad, puede repercutir directamente sobre los servicios ofrecidos a la población, originando iatrogenia.

Varios autores citados en este estudio han definido al médico como una entidad que participa en una sociedad condicionada por muchas creencias generalizadas en ella y que muchas veces señala sus acciones, modifica su conducta e incluso su profesión.

Ante esta realidad, cabe preguntarse si estos factores realmente influyen en el desempeño de los médicos y en qué medida, de manera similar, cuál es la noción de ellos sobre su propia historia clínica.

### Creencias

En cuanto a la creencia común entre los médicos acerca de tratarse a sí mismos o a sus colegas como pacientes, se obtuvo los siguientes datos:

Menos de dos tercios 61,5% (n=328) de los médicos encuestados afirmaron que tratar a un médico enfermo es más difícil que un paciente usual. Proporción mayor que los resultados del estudio donde solamente alrededor del

50% contestó que es una tarea difícil atender a un colega.<sup>17</sup>

En cuanto a la búsqueda de ayuda espiritual y/o religiosa, si se la diagnóstica una enfermedad terminal, la respuesta favorable de manera global fue 67,9% (n=362) donde con más respuestas positivas se destaca Colombia (81,6%) seguido de Perú (67,3%), Argentina (65,2%) y República Dominicana (63,9%). Es importante resaltar la importancia que los médicos les dan a los conceptos religiosos durante la enfermedad en otros estudios, y el sentimiento de que esto puede ser una ayuda para una óptima recuperación.<sup>18,19</sup>

Los médicos consideran cierto grado de protección contra las enfermedades, muy probablemente por inseguridad y ansiedad que puede generar convertirse a paciente. Un 95,5% (n=509) de los médicos participantes afirman que no poseen una inmunidad contra las enfermedades, así como sentimiento de vulnerabilidad, miedo de perder autonomía con relación a su enfermedad, 66,2% (n=353) respondieron en contra.

### Actitudes

Se realizan varias preguntas para conocer la actitud de un médico ante casos hipotéticos relacionados con su proceso salud-enfermedad y, de manera similar, ante una condición en la que se puede presentar un colega.

Respecto a si reportarían a un colega sin competencia física y mental para asistir al paciente, solo 59,9% (n=319) consideró reportar a un colega incompetente. Esta actitud puede ser un indicador de necesidad de una supervisión rutinaria sobre el estado de salud de los médicos de parte de las autoridades con fines de detección temprana de dichas alteraciones.

Con relación a las evaluaciones médicas rutinarias impuestas por las autoridades de centros de salud, se consideró una práctica correcta la realización de evaluación a sus colegas y así mismos en un 76,8% (n=409) y 73,3% (n=391) respectivamente, sin embargo, por falta de evidencia no hemos podido contrastar estos resultados.

En el mismo orden, casi con igual proporción, 75% (n=400) de respuestas afirmativas divulgarían el estado deficiente de salud de sus colegas a las autoridades, confirmando la validez de las respuestas en estas tres preguntas.

El 52,5% (n=280) de los médicos participantes habría sido más cautelosos en su elección de tratamiento si se tratara de otro colega. Probablemente, esto se deba al nivel de conocimiento médico-paciente más que a la propia enfermedad.<sup>7,20</sup>

Ante una pregunta relacionada, solicitar un cambio de tratamiento o procedimiento, el 98,8% (n=527) lo consideró una práctica impropia, pero en cuanto a acudir a otro médico en caso de ser negada la solicitud de cambio de dichas recomendaciones, la respuesta negativa alcanzó el 86,6% (n=462). Este nivel de confianza puede ser resultado del conocimiento previo de los encuestados.<sup>20</sup>

Son experiencias personales y no es raro que un médico hable mal de la actividad y conocimiento de otro médico, en especial el rechazo hacia médicos jóvenes con poca experiencia.<sup>21</sup> El 93,8% (n=500) consideró una actitud



desfavorable ignorar las sugerencias de los compañeros y cambiarlas por las propias. Frente la pregunta de si acudirán a un médico especialista de su misma área en caso de presentar una enfermedad, 79% (n=421) respondió positivamente, demostrando una disminución de confianza a sus colegas de la misma especialidad. Esta desconfianza es un fenómeno que amerita ser investigado.

### Prácticas

El 21,5% (n=114) de los médicos respondió que seguiría trabajando aún con una condición física y/o psicológica que impida su desempeño óptimo, algo mucho menor que el estudio McKevitt, C, et al, 1997, en el cual 80% de todos los encuestados habría «superado» la enfermedad, citando factores culturales y organizativos detrás de su decisión de no tomar licencia por enfermedad.<sup>22</sup> La inquietante información muestra el grado de desaprobación que una enfermedad puede interferir en su vida profesional, volverse un “labor-adicto” y obsesionarse con el trabajo.<sup>15</sup>

Es notable la autosuficiencia de atender a su propia enfermedad entre médicos encuestados, 37% (n=197) haría sus propias indicaciones de laboratorio y de imágenes diagnósticas. Además, uno de cada 5 (n=21,4%) se automedicaría, resultado diferente obtenido en una revisión de 27 estudios donde se encontró que el autotratamiento y la automedicación son un problema importante en el 76% de los estudios y con más 50% (rango: 12–99%).<sup>23</sup>

Cuando los médicos padecen de un problema de salud tienen el deber ético, para sí y para sus pacientes, de recurrir al profesional competente para la evaluación de su capacidad de trabajar y seguir su consejo.<sup>24,25</sup> En la encuesta, solo 7,7% (n=41) no respetaría las recomendaciones hechas por el médico y aplicaría las propias.

En cuando a tratar a los familiares de primer grado, un 43,7% (n=233) respondió afirmativamente, cifra inferior que en otros estudios con 80% de diagnóstico o prescripción de medicamentos. Entre las razones de este comportamiento podemos mencionar la presión social, exigencias de los familiares, la conveniencia, el ahorro de dinero o la percepción de tener mayor preocupación que otros médicos.<sup>26</sup>

Poco más de la mitad, 52,7% (n=281) contaba con un médico de cabecera, coincidente con el estudio Wallace J, et al, 2009. Estas cifras son preocupantes y ameritan una atención especial de parte de diferentes órganos involucrados en la salud propia de los galenos.

La consideración y lealtad recíproca son pilares importantes en la relación entre los médicos, sin embargo, el médico no puede hacer nada ante el malestar de un colega enfermo, prefiriendo tratarlo con diligencia y cuidado, guardando respetar las exigencias éticas de la profesión. En este sentido, las organizaciones relacionadas con la salud, asociaciones y colegios médicos son responsables de elaborar procedimientos, lineamientos y prácticas éticas para mejorar la calidad de atención de salud a los pacientes médicos.

Entre las limitaciones del estudio tenemos la escasa

literatura que existe sobre este tema, lo cual limitó los antecedentes teóricos para una comparación más eficaz de los resultados obtenidos. Otra de las limitaciones fue el sesgo de selección debido a la falta de datos de contacto del marco muestral para realizar una selección aleatoria simple de participantes.

En las conclusiones, tenemos que, en el renglón de creencias, se evidenció que los médicos consideran que es más difícil tratar a un colega como paciente, y se resalta el hecho de que cuando se enferman están conscientes de que tienen que seguir los protocolos de salud, pues no son inmunes a las enfermedades sin sentir vulnerabilidad y pérdida de autonomía. Además, afirman la utilidad de las acciones espirituales y religiosas en caso de una dolencia. En cuanto a actitudes, los médicos participantes presentaron una actitud favorable con plena confianza hacia sus colegas en el caso de ser tratados como pacientes. La mayoría de los participantes mostró una actitud proactiva frente a los colegas que no están en su plena facultad para ejercer sus funciones como médicos.

En base a las interrogantes referentes a la práctica y/o ejercicio de sus funciones, los encuestados afirmaron que en caso de presentar una dolencia relevante se abstendrían del ejercicio de sus labores como médicos; por otra parte, una misma proporción estuvo de acuerdo en el no autotratamiento. Por otro lado, casi la mitad de los médicos no tenía un médico de cabecera y que sí tratan a sus familiares y amigos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. March Cerdá JC, Albert Jovell (1962-2013), médico y paciente. *Gaceta Sanitaria*. 2014 Nov;28(6):526–7.
2. Wallace J, Lemaire J, Ghali W. La enfermedad de los médicos y los sistemas de atención. *IntraMed* [Internet]. 2009 [cited 2022 May 27];374:1714–21. URL: <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=63166>
3. Saludario. Cambio de rol, esto pasa cuando el médico se convierte en paciente. 2020 Oct 16 [cited 2022 May 27]; URL: <https://www.saludario.com/cambio-de-rol-esto-pasa-cuando-el-medico-se-convierte-en-paciente/>
4. Osmond S. Doctors as patients. *Practitioner* [Internet]. 1977 [cited 2022 May 27];218(1308):834–9. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/882495/>
5. White R, Lindt H. Psychological hazards in treating physical disorders of medical colleagues. *Diseases of the Nervous System*. 1962;24:304–9.
6. Casino G. Los médicos, los peores enfermos. Los médicos, los peores enfermos [Internet]. 2001 [cited 2022 May 26]; Available from: [https://elpais.com/diario/2001/10/23/salud/1003788001\\_850215.html?outputType=amp](https://elpais.com/diario/2001/10/23/salud/1003788001_850215.html?outputType=amp)
7. Álvarez M. ¿Qué pasa cuando el paciente es el médico? Dilema en la relación médico-paciente. *Revista médica electrónica* [Internet]. 2018 [cited 2022 May 26];40(2). URL: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2490/3795>
8. Rodas M, Vargas C, Sola J, 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. *World Health Organization* [Internet]. 2018 [cited 2022 May 26];29(1):7–11. URL: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-988427>
9. Schneck SA. “Doctoring” Doctors and Their Families. *JAMA*. 1998 Dec 16;280(23):2039.
10. Mingote-Adán JC, Garrote-Díaz JM, Romero-Agüit S. La experiencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME) de la Organización Médica Colegial en España. *Medicina Clínica*. 2019

- Apr;152(8):324–8.
11. Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. El Programa de Atención Integral al Médico Enfermo y el control del ejercicio profesional: La experiencia del Colegio de Médicos de Barcelona. 2013.
  12. Stirrat GM, Johnston C, Gillon R, Boyd K. Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated. *Journal of Medical Ethics*. 2010 Jan 1;36(1):55–60.
  13. Ende J, Kazis L, Moskowitz MA. Preferences for autonomy when patients are physicians. *Journal of General Internal Medicine*. 1990 Nov;5(6):506–9.
  14. Sacchi M, Hausberger M, Pereyra A. Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva* [Internet]. 2007 [cited 2022 Jul 14];3(3):271–83. URL: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2007.v3n3/271-283/es>
  15. Albújar-Baca P. Cuando el médico es el paciente. *Acta Médica Peruana* [Internet]. 2015 [cited 2022 May 27];32(3):164–8. URL: <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/acta.med.per/v32n3/a5.pdf>
  16. Arroyave Bernal C. El dilema del médico como paciente: Otra mirada a la experiencia de la enfermedad. *Revista Latinoamericana de Bioética* [Internet]. 2010 [cited 2022 Jul 14];10(1):36–55. URL: <https://www.redalyc.org/pdf/1270/127020499004.pdf>
  17. Elaskar M, Salomón S. Cuando el médico es el paciente. *Revista Médica Universitaria* [Internet]. 2019 [cited 2022 May 27];15(1). URL: <https://bdigital.uncu.edu.ar/13744>
  18. Espíndula JA, Valle ERM do, Bello AA. Religion and Spirituality: the Perspective of Health Professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010 Dec;18(6):1229–36.
  19. González L. Influencia de la religión en el proceso de salud-enfermedad-atención. *Revista electrónica de Portales Médicos* [Internet]. 2017 [cited 2022 May 27];12(8). URL: [https://www.portalesmedicos.com/revista\\_certificados/22505.html](https://www.portalesmedicos.com/revista_certificados/22505.html)
  20. Lifshitz G. El papel del paciente en la atención de las enfermedades. *Medicina Interna de México* [Internet]. 2010 [cited 2022 May 27];26(1). URL: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=25249>
  21. Frankel RM, Tilden VP, Suchman A. Physicians' Trust in One Another. *JAMA*. 2019 Apr 9;321(14):1345.
  22. McKeivitt C, Morgan M, Dundas R, Holland WW. Sickness absence and “working through” illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health*. 1997 Sep 1;19(3):295–300.
  23. Montgomery AJ, Bradley C, Rochfort A, Panagopoulou EA. A review of self-medication in physicians and medical students. *Occupational Medicine*. 2011 Oct 1;61(7):490–7.
  24. Wiley J. Medical ethics today: the BMA's handbook of ethics and law. British Medical Association. 2012.
  25. British Medical Association. Ethical responsibilities in treating doctors who are patients: Guidance from the BMA Medical Ethics Department. Londres, Reino Unido; 2010.
  26. Kamerow D. Doctors treating their families. *BMJ*. 2014 Jun 26;348(jun26 7):g4281-g4281.
- AGRADECIMIENTOS**  
Agradecemos a los médicos participantes en 23 países iberoamericanos por su valioso tiempo para responder y distribuir nuestro formulario, contribuyendo al conocimiento necesario para conocer más sobre sus creencias, actitudes y prácticas en el rol de pacientes.
- CORRESPONDENCIA**  
Aland Bisso  
albian44@yahoo.es
- Fecha de recepción: 17-10-2022.  
Fecha de aceptación: 05-12-2022.
- Conflicto de interés: ninguno, según los autores.  
Financiamiento: por los autores
- Contribución de autoría:  
VNK: Planteamiento de la investigación y creación del cuestionario.  
PV: Redacción y revisión del cuestionario.  
HPG y RPV: Revisión del cuestionario.  
AB: revisión y redacción del manuscrito.  
DRH: revisión del cuestionario.  
VNK, PV, HPG, AB, RPV y DRH: motivaron a los médicos en diversas redes sociales a participar en la investigación, revisaron la versión final y se responsabilizan del estudio.