

UNIVERSIDAD ANTONIO RUIZ DE MONTOYA

Facultad de Filosofía, Educación y Ciencias Humanas



MÉDICOS Y COVID-19: LA IDENTIDAD MÉDICA EN MOMENTOS DE CRISIS SANITARIA

Tesis para optar al Título Profesional de Licenciado en Psicología

Presenta el bachiller

ANGELO RUBEN TAZZA GUEVARA

Presidente: María Roxana Miranda Enrico

Asesora: Mariela del Pilar Tavera Palomino

Lector: Álvaro Fernando Álvarez Álvarez

Lima – Perú

Setiembre de 2023



UARM

Universidad
Antonio Ruiz
de Montoya

Reglamento General de Grados y Títulos de Pregrado y Posgrado Anexo N.º 3
Aprobado por Resolución Rectoral N° 194-2022-UARM-R
Modificado por Resolución Rectoral N° 040-2023-UARM-R

INFORME DE ORIGINALIDAD

Sres.
CONSEJEROS
Pte.

De nuestra consideración:

Por la presente nos dirigimos a Ustedes para saludarlos e informar al Consejo Universitario sobre el producto académico elaborado por TAZZA GUEVARA, Angelo Ruben quien solicita la obtención de su grado académico de título profesional a través de la sustentación de una tesis de tesis.

El producto académico elaborado tiene como título “Médicos y Covid-19: La identidad médica en momentos de crisis sanitaria”

Por tanto, en nuestra condición de Asesor de producto académico y de integrante de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Filosofía Educación y Ciencias Humanas respectivamente, declaramos que el producto académico de Angelo Ruben Tazza Guevara ha sido examinado con el programa antiplagio *Turnitin* para identificar su nivel de coincidencias.

El resultado que arroja el programa es de 15% de similitud, el cual proviene de fuentes de información que han sido debidamente citadas o reconocidas utilizando las normas del sistema APA.

Sin otro particular, quedo de ustedes.

Firmado en Lima, el 13 del mes de setiembre de 2023.

Atentamente,

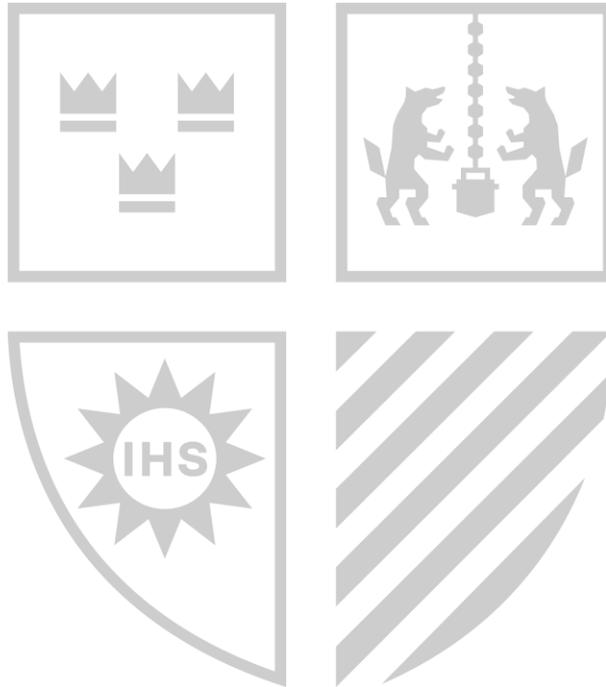
Mariela del Pilar Tavera Palomino
Asesor

Oscar Heerbert Marin Garcia
Secretario de la Comisión

*Conforme a lo establecido en el documento de identidad

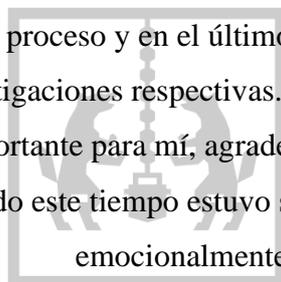
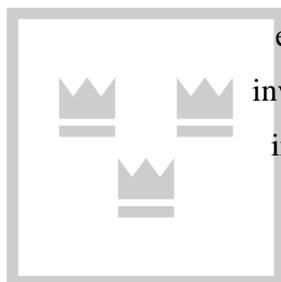
DEDICATORIA

Para todos los estudiantes que día a día
tratan de mejorarse a ellos mismos. Que
no se rinden y perseveran por sus
metas y sueños. ¡Nunca desistan!



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a mi casa de estudios, la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, por la formación que me ha brindado en todo este tiempo de estudiante. En segundo lugar, a mi asesora y compañeros de tesis que me han acompañado en este proceso y en el último año con sus propias investigaciones respectivas. Por último, y lo más importante para mí, agradezco a mi familia que todo este tiempo estuvo siempre apoyándome emocionalmente para seguir adelante



RESUMEN

Este estudio tiene como propósito explorar la identidad personal en médicos que trabajan en el área de emergencias en el contexto de la pandemia de COVID-19, buscando reflexionar sobre los discursos particulares de médicos, considerando sus percepciones y vivencias. Se utilizó una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico-hermenéutico, el cual permitió profundizar en las narrativas y posicionar al sujeto como eje central dentro de la experiencia. Se realizaron 10 entrevistas a médicos hombres (8) y mujeres (2) especialistas de entre 38 y 52 años que trabajan en un hospital de Lima en el servicio de emergencias que atendían a pacientes con COVID-19. Los hallazgos revelan que los participantes médicos se identifican a sí mismos como capaces, empáticos, diligentes y responsables al tratar a otro ser humano. Además, se halló que los participantes reconocían un cierto reforzamiento en su identidad profesional, a partir de su experiencia extrema en la pandemia. Asimismo, los resultados evidencian que las situaciones extremas de haber afrontado una pandemia en un país en vías de desarrollo han generado fuertes repercusiones a nivel de salud mental donde se hace presente el malestar psíquico con el que aún muchos de ellos lidian y no han podido aún procesar.

Palabras clave: Covid-19, crisis sanitaria, identidad profesional, médicos, salud mental

ABSTRACT

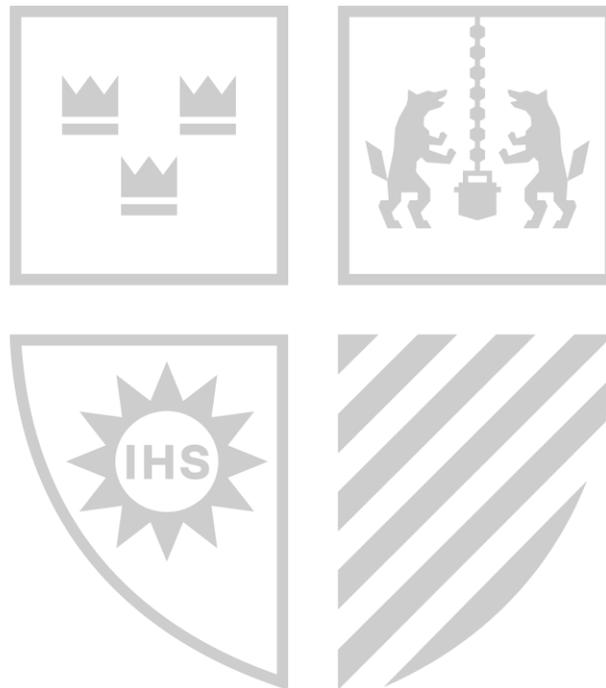
The purpose of this study is to explore the personal identity of doctors who work in the emergency area in the context of the COVID-19 pandemic, seeking to reflect on the particular discourses of doctors, considering their perceptions and experiences. A qualitative methodology with a phenomenological-hermeneutic design was used, which allowed deepening the narratives and positioning the subject as the central axis within the experience. 10 interviews were conducted with male (8) and female (2) doctors, specialists between the ages of 38 and 52 who work in a hospital in Lima in the emergency service who care for patients with COVID-19. The findings reveal that medical participants self-identify as capable, empathetic, diligent, and responsible when treating another human being. In addition, it was found that the participants recognized a certain reinforcement in their professional identity, based on their extreme experience in the pandemic. In addition to this, the results show that the extreme situations of having faced a pandemic in a developing country have generated strong repercussions at the level of mental health where many of them still have to deal with.

Keywords: Covid-19, health crisis, professional identity, doctors, mental health

TABLA DE CONTENIDOS

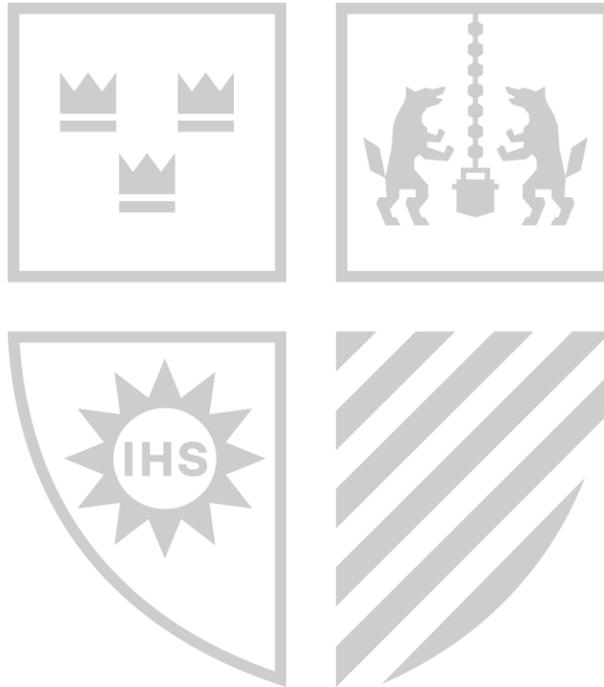
INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	17
1.1. La identidad médica.....	17
1.2. Salud mental del médico y Covid-19.....	25
1.3. Objetivos de la investigación.....	27
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
2.1. Participantes.....	29
2.2. Criterios de selección.....	30
2.3. Instrumento de recolección de información.....	31
2.4. Procedimiento	32
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	38
3.1. Dimensión individual/personal de la identidad profesional	38
3.1.1. Motivaciones personales para la elección de la carrera	39
3.1.2. Apreciación del médico sobre su especialidad	40
3.2. Dimensión colectiva/social de la identidad	45
3.2.1. Creencias del médico sobre cómo es percibido por la sociedad y el personal del trabajo	46
3.2.2. Diferencia del médico como colectivo con otros profesionales y de los emergenciólogos con otras especialidades	49
3.2.3. El rol de las instituciones en la identidad del médico.....	51
3.3. Cambios en la identidad profesional a raíz de la pandemia.....	53
3.3.1. Dificultades emocionales que conlleva la labor en pandemia	53
3.3.2. Actitudes personales reforzadas.....	56
3.3.3. Adquisición de aprendizajes técnicos para la realización de la labor.....	59
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	62
4.1 Dimensión individual/personal de la identidad profesional	62

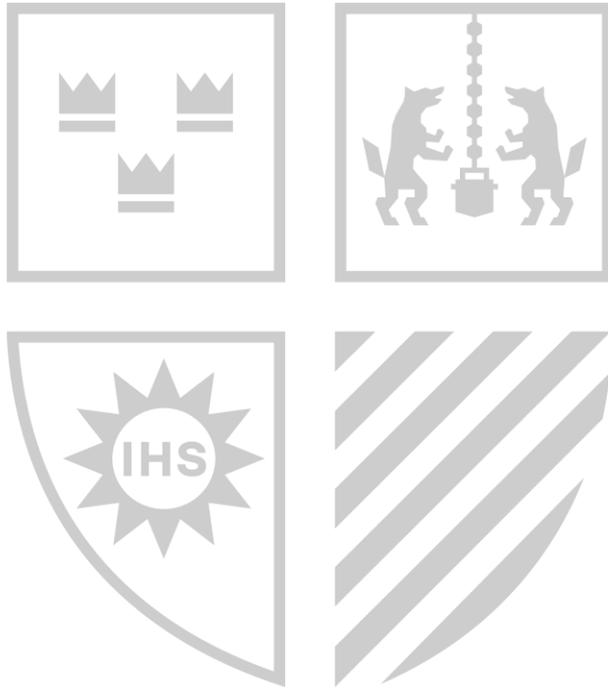
4.2. Dimensión colectiva/social de la identidad	66
4.3. Cambios en la identidad profesional a raíz de la pandemia.....	78
CONCLUSIONES	82
LIMITACIONES	86
RECOMENDACIONES.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	96
ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	97
ANEXO N° 2: GUÍA DE ENTREVISTA.....	98



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Identidad profesional	24
Tabla 2: Participantes.....	29





INTRODUCCIÓN

En este estudio se ha pretendido explorar y narrar las diferentes experiencias subjetivas relacionadas con la identidad del médico en medio de una crisis de salud pública, la pandemia del Covid-19. El estudio, que ha sido realizado con personal médico que trabaja en hospitales públicos de Lima, ha revelado un aspecto poco tratado en médicos, como lo es la identidad profesional en momentos de crisis sanitaria, y que más se ha estudiado en el campo de la docencia. Asimismo, se ha explorado cómo se vio impactada la identidad profesional a raíz de la pandemia del Covid-19 en uno de los grupos profesionales que atendió esta enfermedad tan de cerca. Como finalidad del estudio, se pretende impulsar la elaboración de políticas de servicio y atención a estos profesionales que tienen que lidiar con la protección y cuidado de la vida de otras personas. Según Maguiña (2020), la nueva enfermedad del Covid-19 ha desenmascarado la situación sanitaria en el Perú, haciendo referencia a los hospitales deteriorados, la falta de materiales, camas, laboratorios especializados, ventiladores, médicos mal remunerados, sin seguro, y falta de equipos de bioseguridad para combatir esta pandemia.

El estudio realizado en Perú en el contexto de la COVID sobre la situación de los contagios y fallecimientos de los médicos informa que los factores que influyen o determinan la propagación del Covid-19 a los trabajadores de la salud, especialmente médicos, están relacionados con errores o deficiencias administrativas, organizativas y ambientales, disponibilidad de equipos de protección personal y factores individuales (Galán-Rodas et al, 2020). Estas fallas organizacionales del sistema sanitario peruano dificultan el pleno desarrollo y cuidado de los médicos, que bajo condiciones limitadas tienen que enfrentar al Covid-19. Dado que la identidad profesional no es un componente fijo ni inmutable, sino que se haya en un proceso de construcción, puede haber ciertos cambios que se vayan dando de acuerdo con las circunstancias tanto laborales, sociales y personales que ocurran en las experiencias particulares de cada individuo.

De acuerdo con un estudio realizado por investigadores de instituciones España, Noruega, Australia y Reino Unido, sobre el impacto en la salud mental de brotes virales epidémicos en trabajadores sanitarios (Cabello & Pérez, 2020), los problemas de salud mental en este grupo ante situaciones de emergencia son elevados. Se hallan como principales la ansiedad, depresión, estrés agudo, burnout y estrés postraumático. Asimismo, se halló una relación significativa entre factores sociodemográficos y problemas de salud mental. Entre los factores sociodemográficos, se citaron la falta de apoyo social, menor experiencia en el trabajo por realizar, falta de formación para tareas muy exigentes o no contar con los recursos necesarios para trabajar adecuadamente. A esto se suma una falta de medidas de intervención por parte de las instituciones estatales para proteger la salud mental de los profesionales sanitarios (Acosta & Iglesias, 2020), a pesar de que los estudios demostraban mejoras en la autoeficacia, reducción de los síntomas de depresión, ansiedad y mejor calidad de sueño cuando existían programas de autocuidado dirigidos a estos profesionales.

Según las cifras actualizadas del Colegio Médico del Perú (CMP, 2023) hasta el 23 de mayo del 2023, se registraron 18'086 médicos contagiados, de los cuales 10 se hallaban en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), además de registrarse hasta el momento unos 581 médicos fallecidos. En el Perú, no se ha contado con estudios suficientes que dimensionen las afectaciones que los médicos pueden haber desarrollado en el plano de su salud mental. Asimismo, no ha contado con amplios estudios que documenten sobre otros aspectos relevantes a la práctica médica y a su bienestar, como es el estudio de la identidad médica, más aún en contextos de emergencia sanitaria.

En el año 2020, se generó un documento normativo para el cuidado de la salud mental de trabajadores sanitarios en el contexto del COVID-19, realizado por el Ministerio de Salud del Perú (2020). En este documento se trazó como finalidad contribuir a reducir el impacto en la salud mental del personal de salud a nivel nacional que trabajan con pacientes con o en sospecha de COVID-19, y además se trazó el objetivo de establecer una serie de procedimientos para el cuidado de la salud mental del personal de estas. Todo esto a través de una guía técnica que aborda las diversas problemáticas y escenarios que pueden darse en este contexto como el ausentismo laboral, desempeño laboral, actitud y comportamiento del personal, relaciones interpersonales, y unas pautas para el abordaje de situaciones críticas.

El estudio de la identidad profesional se hace relevante por el hecho de que el país ha vivido una situación crítica a nivel nacional sanitario. Las crisis son parte del

proceso de construcción de la identidad, en todo ámbito. Ha resultado relevante analizar cómo la identidad profesional al ser una variable en constante construcción y afianzamiento puede haberse visto afectada, reformulada, reforzada o puesta en cuestión en una situación extrema como la crisis del COVID 19.

Además, la investigación en la identidad profesional ha cobrado especial importancia ya que ésta tiene mucha relación con el quehacer del médico y los recursos con los que cuenta para atravesar diversas situaciones laborales. Así pues, el estudio de la identidad profesional tiene ese énfasis en cómo el médico se define como profesional, está influida por lo que el médico hace en el día a día y lo que le devuelve el entorno y cómo una situación tan crítica como la crisis sanitaria puede haber insertado nuevos elementos o movimientos en la definición que cada médico tiene de sí mismo.

La identidad profesional se desarrolla en un ámbito personal y social. En el primero incluye el sentido de las experiencias propias vividas, los sentimientos y las necesidades propias de cada individuo, y las creencias en torno al actuar profesional. En el segundo, se encuentra el aspecto laboral del profesional, que se va desarrollando desde los primeros pasos en la práctica de su profesión, el sentido de pertenencia y diferenciación con otras profesiones, sumado de las interacciones sociales y retroalimentaciones que de estas recibe (Gewerc, 2001). Además, las influencias del entorno van moldeando cada vez más a este sujeto y cómo se percibe a sí mismo.

Algunos de los rasgos más importantes en la identidad profesional tienen que ver en cómo el individuo se define a sí mismo con relación a su profesión, las experiencias y sentimientos que vivencia al ejercer su labor, las relaciones personales con las personas con las que trabaja y las expectativas que tiene tanto de él mismo como de la institución. En este aspecto, puede plantearse una relación importante entre la salud mental y la identidad profesional. La literatura nos habla de problemas psicológicos a los cuales los médicos de emergencias se encuentran expuestos, estos pueden ser ansiedad, depresión, estrés laboral, síndrome de burnout y estrés postraumático. En este sentido, puede inferirse que un médico que tenga que lidiar con algún trastorno de salud mental va a verse limitado de poder rendir al máximo en sus capacidades como profesional. Las dificultades emocionales con las que tienen que lidiar ante circunstancias extremas, como las del COVID-19, pueden generar problemas al momento de lidiar con los pacientes o familiares, desgano para realizar su trabajo y a la larga una pobre imagen de sí mismo, lo cual repercute en su identidad profesional.

La identidad profesional del médico, el tema principal de esta tesis, cumple la finalidad de evaluar el accionar del médico, evaluar cómo este está percibiendo su contexto, es decir, los aspectos más organizacionales o institucionales de su labor. Resulta, esta identidad, un aspecto trascendental y con cierta estabilidad en el tiempo (Bolívar et al, 2005), pues es la historia que el profesional se cuenta a sí mismo, su propia interpretación de lo que fue, es y hace, similar a lo que ocurre en la adolescencia cuando nos surge la pregunta de quiénes somos y qué no somos (de Garabindo, 1993). Es importante tener claro la integración de esta identidad, de modo que dé cierta continuidad psicológica, lo cual es fundamental para la sobrevivencia psíquica de estos profesionales, que le permita ser resiliente ante las vicisitudes de las exigencias sociales y laborales del contexto que tienen una fuerte influencia sobre esta identidad (Iñiguez-Rueda, 2001).

Estudiar la identidad profesional representa las experiencias vitales del sujeto y su historia de profesión como también cierta historia de vida. Los médicos fueron de los profesionales más impactados en la pandemia y en este contexto de crisis sanitaria se hace relevante el estudio porque el contexto influye significativamente en la construcción de la identidad profesional, y esta crisis ha supuesto un impacto disruptivo en las personas y en especial los médicos que han vivido de cerca la primera línea de atención, las constantes situaciones violentas y agresivas, las muertes, el afrontamiento a un virus nuevo y el estrés en gran medida que la incertidumbre de esta pandemia supuso.

De acuerdo al estudio realizado por Bruce et al (2020) sobre la pandemia en la sociedad peruana, el COVID-19 ha traído un periodo de crisis nacional, repercutiendo en casi todas las esferas del estado como la economía, la educación, el trabajo, y sobre todo la esfera de la salud. El sistema de salud pública ya se hallaba en crisis y, sumando la pandemia, la situación se ha vuelto más crítica. Como se mencionaba anteriormente, los hospitales excedidos en su capacidad de atención a personas contagiadas, la escasa implementación de medidas preventivas y utilitarias por parte del gobierno y de las esferas administrativas, y la sobre demanda de profesionales capacitados para tratar pandemias como el Covid-19 han resultado ser factores limitantes para todos aquellos trabajadores del campo de la salud que buscan lidiar con esta enfermedad.

De acuerdo al estudio de Acosta e Iglesias (2020), los médicos han experimentado un nivel elevado de estrés y angustia al tratar la pandemia, así como síntomas depresivos, ansiedad, insomnio, enojo y miedo. Esto los coloca en una situación vulnerable, que puede traer problemas de salud mental que afecten su capacidad de toma de decisiones y que los deshabilite de poder trabajar de la manera esperada. Además, El

Perú ha sido un país fuertemente golpeado por la pandemia, al punto de llegar a tener la mayor tasa de mortalidad de COVID-19 en el mundo, con más de 6070 fallecidos por cada millón de habitantes de acuerdo a un recuento de la AFP basado en datos oficiales (Agencia AFP, 2021). Estos datos se justifican en el precario sistema de salud que tiene el Perú y que ahora, en plena crisis sanitaria, ha sido perjudicado por la sobredemanda de personal, infraestructura, camas UCI, y demás material de emergencias.

De manera paralela, la identidad profesional del médico, como proceso que se va forjando con el quehacer del profesional a lo largo del tiempo y el contexto social en el que el profesional se desenvuelve (Bolívar et al., 2005), ha enfrentado nuevos retos y exigencias en este contexto de pandemia. Retos sobre todo a nivel psicológico y emocional derivados de la incertidumbre, el temor al contagio, el estrés laboral, que han implicado diversas adaptaciones y aprendizajes e incluso, la toma de decisiones complejas o difíciles con mayor frecuencia. Esto debido a que los médicos son quienes se hallan en primera línea para tratar esta enfermedad y, a su vez, asumen el riesgo de estar expuestos y contagiarse o contagiar a otras personas.

De este modo, en el estudio realizado por Siccha (2015) sobre la identidad profesional y desempeño laboral del profesional de Enfermería en un hospital de Chachapoyas, se encontró que una identidad profesional positiva o sólida “facilita el incremento de la calidad de los beneficios de los usuarios” (p. 14); mientras que un desarraigo profesional o desmotivación de la labor genera un impedimento en la calidad de atención a los pacientes y familiares. Así mismo, el estudio realizado por Zapata (2008) sobre la crisis del profesional de enfermería en la ciudad de Medellín, Colombia, ha concluido que la falta de una adecuada identidad profesional de las enfermeras generó que los servicios de salud, en el área de las enfermeras, presente obstáculos en brindar un cuidado de calidad de la salud de los usuarios.

Esta crisis tuvo como causa la inequidad y mala distribución de la fuerza del trabajo en enfermería, la sobrecarga laboral, condiciones desfavorables de contratación y la desmotivación laboral de las enfermeras. Así pues, esta crisis de identidad de las profesionales enfermeras se reflejó en insatisfacción, abandono de cargos, escasez de los recursos humanos y la disminución del cuidado de calidad (Zapata, 2008). De esta manera, se podría inferir que la definición que uno tiene de sí mismo como profesional tiene una influencia sobre cómo se comporta. De ser esta concepción negativa repercutirá en un comportamiento negativo, y del mismo modo ocurrirá si esta percepción es positiva.

Así pues, para fines de esta investigación de corte cualitativo, se requiere comprender a profundidad cómo perciben la identidad profesional cada uno de los profesionales de la salud en base a una entrevista a profundidad sobre los diversos componentes que la fundamentan como la propia trayectoria personal, las motivaciones para la elección de la carrera, las experiencias en el campo de la formación y el quehacer diario, a lo que se enfrenta diariamente y cómo lo vivencia, las demandas emocionales que supone su trabajo, cómo se siente percibido el médico por la sociedad y qué cree el médico que se espera de él, la identificación y diferenciación con otras profesiones, el rol de las instituciones sobre su identidad, y por último los cambios que considera el médico que han ocurrido en su identidad, todo esto en el contexto de la pandemia.

De este modo, con la finalidad de explorar la identidad profesional del médico en medio de una crisis sanitaria, se ha pretendido responder a la pregunta exploratoria: ¿cómo es la identidad profesional del médico de emergencias que ha atendido de manera presencial a pacientes con COVID-19 en el contexto de la pandemia? La identidad profesional del médico en el plano personal y social se hace relevante para entender esta pregunta. Asimismo, la descripción la identidad profesional del médico en relación con el plano laboral y contextual en el que se desenvuelve, en este sentido ¿cómo es la identidad profesional del médico en el plano personal y social? Y ¿cómo es la identidad profesional del médico en relación al plano laboral y contextual en el que se desenvuelve? Finalmente, la descripción de los cambios en la identidad producidos por la pandemia desde la percepción de los participantes, es decir, ¿cuáles son los cambios en la identidad producidos por la pandemia desde la percepción de los médicos de emergencias que han trabajado en primera línea con el COVID-19? Con todo ello, se ha podido comprender de manera más profunda los aspectos de la identidad profesional en estos médicos que trabajaron en primera línea contra el virus del COVID-19.

CAPÍTULO I: REVISIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La identidad profesional no solo ha sido un componente estudiado en este campo, sino también en otras profesiones, por lo cual resulta importante evaluar los diversos estudios que hay sobre esta. Antes de abordar específicamente el tema de la identidad profesional del médico y la descripción de ésta en el contexto de la crisis sanitaria, es importante identificar en esta revisión teórica los estudios previos sobre el contexto laboral y trabajo profesional del médico, con los desafíos que tiene que lidiar y la relación que puede haber entre la salud mental y su trabajo.

1.1. La identidad médica

Hirsh (2013) nos señala que la identidad es un proceso dinámico y activo que sirve para asumir una idea de sí mismo y de las representaciones que se construyen al estar inmerso en una comunidad, puesto que se construye dentro de la interdependencia respecto de los grupos sociales de los que forma parte, teniendo al propio sujeto como un protagonista importante, configurando la interrelación entre sujeto, sociedad y cultura. Durante el trayecto formativo, la vida escolar permite al sujeto remitirse a referentes individuales y colectivos que habrán de aportar elementos importantes para la configuración de su propia identidad. De acuerdo con Monereo & Domínguez (2014), la identidad implica un modo de sentir, comprender y actuar en el mundo en donde se integran factores sociales y personales; es decir, una representación autorreferencial formada por atributos cognitivos y emocionales que se perciben como propios y que dan cierta estabilidad y continuidad a la vida profesional.

De este modo, si bien la identidad es un proceso dinámico y activo, de construcción constante, le da al sujeto cierta estabilidad y continuidad a su vida. En ese sentido, la consolidación de la identidad profesional se logra con el descubrimiento que el profesional realiza de sus ideas básicas y creencias acerca de sí mismo, la situación con

los demás profesionales, las concepciones y autopercepciones en torno a la tarea que realiza o a su rol profesional (Hirsch, 2013). Además, la interacción con otros actores y contextos, le otorga un sentido más amplio y un significado más profundo a su identidad. Esto se logra a través de una reconstrucción de la historia de vida, la identificación y diferenciación con otras disciplinas y la consolidación de su identidad del profesional (Zanatta et al, 2010). En síntesis, el sujeto no terminaría de definirse a sí mismo sin una clara representación de lo que su profesión le concede y de lo que la vuelve diferente a las demás.

Por otro lado, Briggs, citado en Ruvalcaba-Coyaso et al. (2011), define la identidad profesional como la percepción de autoimagen y autoeficacia en relación al propio contexto laboral. Esta identidad se percibe como central en el sentimiento individual de pertenencia, y se desarrolla en base a las interacciones con otros en el contexto de trabajo y el lugar donde se desenvuelve. Gewerc (2001) señala que el término de identidad profesional tiene múltiples aproximaciones, tanto en lo social, profesional y personal; pero que una dimensión principal es la social, la cual señala el proceso de socialización del individuo dentro del campo laboral de su profesión, que le da una idea sobre la comprensión del mundo y lo que él es en cuanto a lo que realiza y lo que recibe de retroalimentación de los demás. Podemos notar que ambos coinciden en que esta identidad está relacionada a lo personal pero que también se halla inmersa en un contexto; por un lado, Ruvalcaba-Coyaso et al. (2011) la ubica en lo laboral, y, por otro lado, Gewerc (2001) en lo social y profesional, siendo este último ámbito similar al laboral.

Cuando se habla de la identidad profesional, Dagfal (2014, p.98) señala que, “se está haciendo alusión a una dimensión colectiva que implica la autorrepresentación de un grupo profesional, es decir, a la idea que determinados profesionales se hacen de sí mismos”. Además, el mismo autor señala que esta identidad se halla en movimiento, no es estática, sino dinámica, formada tanto por “mitos y olvidos, con exaltaciones de ciertas regiones del pasado y con zonas menos nítidas” (Dagfal, 2014, p.98). Así pues, esta memoria que hemos formado en conjunto con el colectivo en el que nos desarrollamos, responde a las preguntas de “¿qué somos?”, “¿a qué nos dedicamos?”, “¿cuáles son nuestras prerrogativas?”, “¿qué filiaciones reconocemos?”, “¿quiénes son nuestros aliados?”, “¿cuáles son nuestros rivales?” (Dagfal, 2014, p.98), y son estas preguntas las que guían el actuar del profesional.

De acuerdo con Hirsch (2013), la identidad profesional es considerada una de las dimensiones de un macro-concepto, el cual es la identidad. Esta identidad profesional,

nos dice la autora, se sitúa entre dos dimensiones, la social y la personal. Según esta autora, la dimensión social permite al individuo situarse en un sistema más amplio y poder ser identificado por otro, a la vez que diferenciado. La identidad profesional es una construcción compuesta de un proceso biográfico y subjetivo continuo, lo cual involucra el aspecto personal, y las relaciones interpersonales en suma con los modelos profesionales que vamos adquiriendo. Dichas características nos permiten, de este modo, identificarnos y diferenciarnos de otros miembros de la misma profesión.

De un modo similar, Bolívar et al (2005) mencionan que la identidad profesional se encuentra entre la identidad social y personal. La identidad social es una forma de definición social de un individuo que le permite encajar en un sistema social e identificarse con otros, en una relación de identificación y diferencia. Así pues, Dubar (citado en Bolívar et al., 2005) la define como el resultado de varios procesos de socialización, estables o temporales, individuales o colectivos, subjetivos u objetivos, biográficos o estructurales, que, en conjunto los individuos forman y definen las instituciones. De esta manera, tanto el rol personal como social van a ser indispensables para formar aquello que se denomina la identidad profesional, esto en base a una construcción del sujeto sobre aquello que ha vivido y ha tomado como parte de sí, y también como partes que no reconoce de sí mismo.

De este modo, se puede concluir que la identidad profesional es un fenómeno social, pero que a la vez rescata lo personal, y que se construye en el proceso de socialización en un contexto dado de la carrera que uno ha decidido seguir, y empieza por la imagen que los jóvenes se hacen en el centro de estudios donde se forman y que van desarrollando con más fortaleza al momento en que trabajan en su campo. Es en relación con el contexto laboral y la retroalimentación que reciben de sus colegas y de las personas con las que se trabaja, así como el propio autoconcepto y qué tan capaces se sienten en lo que hacen, como esta identidad va cobrando un sentido. No se puede dejar de lado el ambiente laboral e institucional donde este profesional se desarrolla, pues también tiene un impacto en cómo este se percibirá a sí mismo en su ámbito laboral y humano.

Rodriguez (2020) realiza una diferenciación entre lo que es la identidad personal, la identidad social, la identidad cultural y la identidad profesional. En esta línea, señala que cuando hablamos de identidad personal hacemos referencia a las condiciones definidas por la continuidad psicológica entre etapas individuales relacionadas con la duradero en el tiempo, en otras palabras, podría entenderse como al sentido que da cada persona a su ser único y las diversas experiencias que se han vivido, diferente al de los

demás, y que se mantiene en el tiempo. La identidad social, de acuerdo con este mismo autor, serían aquellos aspectos de la persona basados en la pertenencia a grupos sociales, además de sus aspectos psicológicos, emocionales y los medios de socialización primarios (como la familia, escuela, y otras instituciones con influencia sobre el individuo).

Por otro lado, la identidad cultural vendría a ser aquellos aspectos en los que la persona se ve introducida como la cultura, la lengua, los ritos, las relaciones sociales, las creencias, los sistemas de valores y los comportamientos colectivos (Rodríguez, 2020). Finalmente, la identidad profesional es definida por este autor como un conjunto de hábitos que una persona ha adquirido dentro del espacio de su trabajo. A esto se suma la experiencia laboral y es en gran parte definida por la identidad personal, la cual se va formando desde la escuela (con la vocación), se fortalece en la formación profesional y se consolida en el propio ejercicio de la profesión.

En este sentido, podríamos tomar el concepto de Orozco et al (2019) para definir la identidad como una construcción social que permite a los sujetos definirse a sí mismos a través de un proceso de diferenciación y adquisición de formas socialmente aprobadas que son producto de interacciones sociales entre el sujeto y los otros; lo que permite su papel profesional dentro de un grupo de pertenencia en una realidad determinada. Así mismo, Orozco et al (2019) expone los 4 elementos que componen la construcción de la identidad profesional: historia de vida, formación, interacciones sociales y entorno.

La historia de vida del sujeto se haya ligada a experiencias personales, motivaciones personales, tiene que ver también con la orientación vocacional, los valores y expectativas del sujeto. Por otro lado, se hayan las interacciones sociales que tienen que ver con los diferentes espacios donde se ubica el sujeto, tales como los compañeros de formación, docentes, personal de trabajo y médicos formadores. Del mismo modo, se haya el entorno institucional o familiar que se vincula con las experiencias con los padres (regularmente familia de médicos), enfermedades en el entorno familiar, o desde la escuela que en algunas personas ya puede verse una inclinación hacia las ciencias biológicas. Por último, la formación, que refiere al cómo se va logrando una representación del sí mismo al identificarse con personas, valores y comportamientos a través de la representación de la propia profesión, integrando así factores personales y sociales que se perciben como propios, y que dan estabilidad y continuidad a la vida profesional.

Del mismo modo, Moreno et al (2018) describen los componentes de la identidad profesional del médico en cuatro:

- **Motivaciones del sujeto:** son identificadas a través de las creencias acerca de la razón de ser médico, de las características e historias familiares y de las experiencias con la enfermedad (inicio de la construcción de la identidad médica).
- **Contextos sociales:** Las interacciones que viven los médicos durante su estancia universitaria y su estancia en contextos hospitalarios; estos momentos son los que van a moldear la identidad profesional. Su labor en distintas instituciones.
- **Sentimientos individuales:** Significado emocional y valor que tiene para él/ella la pertenencia al grupo profesional y la labor realizada
- **El desarrollo de su labor:** Mediante el desarrollo de su labor, el médico buscará adquirir conocimientos nuevos del proceso salud-enfermedad y esa búsqueda de alternativas lo limitará o lo impulsará, posibilitando la reconfiguración de su identidad

Se puede hablar, además, de la identidad profesional como un concepto que ha sido estudiado con mayor énfasis en el ámbito de la docencia (Hirsch, 2013). De acuerdo con Prieto (2018), la identidad profesional del docente no es alcanzada una vez que se gradúa y obtiene el título de profesional, sino que es más bien un proceso de construcción tanto individual como colectiva permanente, además de ser un proceso complejo y dinámico, el cual se ejecuta constantemente durante todo el tiempo que el docente dedica a su trabajo. Esto le permite configurar las representaciones subjetivas y colectivas en relación con su profesión.

En este sentido, la conclusión del trabajo de Bolívar et al (2005) sobre la crisis de identidad profesional del profesorado de Secundaria en España concluye que ésta se manifiesta de diversas formas: por un lado, las representaciones de los docentes sobre la profesión, por otro lado, las imágenes percibidas, o que creen que son percibidas por los otros, asimismo, las repercusiones de estas representaciones sobre las actividades que realizan como docentes y las concepciones de los saberes profesionales.

En el caso de estos docentes, el estudio halló que los cambios exigidos desde un componente externo a los docentes, en este caso el escenario de la reforma de la

Educación Secundaria en España que suponía que toda la población escolar accedería a los centros hasta los 16 y que estarían al cargo los docentes de Bachillerato supuso que estos docentes entren en una crisis en la cual se vieron exigidos a recomponer su identidad de “magister” a “educador” (Bolívar et al, 2005). Esto debido a que los docentes de Bachillerato no estaban acostumbrados a tratar con alumnos tan jóvenes y que no tengan la voluntad de continuar con sus estudios, como sucedía cuando estudiaban el Bachillerato (que no era obligatorio). De este modo, “la reestructuración de la escuela secundaria demanda, al mismo tiempo, una reestructuración de la propia identidad profesional” (Bolívar et al, 2005, p. 21).

Por otro lado, como mencionan Cervantes y Dengo (2019), la identidad profesional docente es descrita como un proceso dinámico que se halla continuamente en construcción con el pasar del tiempo. No se logra de una manera automática, sino que se forma a raíz de interacciones complejas entre lo individual y social. Por un lado, el lado individual del docente se verá influido por los elementos personales, como la motivación, la autoimagen, y lo que espera del futuro, así como también su historia de vida y las experiencias que ha tenido. Por otro lado, en lo social, se da la interacción de lo social-cultural y los espacios educativos, de trabajo e institucionales. Es en el desarrollo de la vida del docente y sus diversas experiencias que va forjándose esta identidad.

En el campo de la enfermería, también se ha trabajado sobre este constructo. En el trabajo de Lima et al (2020), se buscó analizar el proceso de construcción de la identidad profesional en estudiantes de enfermería durante su formación profesional. Este estudio concluyó que la construcción de identidad profesional en los estudiantes se relacionaba al grado de satisfacción y aprecio que tenían por sus docentes, así como también al apoyo que percibían de su universidad con respecto a su carrera, también a la experiencia de prácticas pre profesionales en algún centro clínico u hospitalario, así como a las expectativas que tienen a futuro sobre su carrera y el grado de aceptación que perciben de las demás personas.

De acuerdo al trabajo de investigación realizado por Dreyer (2016) sobre el proceso de construcción de la identidad profesional del médico del primer nivel de atención, de cómo impactan los cambios sociales, tecnológicos y políticos que atraviesa, concluye que esta identidad profesional se halla muy relacionada al aspecto del entorno y las organizaciones. Esto permite considerar que el lugar de trabajo, así como el ambiente laboral con los diversos compañeros, va a influir significativamente en cómo este profesional se siente con respecto a su identidad. La lógica de los sistemas de salud puede

influir en cómo el médico genera su identidad profesional. Esto puede llevar a pensar que un sistema de salud deficiente ocasiona problemas para formar una identidad profesional sólida, puesto que este no brinda seguridad al médico ni genera en él un compromiso mayor para el desempeño de su profesión, aunque también puede tener un efecto para el desarrollo de la resiliencia, como se señala en el estudio de Pons & Carrasquero (2010), en el cual se aprecia una correlación moderada entre la fatiga que viven los médicos residentes al pasar por periodos de fatiga y adversidades, y el desarrollo de habilidades resilientes, lo cual hace más relevante el estudio sobre la identidad profesional en medio de una crisis sanitaria.

Como conclusión, se puede afirmar que diversos autores coinciden en atribuir a la identidad profesional la influencia de factores sociales y personales, además de una función en la sociedad como la carrera que se desempeña y que esta va desarrollándose en las ideas propias que tiene el individuo sobre sí mismo, como también por la retroalimentación que obtiene de su sociedad sobre el ejercicio de su profesión. De este modo, para esta investigación se ha utilizado una definición de identidad profesional que comprenda el conjunto de hábitos que una persona ha desarrollado en el espacio de su trabajo (Rodríguez, 2020), la definición propia de cada individuo sobre quién es y qué hace en su profesión (Dafgal, 2014), los aspectos identitarios y de diferenciación con otras profesiones (Hirsch, 2013), la percepción de autoimagen y autoeficacia en relación al propio contexto laboral (Ruvalcaba-Coyaso et al., 2011), el proceso complejo y dinámico de construcción tanto individual como colectivo que el individuo ha ejecutado constantemente durante el tiempo que ha desarrollado su profesión (Prieto, 2020) y , por último, el proceso de socialización del individuo dentro del campo laboral de su profesión (Gewerc, 2001).

En síntesis, en la parte personal hallaríamos las experiencias propias del sujeto y los sentimientos que evocan en él en relación a su profesión, las características individuales y actitudes personales con las que se identificó para la elección de su profesión y especialidad y el sentido subjetivo que encuentra de su trabajo. Por otra parte, en el ámbito social, encontramos lo relacionado a las creencias del médico sobre cómo considera ser percibido en relación a su trabajo, su sentido de pertenencia y diferenciación en torno a otras carreras y especialidades, y la dinámica de estos con su entorno laboral-institucional. Todo esto en relación a cómo los médicos han vivenciado la pandemia del COVID-19 y todo lo que les ha emergido al lidiar con ella.

Se podría, así, evaluar la identidad profesional entre ambas esferas: lo personal y social y definirla de la siguiente manera:

Tabla 1: Identidad profesional

Identidad personal	Identidad profesional	Identidad social
<ul style="list-style-type: none"> - Conjunto de características propias de una persona (como sus actitudes y habilidades, su carácter, su temperamento, sus virtudes y sus carencias) que le permite reconocerse como un individuo diferente a los demás - Concepto que cada individuo tiene de sí mismo; se construye en función de lo que cada persona percibe, sabe y tiene conciencia de que es, y la distingue del resto. - La imagen que cada uno tiene de sí mismo y que lo lleva a reconocerse como alguien diferente de los demás - Individual, dinámica, abarca diversas dimensiones de la persona. - Proceso por el cual damos sentido a nuestro propio ser y nuestra historia de vida. - Autobiografía 	<ul style="list-style-type: none"> - Descubrimiento que el profesional realiza de sus ideas básicas y creencias acerca de sí mismo - Concepciones y autopercepciones en torno a la tarea que realiza o a su rol profesional - Interacción con otros actores y contextos, otorgándole un sentido más amplio y un significado más profundo - Reconstrucción de la historia de vida - Identificación y diferenciación con otras disciplinas o profesiones - Se construye a partir de las relaciones que se generan en el ambiente laboral; está en función de las vivencias de su entorno - Definición de sí mismo en función de un cargo o posición en una determinada organización, o en función de la pertenencia a una categorial social labora 	<ul style="list-style-type: none"> - Asumir un conjunto de rasgos o atributos propios de determinados grupos sociales y que le permiten pertenecer o sentirse afín - Autoconcepto que cada individuo hace de su "yo" o "self" en cuanto a los grupos sociales a los que pertenece, con lo que se identifica e incluso la autoestima que posee. - Forja o define el concepto que tiene el individuo de sí mismo y de su lugar en la sociedad - Permite que cada individuo pueda realizar un autorreconocimiento del lugar que ocupa en cada grupo social al que pertenece o se ha integrado y el porqué. - Reconocimiento de cuáles son aquellos valores, creencias, estereotipos, gustos, grupo social, poder adquisitivo, prejuicios, género, entre otros aspectos, que comparten e incluso los diferencia de otras personas.

1.2. Salud mental del médico y Covid-19

De acuerdo con el estudio realizado por Marcillo y Peñaloza (2020, p. 8) sobre médicos que trabajan en el área de emergencias, estos se hallan “constantemente bajo trauma psicológico debido al encuentro con pacientes críticos, mortalidad y violencia, que pueden afectar su salud mental y física”. Asimismo, se señala que el agotamiento y la sobrecarga laboral, sumado al estrés de tomar decisiones ante la vida y la muerte del paciente, los condiciona a desarrollar trastornos psicológicos como el burnout, ansiedad y/o depresión con mayor frecuencia. Además, Stehman et al. (2019) mencionan que existe una baja probabilidad de que estos médicos que se encuentran agotados busquen asistencia profesional y en vez de esto, podrían lidiar con estos problemas a través del abuso de sustancias, la depresión y/o desarrollar algún síndrome como el estrés postraumático o pensamientos suicidas.

Del mismo modo, un artículo titulado “La crisis y la salud: ¿La salud y la crisis? (Thielmann & Illnait, 2012) publicado en la Revista Cubana de Salud Pública, explora la relación existente entre la salud mental y la medicina en contextos de crisis como la económica y financiera que se experimentó globalmente durante la primera década del siglo XXI. En este estudio, se plantea que las condiciones laborales y sociales como el desempleo, los bajos ingresos, la inseguridad social y la pobreza tienen un detonante significativo en la vulneración de la salud de quien se halla inmerso en ese contexto. Esto se da debido a que los sistemas de salud modernos dependen de un estable y sólido financiamiento para su mantenimiento y desarrollo de tecnología médica, así como por el material sofisticado y la formación de médicos especializados (Thielmann & Illnait, 2012). Esto permite una reflexión sobre la situación que vivía el médico en el Perú previo a la pandemia, con infraestructuras de hospitales precarias o herramientas y aparatos tecnológicos escasos, del mismo modo poca prevención y descuido en la exposición de la salud mental del médico, lo que en suma deviene en mayores problemas para el personal de salud y el riesgo de afectar de mayor grado su salud psíquica.

Con respecto al estudio realizado por Torres García (2020) sobre la salud psicológica de los médicos peruanos, se indica que la pandemia ha ocasionado mayor saturación de trabajo en el personal de salud, puesto que ya no solo los trabajadores deben cuidarse de no contagiarse sino también de no padecer del síndrome de burnout, que puede impactar negativamente a la fatiga, el estrés, la ansiedad, la depresión, el estado de

ánimo, el suicidio, la mala calidad de la atención al paciente, la jubilación anticipada y el despido inesperado. De este modo, se puede comprender el hecho de que la crisis sanitaria de ahora complejiza el problema tomando en consideración los diversos factores estresantes con las que ya tiene que lidiar el médico como parte de su profesión misma. Y esta crisis, como la que se vive en Perú, solo desenmascara la precariedad en la que muchos médicos trabajan y que ahora tienen que lidiar con más trabas en su jornada diaria (Liu & Hu, 2020).

Resulta relevante, de este modo, explorar la identidad profesional de los médicos en un momento en el cual atraviesan problemas sociales, políticos y de salud mental. Estos médicos que trabajan en el área de emergencias se ven expuestos a un trabajo en condiciones de vida o muerte, donde llegan los casos que requieren una acción y toma de decisiones inmediatas, puesto que la vida del paciente se haya en gran riesgo la mayor de las veces. Es desde el área de emergencias donde se derivan a los demás especialistas según el triaje expedido del médico en su análisis del caso particular. Así pues, un elemento clave de la identidad es que situaciones extremas pueden generar un cambio en la misma y virarla hacia una reconstrucción de su identidad más negativa o positiva, dependiendo de la persona y sus circunstancias (Bolívar, 2006). Como base fundamental de este estudio, la pandemia ha supuesto una nueva epidemia a la cual todo el mundo ha tenido que confrontar. No ha podido ser ajeno a nadie y este trabajo implica entender cómo la relación entre la identidad profesional del médico ha sido influenciada por esta situación crítica que ha supuesto para la salud pública y privada lidiar con el COVID-19.

De acuerdo con lo mencionado en la revista del Colegio Médico del Perú en la investigación de Maguiña (2020), la pandemia ha desvelado las pésimas condiciones de salud en el Perú, las cuales se exponen de manera cruda y real: hospitales en ruinas, falta de materiales, laboratorios especializados, camas, ventiladores, especialistas y ancianos abandonados, donde los médicos están mal pagados y no tienen seguro como nunca antes. Existe una falta de equipos de bioseguridad para combatir este nuevo flagelo. Ponce de León (2021), en su investigación sobre el sistema de salud en el Perú y el Covid-19, nos habla sobre cómo se encontraba este antes de que llegue la pandemia. El Perú contaba, pues, con 133 camas UCI, a inicios de abril del 2020, y ya en el 2021, con esfuerzos del gobierno se logró aumentar este número a 2000 camas UCI para febrero de ese año. Sin embargo, aún con ese aumento, el Perú, que contaba con 6 camas por cada 100'000 habitantes, seguía con un número muy inferior de los países vecinos como Colombia (18) y Argentina (14).

En el artículo “Emergenciólogos: La lucha durante la pandemia contra la Covid-19”, Alonso Rivas (CMP, 2022), se registraron que hasta julio del 2022 fallecieron 573 médicos en el Perú, y que estos médicos, quienes estuvieron en la primera línea, estuvieron expuestos a diversas circunstancias extremas para el desempeño de sus funciones, como a mayor riesgo de infección, jornadas laborales extensas (muchas veces sin el equipo de protección personal apropiado), enfrentando angustias como las de lidiar con familiares de pacientes hospitalizados y que no podían recibir visitas o la de comunicar los decesos a los familiares, agotamiento ocupacional y la incertidumbre de no saber cuándo ni cómo se desarrollaría la pandemia. El temor, la ansiedad y la depresión no son sentimientos ajenos a estos profesionales, y muchos de estos fueron proclives a experimentar estas emociones y enfermedades puesto que la gran cantidad de fallecidos y el alto índice de contagio era con lo que lidiaban diariamente. Sin embargo, a pesar de todas estas circunstancias que exigían un sobreesfuerzo en estos médicos, asumieron su rol como bien se lo dicta su profesión.

1.3. Objetivos de la investigación

Como objetivo general de esta investigación, se pretende explorar la identidad profesional de médicos emergencistas que atienden presencialmente en el contexto de COVID 19. En ese sentido, como objetivos específicos, se procura describir la identidad profesional del médico en el plano personal y social. Por otro lado, como segundo objetivo específico, se busca describir la identidad profesional del médico en relación al plano laboral y contextual en el que se desenvuelve. Por último, como tercer objetivo, describir los cambios en la identidad producidos por la pandemia desde la percepción de los participantes.

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Se optó por el enfoque cualitativo, el cual se fundamenta en que no existe una realidad social única, más bien, variadas realidades construidas desde la óptica personal de cada uno de los individuos (Lomas et al, 2019). Por ende, este trabajo busca evaluar las diversas percepciones de identidad profesional de los médicos que han tratado el COVID-19 directamente en diversos centros hospitalarios. De este modo, no se buscó generalizar las respuestas brindadas por los médicos sobre su identidad profesional, sino que se extrajo de cada experiencia particular un conocimiento que luego pudo ser discutido en relación con las diversas expresiones de cada participante en esta investigación.

Con respecto al paradigma usado, se optó por el fenomenológico-hermenéutico, el cual es descrito por Fúster-Guillén (2019) como un diseño que nos permite interpretar y detallar la esencia de las experiencias vividas desde la perspectiva del participante con respecto a un fenómeno en particular, en este caso la identidad profesional. Un concepto como el de identidad profesional cumpliría con el objetivo del paradigma, el cual “es la comprensión de la experiencia vivida en su complejidad; esta comprensión, a su vez, busca la toma de conciencia y los significados en torno del fenómeno” (Fúster-Guillén, 2019, p.202). Este diseño buscó, pues, desde la perspectiva del investigador, interpretar la esencia de las diversas percepciones que cada médico tuvo sobre su identidad profesional en un contexto en el cual afrontaron directamente el Covid-19 y se pretendió comprender cómo cada uno ofrece un significado a esta experiencia.

Resultó útil, de este modo, poder construir la investigación en conjunto con los participantes, y además permitió que la investigación quede abierta y flexible a modificaciones en el transcurso de las entrevistas según las nuevas ideas o formas de percibir la identidad de los mismos sujetos. Así pues, se pretendió obtener una investigación que reduzca los posibles sesgos del investigador y que responda más a las cualidades particulares que amerita la investigación.

Por último, se pretende que este estudio permita el registro de una investigación desarrollada con médicos que atendieron la pandemia del COVID-19 con respecto a sus vivencias y a lo que experimentaron en el trabajo durante ese periodo. Podrá ser de utilidad también para futuros trabajos que quieran emprender alguna investigación de corte cualitativo relacionada al COVID-19 en el Perú, y los trabajos que exploren sobre la identidad profesional en médicos u otras profesiones.

2.1. Participantes

Los participantes fueron médicos que atendieron en primera línea los casos de COVID-19 en el hospital Rebagliati, el cual es el más grande y desarrollado del Perú, y uno de los más importantes a nivel de Sudamérica. Este hospital ha atendido pacientes con COVID-19 desde el inicio de la pandemia y ha sido uno de los más demandados para su atención. Estas entrevistas se realizaron en el periodo de septiembre a octubre del año 2021. Se realizaron entrevistas a 10 médicos, de estos 8 tienen la especialidad de medicina de emergencias y desastres, y los 2 restantes son médicos especialistas en medicina interna. El rango de edad de los participantes fluctuó entre los 38 y 52 años. Con respecto al género, 2 participantes fueron mujeres y 8 hombres, y todos trabajaban en el área de emergencias del hospital mencionado.

La participación en esta investigación fue estrictamente voluntaria. El criterio de selección de la cantidad de participantes se determinó por saturación, el cual es descrito por Glaser y Strauss (citado en Hernández, 2014) como el determinante clave para detener la búsqueda de participantes, pues ya no se hallan más datos nuevos que puedan ser desarrollados, es decir, no existe mayor información relevante que los participantes puedan añadir para la investigación.

Tabla 2

Participantes

Participante	Especialidad	Sexo	Años de servicio
Sujeto 1	Internista	Hombre	13 años
Sujeto 2	Internista	Hombre	12 años
Sujeto 3	Emergenciólogo	Hombre	11 años
Sujeto 4	Emergenciólogo	Mujer	23 años
Sujeto 5	Emergenciólogo	Hombre	11 años

Sujeto 6	Emergenciólogo	Hombre	28 años
Sujeto 7	Emergenciólogo	Hombre	21 años
Sujeto 8	Emergenciólogo	Hombre	11 años
Sujeto 9	Emergenciólogo	Mujer	14 años
Sujeto 10	Emergenciólogo	Hombre	12 años

2.2. Criterios de selección

El presente estudio se realizó con médicos, tanto mujeres como hombres, que trabajaron en primera línea atendiendo casos de COVID-19 y en el área de emergencias. Los criterios de inclusión correspondieron a médicos con experiencia mayor de 10 años en el campo laboral, debido a que el proceso de construcción de identidad profesional ocurre mediante la socialización del individuo en un campo de trabajo, la cual se desarrolla con el transcurso de diversas experiencias en el ámbito laboral, la trayectoria de formación en la profesión (estudios, participación en congresos, especialidades, etc.) y la pertenencia a asociaciones profesionales ligadas al entorno laboral (Evetts, 2003, como se citó en Hirsch, 2013). De este modo, se buscó dicho mínimo de años de trabajo para aproximarse a un participante con experiencia y trayectoria en la profesión, con una identidad construida en base a estas experiencias laborales y educativas, que luego puedan contrastarse con los nuevos retos que supuso esta pandemia en el proceso de construcción de la identidad profesional.

Además de esto, se buscó médicos que estén trabajando de manera presencial en esta crisis del COVID-19 y atendiendo en el área de emergencias, pues son ellos los que están más expuestos y experimentan los diferentes problemas que supone trabajar en un ambiente con deficiencias institucionales y la carga psicológica que requiere atender las enfermedades, el dolor, y la muerte.

Por el lado de los criterios de exclusión, se evitó a médicos en licencia de trabajo por ser mayores de 65 años y/o que presentaron alguna enfermedad comórbida que les impedía trabajar por el riesgo de contraer la enfermedad. Asimismo, recién egresados (como médicos generales) y sin una especialidad en el campo de la medicina, puesto que esto les impediría tomar decisiones propias al momento de trabajar debido a que responden a órdenes de los médicos especialistas en el campo de emergencias o de medicina interna. Médicos que, si bien se hallaban trabajando en plena pandemia, lo hicieron desde oficinas o en áreas administrativas donde no entraban en contacto directo

con pacientes con COVID, en síntesis, todo médico que no trabajó en emergencias. Por último, médicos que atravesaron una etapa de duelo por algún familiar o amigo cercano a causa de la pandemia, pues podrían haberse encontrado muy afectados para hablar del tema, lo cual habría ido en contra de los criterios éticos de la investigación, que buscaba preservar la salud emocional de los entrevistados.

Con respecto al contexto del estudio, debido a que no se pudo tener un acercamiento presencial con los participantes en la fecha de realización, se optó por el uso de plataformas digitales como Zoom o Google Meet para realizar las entrevistas. Dichas entrevistas fueron programadas con anterioridad vía WhatsApp y se explicó desde el primer contacto los fines académicos de la presente investigación. Cabe resaltar que estos médicos pudieron acordar un horario en el cual se hallaban en su trabajo, en un descanso o cuando estaban en su casa, esto dependió de la decisión del o la doctor(a) que accedió a la entrevista.



2.3. Instrumento de recolección de información

Se hizo uso de la entrevista semiestructurada a profundidad. Según Lomas et al (2019), la finalidad de las entrevistas a profundidad es ahondar en las sutilezas subjetivas de los principales informantes del fenómeno en estudio, de forma que se pueda obtener información relevante de forma discreta y previsor, que permita un diálogo intenso y profundo, reflexiones y discusiones, interacción comunicativa, a través de la conversación, hasta la saturación de información, en otras palabras, la repetición de versiones.

De acuerdo con Lopezosa (2020), las entrevistas semiestructuradas son más flexibles, dinámicas y con mayor apertura al diálogo, lo cual permitió una interpretación de la información más detallada en comparación con las entrevistas estructuradas. De este modo, se pudo brindar una mayor libertad en la entrevista para dialogar y reformular preguntas que no se lograron comprender, además de seguir la línea de pensamiento del participante, sin necesariamente seguir el orden de la pauta de la guía, sino más bien adaptarse a la circunstancia y fluir con el discurso del entrevistado.

Para poder obtener la información de cada participante se procuró explorar la identidad profesional de médicos emergencistas e internistas que atendieron presencialmente en el área de emergencias en el contexto de COVID 19. Se planteó,

también, aproximarse al significado de la experiencia de afrontar esta pandemia en el centro de trabajo y las interpretaciones subjetivas acerca de ello.

Por otra parte, de acuerdo con Bolívar et al (2005), la identidad profesional puede situarse entre lo social y personal. Por una parte, le permite al individuo situarse en un sistema social profesional y ser identificado por otros, a su vez que es diferenciado de los otros, y, por otra parte, las vivencias individuales, lo biográfico y subjetivo de cada sujeto le permite generarse una identidad personal propia. De este modo, la guía de entrevista que se utilizó para esta investigación constó de tres dimensiones principales: la dimensión individual/personal profesional, la dimensión colectiva/social profesional y los cambios en la identidad profesional producto de la pandemia. Estas, en conjunto, sumaron un total de 15 preguntas, de las cuales dos fueron introductorias y las restantes se distribuyeron entre las tres dimensiones señaladas. Estas preguntas, en general, buscaron explorar la identidad profesional en un contexto de crisis sanitaria por la pandemia del COVID-19.

Por el lado de la dimensión personal profesional, las 5 preguntas, se abocaron más a conocer las particularidades de cada médico para la elección de su carrera, la apreciación (representaciones individuales) del médico sobre su carrera y especialidad, así como también las dificultades emocionales que conllevó la labor (experiencias y sentimientos particulares). Por otro lado, la dimensión social profesional, que cuenta con ocho preguntas, buscó explorar las creencias del médico sobre cómo cree que es percibido por la sociedad y el personal del trabajo (o representaciones sociales que el médico cree que los otros tienen sobre el médico y las expectativas), el sentido de pertenencia a su comunidad y el sentido de diferenciación del resto de comunidades, y el rol de las instituciones en su identidad. Por último, se buscó explorar qué cambios ha percibido cada médico en relación a su identidad profesional a raíz la pandemia del COVID-19.

Dicha guía de entrevista constó de un orden, que parte de preguntas de rapport, para luego pasar a la dimensión personal, en un orden que comienza de lo general a lo específico, para luego culminar con la dimensión social profesional. Por último, hubo una pregunta de cierre que consultó al participante si había algo que deseaba o no añadir o modificar de lo expuesto, y así finalizó con una pregunta sobre cómo se había sentido y qué tal le había parecido la entrevista.

2.4. Procedimiento

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica y metodológica, se elaboró una matriz de conceptos y una guía de entrevista, dividida por dimensiones y subcategorías con preguntas respectivas en cada una de estas. Seguidamente, se pasó a presentar dicha matriz y guía de entrevista a la docente de prácticas del curso y a tres expertos en el tema de identidad, para que las revisen y puedan ofrecer comentarios. A su vez, luego de que la matriz de conceptos y la guía de entrevistas fueron revisadas y modificadas, se pasó a realizar la entrevista piloto. Para ello, se hallaron dos participantes que cumplieran con las características de la población de estudio. El objetivo de esta fase fue corroborar si las preguntas y las respuestas resultan pertinentes para cumplir con el objetivo de esta investigación.

Luego, una vez realizadas las entrevistas piloto, se pasó a modificar y reorganizar las preguntas del instrumento y a realizar el trabajo de campo. Se solicitó al informante clave que pueda poner al investigador en contacto con los médicos trabajadores del área de emergencia del hospital Rebagliati para poder explicar la investigación y consultar si estaban de acuerdo en participar del trabajo. De este modo, la comunicación se dio vía WhatsApp. Cabe resaltar que este proceso no fue de inmediato, sino que poco a poco se fue llegando a más participantes que estuvieran de acuerdo en acceder a la entrevista. Se consideró realizar entrevistas a profundidad hasta agotarse las versiones dadas por diferentes médicos, lo cual se denomina a este proceso como bola de nieve (Hernández et al. 2010)

Expertos

Se buscó investigadores afines al constructo principal de la investigación. Se contó con 3 expertos, entre los cuales uno es doctor en Antropología con estudios sobre la identidad. La otra experta es una licenciada en psicología clínica con estudios sobre la identidad profesional de docentes en una institución educativa. Por último, se contactó con otra psicóloga licenciada que ha realizado trabajos sobre la identidad y el voluntariado. El primero pudo brindar una mirada más socio antropológica de la identidad en las personas, la segunda brindó un apoyo en la estructura y utilidad de las preguntas debido a su experiencia en el campo de la identidad profesional. La tercera experta aportó sus conocimientos para comprender mejor las fases de la identidad abordadas en la entrevista, además de ayudar con ciertos textos que envió para mejorar la comprensión y revisión teórica del tema.

En general, los expertos realizaron diversas recomendaciones acerca del instrumento, que fueron las siguientes: reordenar la guía de entrevista en un sentido que se vaya de lo general a lo particular, desde preguntas más abiertas a las más específicas. Otro aporte fue cambiar la redacción de diversas preguntas, de modo que sean más claras para los interlocutores. También se recomendó reagrupar preguntas que sean similares, de modo que no se repitan a lo largo de la entrevista. Otra sugerencia fue no atribuir un sesgo en las preguntas, por ejemplo, cuando se daba por hecho que afrontar el COVID-19 era una “batalla” para los médicos, de modo que recomendaron cambiar esa palabra y el sentido de la oración, para que sea más neutral y el entrevistado se halle más libre de responder desde su particularidad. Por último, otro de los ajustes que sugirieron fue evaluar qué tan efectivo era hacer preguntas con términos complejos, es decir, evitar el tecnicismo en las preguntas con el fin de que sean más comprensibles.

De acuerdo con todas estas sugerencias, se pasó a realizar las modificaciones de la guía de entrevista. Se realizó un reordenamiento de preguntas, especialmente en la primera parte, de modo que se pase de lo general a lo específico y que se genere un mayor rapport. En ese caso, al inicio de la guía, antes de ser revisada por los expertos, la entrevista iniciaba con la pregunta “Para usted, ¿Qué es ser un médico?”, luego se pasó a corregir por “¿Me podría contar un poco sobre su especialidad y a lo que se dedica en su área?”. Luego, en la versión modificada por las sugerencias de los expertos, se pasó a preguntar por el tiempo que el/la participante lleva trabajando en su profesión y también se preguntó por la trayectoria profesional. Luego de estas preguntas, recién se pasó a preguntar por “¿qué significa para usted, de manera más personal, ser médico?”, corrigiendo así la pregunta inicial de “¿qué es ser un médico”, la cual, por la redacción, resultaba muy amplia y poco clara para el interlocutor.

Otra pregunta que se modificó a raíz del sesgo que contenía fue la siguiente: “¿Cómo se describiría como doctor que batalla contra un virus mundial?”, la cual se pasó a modificar por “¿Qué significado le otorga a su profesión en este periodo de crisis sanitaria?”, de modo que no haya una carga subjetiva que oriente la respuesta a diversas interpretaciones y que ya se considere “una batalla” de por sí el trabajo que realizan los médicos, además de no ser clara con los objetivos señalados en la investigación.

Por último, se pasó a modificar ciertas preguntas que no se lograban entender como “¿La percepción que tiene sobre usted como doctor ha variado con esta situación de emergencia? Si es así, ¿de qué forma? *En caso no, ¿por qué cree usted que no?” la cual se cambió por “¿Considera que ha habido cambios sobre usted como médico a partir

de la pandemia? ¿De qué manera? / ¿Por qué si/no?”. De modo que se evitó el uso de términos que no lograban ser comprensibles en la práctica.

Entrevistas piloto

Con respecto a la aplicación de la entrevista piloto, se contactó con dos médicos, ambos varones de 50 años aproximadamente, con más de 20 años de trayectoria profesional que trabajaban en el área de emergencias del Hospital Rebagliati atendiendo casos de COVID-19. Los dos cumplían con todos los criterios de inclusión señalados anteriormente. Los dos médicos eran especialistas en emergencias y desastres. La primera aplicación de la entrevista piloto duró 35 minutos, y la segunda tomó un tiempo de 52 minutos. Estas entrevistas se realizaron por la aplicación Zoom.

Al inicio se pasó a explicar el carácter académico y ético de la investigación, por lo cual se pidió a los participantes expresarse de la manera más espontánea en sus respuestas, puesto que se mantendría su información personal en confidencialidad. Además, se pasó a grabar la entrevista con el permiso de las personas, señalándoles nuevamente que solo sería con fines de la propia investigación y que no sería expuesto ninguno de sus datos personales.

Otros aspectos a tomar en cuenta durante la aplicación de las entrevistas piloto fueron las preguntas que no se lograron comprender bien, por lo cual se pasó a explicarlas con otras palabras. Por lo cual, para la fase de recolección de información se modificó dichas preguntas de la guía de entrevista, de modo que sean más comprensibles para el interlocutor. En cuanto a los ajustes que se concluyeron que debían modificarse para las entrevistas en el trabajo de campo fueron las de indicar claramente el sentido de la investigación, de modo que no haya una tensión del participante por tener que decir lo correcto, sino que más bien que la investigación busca saber lo que ellos realmente piensan de las cosas. Otras consideraciones fueron la de ajustar la pregunta al objetivo de esta, aclarar algunas preguntas que no resultaron comprensibles, unir dos o más preguntas que sean similares en una sola, de modo que no resulte redundante, y reformular algunas preguntas que no apuntaban a los objetivos de la investigación.

Aspectos éticos y criterios de calidad de la información

De acuerdo a lo sugerido por Lomas et al (2019, p.97), con respecto a las entrevistas, es necesario tener en consideración antes de realizarlas lo siguiente:

a) Conocer el contexto laboral del participante y sus tiempos disponibles. Esto de modo que no se perturbe su espacio de trabajo y recreacional, por ejemplo, con llamadas inoportunas; ni tampoco se invada el tiempo de ocio de este.

b) Posteriormente realizar un acercamiento previo para concertar espacios de información. Aquí se pasará a detallar de manera más clara cómo se realizará la entrevista como el medio por el cual se hará la entrevista y la fecha de la entrevista.

c) Indicar que su participación es absolutamente voluntaria, sin ninguna presión u ofrecimiento económico, señalando que la información es única y exclusiva con fines investigativos, académicos y socio culturales.

d) Proceder con el respectivo consentimiento informado, donde se brinda información de la universidad, los correos de consulta y el nombre del asesor a cargo como su correo.

e) Evitar evidenciar el nombre del informante clave, utilizando el término Sujeto 1, 2, n, etc. Esto logrará que su participación quede en el anonimato y no se exponga al participante ante cualquier problema o malentendido que pueda ocurrir a futuro.

De este modo, todas estas acciones se consideraron y realizaron conjuntamente con cada uno de los participantes, así también como con los colaboradores de las entrevistas piloto. Esto con la finalidad de cuidar y proteger a los participantes de la investigación.

Con respecto a los criterios de calidad, se hizo uso de tres de los cuatro que, según Lincoln, citado en Vivar et al (2013), son los de mayor rigor entre los investigadores cualitativos: en primer lugar, la credibilidad, la cual hizo referencia a que los datos fueran auténticos, en otras palabras, un claro reflejo de lo expresado por los participantes. Para esto, se ha pensado devolver los hallazgos a los participantes de modo que puedan validar dichos resultados. En segundo lugar, la transferibilidad, la cual hacía referencia hasta qué punto el estudio podía generalizarse y ser importante en determinados contextos, esto se logró a través de recoger información de una muestra

heterogénea, es decir, con características distintas como las de edad, género, estado civil, etc. Por último, la confirmabilidad, la cual se interesó por la objetividad de los datos, es decir, que la investigación pueda ser captada por otro de la misma forma sin que tenga los mismos intereses ni prejuicios que el investigador.

Análisis de la información

Para el análisis de información se eligió una técnica que vaya acorde con el enfoque metodológico de la investigación, el cual es fenomenológico-hermenéutico. Por ello, se planteó utilizar el análisis de contenido, el cual es una técnica de investigación cualitativa, por lo que se utiliza como método de recolección, procesamiento e interpretación de información cualitativa, y que está relacionado con la fase empírica de la investigación (Rivero, 2017). Dicho análisis se desarrolla a través de un procedimiento denominado codificación, el cual es el proceso de transformar las características del contenido estudiado en unidades que permitan describirlo, analizarlo con precisión y argumentarlo. Lo importante, lo esencial, lo trascendente y lo esencial se convierten en algo que se puede describir, analizar y demostrar, lo que permite comprender, interpretar y explicar el objeto de estudio. Para ello se define las siguientes categorías: la población, las unidades de análisis, las categorías y las subcategorías (Rivero, 2017).

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Los resultados han sido estructurados en 3 categorías y 8 subcategorías. Estas responden a la descripción de la dimensión individual-personal de la identidad profesional, así como también a la dimensión colectiva-social, y por último a los cambios percibidos de los médicos sobre su identidad profesional a raíz de la pandemia. Estas categorías buscan dar respuesta al objetivo general de la investigación, el cual es explorar cómo es la identidad profesional en profesionales médicos durante el contexto de crisis sanitaria por la COVID 19. Además, estas categorías y subcategorías respondieron a los objetivos específicos, los cuales son describir la identidad profesional del médico en el plano personal y social y describir la identidad profesional del médico en relación al plano laboral y contextual en el que se desenvuelve. Por último, el tercer objetivo, el cual fue describir los cambios en la identidad producidos por la pandemia desde la percepción de los participantes.

3.1. Dimensión individual/personal de la identidad profesional

La dimensión más individual de la identidad profesional tiene que ver con el autoconcepto de la persona en relación a su carrera de médico, su historia de vida y características propias y la formación elegida con sus experiencias particulares. De este modo, la dimensión individual tiene que ver sobre las experiencias propias del quehacer diario, es decir, lo que fácticamente su quehacer diario le demanda, y cómo éste lo percibe y el significado que le da. De este modo, este apartado consta de 2 subcategorías, las cuales son las siguientes: Motivaciones personales para la elección de la carrera, y apreciación del médico sobre su especialidad.

En cuanto a la primera, se busca identificar aquellas motivaciones, actitudes, experiencias y características personales que llevan al médico para la elección de su carrera y especialidad. Aquí se explora cómo cada uno va teniendo un sentido de lo que

es la profesión de médico que labora en emergencias y qué motivaciones y experiencias lo llevaron a desarrollarse en ese campo. En cuanto a la segunda subcategoría, la de apreciación del médico sobre su carrera y especialidad, se describe qué valoraciones propias y objetivos encuentra el médico sobre su propia labor, además de encontrarse en un contexto de pandemia.

3.1.1. Motivaciones personales para la elección de la carrera

En esta subcategoría podemos encontrar diversas experiencias y motivaciones que los llevaron a los participantes a tomar la decisión de seguir la carrera y especialidad que tomaron. Entre estas motivaciones podemos encontrar las de querer resolver los problemas de los demás y ayudar a las personas. También por experiencias cercanas al campo de la medicina. Otros por experiencias familiares, como las de tener algún miembro de la familia con algún tipo de enfermedad que requirió cuidados y atención la gran parte del tiempo. En cuanto a esto el participante Sujeto 6 (emergenciólogo con 28 años de experiencia) nos cuenta lo siguiente:

“Personalmente yo quise ser médico desde que estudié la secundaria. Nos preguntaron “¿qué es lo que tú quieres ser cuando acabes la secundaria?”, yo quería ser médico. Un poco porque había en casa personas que se enfermaban y concurrían al hospital, como mi mamá o mi papá. Y bueno, incluso una vez fui a la facultad de medicina llevando a mi papá, que sufría de hipertiroidismo”.

Del mismo modo, otro participante Sujeto 3 (emergenciólogo, 11 años de experiencia) nos narra su experiencia con su hermano quien sufría una enfermedad desde muy pequeño y al que siempre acompañó y fue su fuente de inspiración para estudiar la carrera de medicina, además de una vocación por el cuidado y curación del otro:

“Mi vida era siempre... tratar de sanarlo, tratar de curarlo, entonces en imagen a él, pues decidí estudiar medicina, conforme entré a estudiar medicina y... lamentablemente cuando comenzaba el segundo año, bueno él falleció porque no duró mucho... era de esas personas con esas características, entonces... nada... pues para mí significa todo, un sueño, una alegría poder ayudar a la gente en esos momentos tan difíciles que es afrontar un proceso de enfermedad”.

Otros también por una afinidad a las ciencias naturales, siendo la medicina una carrera que abarca gran parte del estudio de esta. También se menciona el hecho de haber

vivido en comunidades con muchas carencias que los llevó a pensar en la necesidad de la población a nivel nacional, y donde la salud y la tecnología no llegaba, por lo cual fue una gran motivación para querer estudiar esta carrera y poder servir a la familia y la comunidad en general. Algunos de los participantes mencionan también que la medicina fue quien los escogió a ellos, tal es el caso del participante Sujeto 7 (emergenciólogo con 21 años de experiencia) que narra lo siguiente:

“Yo creo que a muchos más que escoger la medicina, la medicina nos escoge. Porque yo ya desde tercer año de primaria, se puede decir, escogí ser médico. Es más, tengo unas fotos ahí, que le enseñé a mi familia donde en el teatro, por ejemplo, cuando hacíamos teatro ahí en el colegio, salgo justamente de médico”.

Situaciones donde el participante se veía relacionado a esta carrera desde muy pequeño, como la de participar en obras de teatro con uniforme médico, o estar presente en lugares donde se les presentaba siempre la labor del médico o conocidos cercanos que les hablaban de su profesión.

En cuanto a la elección de la especialidad la participante Sujeto 9 (emergenciólogo con 14 años de experiencia) nos cuenta su experiencia sobre cómo eligió seguir la especialización en emergencias y desastres:

“Entonces, había dos especialidades que quedaban: o bien era emergencias, o bien era UCI (médico intensivista). Entonces dije ‘bueno en ambos lados puedo resolver problemas, puedo ver de todo un poco, no necesariamente medicina interna porque no soy de consultorio, y prefiero resolver las cosas un poco más prontas’, entonces me quedé con emergencias porque dije ‘bueno, en emergencias puedo interactuar con las personas, en cambio en UCI no, porque la mayoría está dormida’.

Se aprecia de este modo que existe una motivación personal guiada por experiencias personales íntimas y emocionales algunas ligadas a la muerte o al altruismo, una claridad en la elección de la carrera desde corta edad y muy poca duda sobre esta.

3.1.2. Apreciación del médico sobre su especialidad

En cuanto a la apreciación del médico sobre su especialidad, se incluyen sus percepciones sobre su quehacer diario y cualidades requeridas. Se expresan diversos conceptos como requerimientos técnicos, requerimientos interpersonales, valoración de la especialidad, entre otros, para la realización de su labor y para describir el sentido de su carrera.

En esta subcategoría se puede apreciar los requerimientos técnicos que suponen para el médico su profesión y especialidad. Se aprecia que para algunos la especialidad de medicina de emergencias se centra en buscar identificar a pacientes con riesgo de daño grave, hacer un buen triaje, es decir, clasificar la prioridad de atención en el paciente, en el que tiene que actuarse rápido para no llevarlo a una situación más complicada. Asimismo, implica el manejo en el tópico para determinar la severidad de la enfermedad y en caso de aquellos pacientes con enfermedad grave, ser atendidos en la unidad de Shock Trauma.

Este actuar rápido y obtener un diagnóstico pronto permite disminuir el tiempo de internamiento, reducir la necesidad de utilización de más equipos de medicina, aumentar la probabilidad de mejoría del paciente y disminuir el nivel de mortalidad. De este modo, el médico de emergencias debe estar presto a atender las demandas de los pacientes que llegan y darles el tratamiento adecuado, el más oportuno para la situación que atraviesa cada uno. En el caso de pacientes con el COVID-19, muchos de estos médicos de emergencias tuvieron que hacer uso de diversos dispositivos, principalmente cánulas de alto flujo, ventilación mecánica no invasiva, ventilación mecánica, y sistemas de oxigenación.

Algunos describen también la necesidad de poder actuar y pensar rápido, así como también tener una gran base de conocimientos para poder detectar, identificar y tomar la mejor decisión para guiar al paciente donde le corresponde. Es relevante entender que el área de emergencias es la primera entrada donde llegan los pacientes graves, es por ahí que entran todos los que han sufrido algún accidente o algún tipo de desorden interno. Por ello, se hace fundamenta que el médico emergencista tenga la capacidad de mantener la calma, pensar rápidamente en qué puede estar ocurriendo con el paciente y en un posible diagnóstico. Asimismo, dar respuesta rápida a situaciones de alto riesgo y derivar al área más propicia para continuar con su examinación, posterior intervención y recuperación. Algunos participantes también hablan de lo importante que es ser éticos en la práctica y cordiales con los pacientes y sus familiares, puesto que para la recuperación del paciente siempre va a ser necesario que la comunicación entre el médico-paciente-

familiar sea armónica y puedan ambos entenderse y buscar en conjunto el apoyo y recuperación del paciente enfermo.

En cuanto al nivel interpersonal, algunos señalan que el médico de emergencias necesita tener liderazgo al momento de tomar el control de la situación y tener la capacidad de dirigir al personal de salud dispuesto a atender al paciente que se haya grave. Además, debe asumir las responsabilidades que caen sobre él, pues es el encargado de dar las indicaciones para el tratamiento ambulatorio de los pacientes en sala. También hablan de mantener una actitud positiva frente a las situaciones adversas que pueden suceder. Esto va ligado al liderazgo, puesto que la actitud positiva del líder tiene una influencia en el grupo de trabajo, entonces hay la responsabilidad de animar a los demás y estar con la voluntad de ayudar de la mejor manera al paciente.

En esta línea también se menciona lo importante que es el buen trato con las personas, la sensibilidad y la empatía para poder entenderlas y comprenderlas desde su propia mirada. El médico de emergencias debe tratar con las personas que llegan graves a sala, además de sus familiares que se encuentran normalmente nerviosos por la situación que atraviesa su pariente. Esto hace que el médico de emergencias tenga que desarrollar las actitudes necesarias para manejar situaciones altamente estresantes y la emocionalidad del paciente y sus familiares. Para esto se hace fundamental, como los describen algunos participantes, una fuerte vocación de servicio y un gran sentido de responsabilidad para con el paciente.

Del mismo modo, en cuanto a la valoración de su especialidad, muchos de ellos consideraron su labor fundamental e importante, especialmente en este caso de la pandemia en donde pudieron manejar dispositivos para los cuales se encontraban entrenados. Por otro lado, otros participantes consideraron su labor de médico tan importante como la de cualquier otro profesional y que mucho de su trabajo se daba por el personal técnico y de enfermería, quienes también mostraban una relación cercana con los pacientes. Esto puede describirse de la siguiente manera en la cita del participante Sujeto 2 (internista con 12 años de experiencia):

“Creo que es una profesión más... tan importante como no sé... un profesor, un abogado, o una enfermera. Yo creo que es una profesión tan valiosa como cualquier otra para la sociedad misma. En el tema de salud pues el médico es una parte muy importante para poder sacar adelante todo esto. Tanto el médico como la enfermera, el técnico de enfermería, como el personal de seguridad del hospital. Yo en realidad le pongo valor a todo este personal que trabaja adentro de un hospital.

Muy aparte de que al médico tenga una función de liderar, de poder conformar el equipo y todo, yo pienso que el tema de salud es trabajo en equipo”.

La gran mayoría de los participantes señalan sentirse a gusto con la carrera que desarrollan, pues les brinda un sentimiento de utilidad, les atrae el trabajo práctico, rápido, pronto y de soluciones rápidas. Además de esto, el poder restablecer a un paciente que llegó grave a la emergencia y ver que con su evaluación y trabajo mejora, genera en ellos una gran satisfacción. Aunque esto muchas veces suponga el no reconocimiento de las personas cuando se recuperan, puesto que muchos de los pacientes que reciben la asistencia médica despiertan en otras salas como las UCI's, en donde al que ven es mayormente al intensivista y no al médico internista o emergenciólogo que los atendió al inicio y les hizo los primeros auxilios y el triaje correspondiente. Esto genera cierto malestar en algunos médicos, pero que afrontan esto con la idea de que el paciente se recuperó y estará con su familia pronto. En la siguiente cita del participante Sujeto 6 (emergenciólogo con 28 años de experiencia) se aprecia aquello mencionado líneas antes:

“Pero el médico de emergencias es un médico especial. Es un médico que muchas veces actúa, haces lo mejor de ti, para ayudar al paciente a superar una etapa crítica de salud y muchas veces el paciente despierta en otra unidad y agradece a la persona que lo ve, y entonces nosotros (los médicos de emergencias) a veces pasamos desapercibidos, pero lo que nos queda siempre es hacer todo por el paciente y ese grado de satisfacción al ver a un paciente que entra mal, descompensado y uno lo compensa”.

En esa misma línea, muchos consideran su profesión como una gran responsabilidad y que supone un gran compromiso. Durante la pandemia, todas las miradas se volcaron a ellos, esperando que respondan adecuadamente ante la situación y percibiéndolos como altamente capacitados para enfrentar esta crisis sanitaria. Esto supuso que los médicos tomaran el mando y con mucho valor asumieran la gran tarea que les correspondía: curar a la población que caía víctima del COVID-19. De este modo, otro participante describe esta situación como un evento en el cual los médicos son los principales agentes a dar el frente en cuanto a problemas de salud, y que eso es lo que espera la gente. Describe sentirse consciente de que esa es su responsabilidad, y que para eso se preparó, seguro de sus capacidades y conocimientos. Además, comenta que no solo este aprendizaje se da en cuanto a la enfermedad, sino también en cuanto a la manera de

manejar sus emociones para enfrentar la pandemia a pesar que le ha costado. Esta responsabilidad la toma como propia y asume que nadie más podría hacerlo, debido a que carecen sobre los temas de salud.

Como observamos, algunos tienen una definición más pragmática de la profesión y especialidad, es decir al hecho de seguir una serie de acciones y procedimientos en el momento de la emergencia, pero otros comparten con ello también el lado del vínculo y la capacidad de sensibilidad para con la otra persona. De este modo, para unos la profesión puede ser una oportunidad de llegar, de tocar la vida, la realidad de otras personas. Una profesión que les permite ayudar y servir a gente que necesita algo, en este caso, superar alguna dificultad, algún malestar. Expresan ser conscientes que no siempre se logrará vencer a la enfermedad, pero que se tratará siempre de aliviar el dolor.

Se señala también la importancia del médico en la relación con el paciente, pues este primero tiene una función de cuidado y protección con el segundo. El deber de tranquilizarlo, acompañarlo en su dolor, aliviar su sufrimiento, y estar con ellos en momentos difíciles, como en emergencias donde no tienen a familiares al lado. Es en la definición misma que los médicos dan a su profesión que se resuelven aspectos concretos de la práctica de la carrera como el sentido del servicio y los principios de la profesión, pero inherente a ella está la vocación de servicio, el vínculo cercano con el otro y todo lo emocional que conlleva ello. Aparece, por último, una sensación de omnipotencia por el médico, que percibe sentirse al frente de todo el escenario crítico para resolver cualquier tipo de problema relacionado de la salud de los pacientes.

Unos mencionan, además, que cuando un paciente llega a emergencias no solo llega con dolores físicos, sino también con muchas preocupaciones por su enfermedad. Por lo que un trato empático y sensible mejora la relación de paciente-médico, además de permitirle a este último identificar los problemas emocionales que este lleva. Algunos de los participantes son conscientes en que a veces llegan pacientes a emergencias descompensados y que básicamente se debe a problemas personales que los médicos van deduciendo a través de la anamnesis y la evaluación que realizan de cada paciente. Cuadros como la hipertensión que genera presión alta pueden ser tratados en una conversación empática y de calma que otorgan estos profesionales, generando así que los pacientes salgan más tranquilos y su estado de ánimo mejore. En este sentido, uno de los participantes Sujeto 7 (emergenciólogo con 21 años de experiencia) del estudio define de manera más exacta cómo percibe al paciente cuando llega a emergencias:

“El ser humano es un ser bio-psico-social, entonces, en todas las esferas tenemos que tratar nosotros de influir. Muchas de las patologías con las que vienen, a veces, tienen, digamos, un origen que está pues asociado a cuadros de ansiedad, depresión y hay que saber manejar eso. Pero hay que tener paciencia porque es una persona que viene a buscar ayuda, a buscar respuestas y es ahí donde uno tiene que pues brindar esa ayuda, aliviar, mejorar”.

Por un lado, el médico reconoce la integralidad de su labor, pero muchas veces en la ejecución no puede practicar la integralidad, ya sea por desconocimiento, sus niveles de cansancio y frustración, sobre demanda de personal, enojo de los pacientes al querer ser atendidos prontamente, falta de organización del centro laboral, escasos recursos materiales, etc.

3.2. Dimensión colectiva/social de la identidad

Esta categoría hace énfasis en las representaciones sociales que el médico cree que los otros tienen sobre su función en la sociedad, describir el sentido de pertenencia y diferenciación a su grupo social-profesional, y explorar el rol institucional sobre su identidad como profesional. Este apartado consta de 3 subcategorías, las cuales son las siguientes: Creencias del médico sobre cómo es percibido por la sociedad y el personal del trabajo, diferencia del médico como colectivo con otros profesionales y de los emergenciólogos con otras especialidades; y, por último, el rol de las instituciones en la identidad del médico.

En cuanto a la primera, se busca identificar aquellas representaciones que cree el médico que la sociedad tiene sobre él y su comunidad, además de las expectativas que percibe que la gente tiene sobre ellos. En cuanto a la segunda subcategoría, la de rasgos y atributos propios de la comunidad asumidos por el médico de emergencias, se describe el sentido de pertenencia y diferenciación que el médico de emergencias asume sobre su comunidad con relación a otras especialidades y profesiones. Por último, se haya la subcategoría sobre el rol de las instituciones en la identidad profesional del médico. En ésta se elabora las diversas percepciones que tiene el médico sobre las diversas instituciones en las que se encuentra inmerso y su relación con su labor profesional.

3.2.1. Creencias del médico sobre cómo es percibido por la sociedad y el personal del trabajo

En cuanto a las creencias del médico sobre cómo son percibidos se halla que algunos sienten que los médicos de emergencias no son reconocidos y que esto les genera un cierto malestar, en primer lugar, porque la especialidad existe en muy pocos países, al punto que la sociedad piensa que son médicos generales, sin especialidad, puesto que la desconocen. No es lo mismo ser un cardiólogo, neumólogo, pediatra, geriatra, dermatólogo, especialidades en sí que son de conocimiento público y reconocidas por la sociedad.

Para algunos participantes del estudio, se reconocía más a los intensivistas quienes se encargaban del manejo de las salas UCI's, mas no a los médicos emergencistas que atendían en primer lugar a todos los pacientes que llegaban por un problema de COVID-19. Uno de los participantes Sujeto 3 (emergenciólogo con 11 años de experiencia) lo describe en la siguiente cita:

“Mira, como emergenciólogo te digo que muchas veces nuestro trabajo no es reconocido, a pesar de que llevamos la peor parte. Porque muchos hablan de UCI UCI UCI, nadie dice los emergenciólogos, pero si tú te das cuenta, el paciente más grave, el paciente más comprometido, el que debe ser manejado en UCI, no llega de frente a UCI, todos llegan a emergencias. Y todos son tratados en emergencias, incluso UCI viene y escoge a sus pacientes”.

En segundo lugar, no se reconoce a la especialidad, porque es relativamente joven, con pocos años de inicio y que aún falta hacerse notar más. En tercer lugar, es una especialidad que pocos quieren seguir, puesto que resulta difícil, complicado y que no muchos quieren asumir el reto de estar “encerrados” en una sala y ver casos extremos de salud, como personas golpeadas fatalmente, con alguna incrustación de algún objeto filudo o personas en estado grave.

El participante BT describe la labor del médico de emergencias en diversas etapas secuenciales al recibir a los pacientes que llegan a esta área y que luego deben pasar por distintas evaluaciones. En primera instancia, los pacientes son evaluados (1era evaluación) y se tiene una idea o hipótesis de lo que les puede estar ocurriendo. Con la hipótesis se le piden análisis de sangre (prueba analítica), imágenes (que son radiografías, tomografías, etc.).

Pueden tener también interconsultas, es decir, evaluación por otras especialidades. Estas interconsultas pueden pedirse a otras especialidades de acuerdo a la emergencia que tenga y que esas especialidades médicas vayan a ayudar al tratamiento del paciente. Pasa un tiempo (después de 1 o 2 horas o más, se espera por los resultados) y se reevalúa al paciente (2da evaluación) con el resultado de los análisis, imágenes o de las otras especialidades de ayuda que han evaluado al paciente y se llega a una conclusión. De acuerdo a esta información, se decide un plan: se hospitaliza, queda en observación o se genera una pronta alta (durante el día o al día siguiente sale del hospital porque ya se encuentra estable).

Como se aprecia por la descripción del trabajo del médico de emergencias, esta labor suele darse mayormente cuando el paciente se haya en un estado crítico y no es muy consciente de lo que ocurre. El médico de emergencias actúa de una manera poco visible para los pacientes donde lo que hace muchas veces pasa desapercibido y no se aprecia su trabajo debido a las condiciones en las que suelen llegar las personas que entran a esta área.

Por otra parte, ciertos participantes hacen énfasis en que la sociedad percibe a los médicos como personas distanciadas emocionalmente, lo cual se ve relacionado por el hecho de que muchos médicos se encuentran agobiados, sobrecargados y sin mucho que brindar. Esto muchas veces es producto de la insuficiencia de insumos, la sobredemanda de pacientes, familiares irritados por la falta de atención de sus parientes que descargan su rabia contra los médicos a través de gritos, insultos y hasta a veces golpes. En relación a esto, de acuerdo a lo expresado por los participantes, parece ser que una de las principales representaciones del médico es que se le ve como un todopoderoso que lo debe solucionar siempre todo. Cuando esa expectativa no se cumple, hay una reacción muy fuerte por parte de los pacientes o familiares. Se cree que el médico no se cansa, que siempre está disponible, se les vio como los salvadores en la pandemia y esto generó muchas expectativas. La pandemia ha implicado para ellos muchos sentimientos negativos y ellos pueden ser uno de los depositarios de la diversidad de temores que se suscitaron.

Otros participantes, de manera más general refieren que sí ha habido mayoritariamente apoyo, reconocimiento por parte de la sociedad, especialmente durante la pandemia. Pero que, de todas maneras, consideran a la sociedad voluble y cambiante. Reconocen que hubo un agradecimiento, palabras de aliento y consideración a los médicos especialmente durante los primeros meses de la pandemia, pero que esto no

garantiza que más adelante se vuelva a la misma situación anterior, donde muchas veces los médicos son agredidos o amenazados de juicio por alguna situación que muchas veces se encontró fuera de las posibilidades de estos. De este modo, cuando los pacientes llegan al hospital y son atendidos con rapidez y calidez pues la respuesta de ellos hacia los médicos es buena y respetuosa, sin embargo, cuando sus necesidades de atención no son resueltas oportunamente, las reacciones hacia los médicos suelen ser negativas. Uno de los participantes Sujeto 9 (emergenciólogo con 14 años de experiencia) lo describe de la siguiente manera:

“La sociedad nos aplaudía al principio (sonríe). La gente nos aplaudía todos los días a las 8 de la noche, desde las ventanas (un silencio). Pero también la sociedad nos denuncia, también la sociedad cree que muchas cosas de las que hacemos en los hospitales... muchos médicos están siendo denunciados. Entonces, esta pandemia nos muestra las dos caras de la sociedad”.

Con respecto al personal general de salud que trabajan con los médicos, las opiniones resultan más positivas, puesto que señalan sentirse considerados y tratados con aprecio. Algunos perciben una mirada de agradecimiento, de reconocimiento, de respeto y alegría por parte de los técnicos y enfermeras hacia ellos por el trabajo realizado. Otros lo relacionan más a lo particular, a la impresión que cada médico puede dar a los demás trabajadores. En este sentido si el médico toma una buena actitud en cuanto a la puntualidad, la responsabilidad con el paciente, el compromiso con la labor que desempeña, esto tendrá un efecto positivo en el personal de salud que trabaja a su lado, generando así una sensación de confianza por parte de ellos hacia uno y de valoración.

En su gran mayoría los médicos afirman tener buenas relaciones con los demás trabajadores de la salud, sean estas enfermeras, técnicos, obstetricias, personal administrativo u personal de servicio. Consideran que una actitud respetuosa hacia ellos tendrá las mismas repercusiones sobre uno, además de ellos considerar que deben dar el ejemplo en el equipo de servicio por ser considerados como los líderes.

Por último, en relación a las creencias que tiene el médico sobre las expectativas que la gente tiene sobre su gremio de médicos, se halla que algunos señalan que las personas esperan que el médico sea responsable y trabaje bien. Que cuando se vaya a un hospital, los médicos le atiendan bien, que lo escuche y ayude en lo que necesita. También, unos señalan que la gente espera ahora un trato más cercano, empático y humano. De una manera como haciendo una autocrítica, uno de los participantes explica

que a veces el estrés en el área de emergencias puede ser tan alto que muchas veces actúan en automático y no puede brindar la mejor atención que pueden, lo cual los hace a veces ser percibidos como personas frías y sin sentimientos. Una de las participantes Sujeto 4 (emergenciólogo con 23 años de experiencia) lo describe de esta manera:

“Entonces, lo que espera, creo, la mayoría de personas es que tengamos un trato más humano, un poco más de empatía, creo, o sea, “te voy a ayudar, te voy a apoyar porque vienes a mí por algo, vienes para que yo te ayude y que te apoye”, creo que eso es lo que espera, aún más con esto. Yo también espero, espero que también el cambio en los colegas también sea así”.

En este punto la representación tiene que ver más con que se espera que el emergenciólogo actúe rápidamente, con temple y tino, que mantenga la calma, que sepa enfrentar las situaciones más complejas, y haga sentir escuchado y atendido al paciente. En conclusión, se puede observar que se perciben aspectos del médico en general y del emergenciólogo, todo ellos como demandas de cómo debe comportarse y resolver, incluso cuando aparece reconocimiento y agradecimiento este es frágil puesto que por un lado puede haber gratitud y respeto, y por otro puede haber reproche y rechazo.

3.2.2. Diferencia del médico como colectivo con otros profesionales y de los emergenciólogos con otras especialidades

En relación a esta subcategoría encontramos que para algunos médicos lo que diferencia la carrera de medicina de otras carreras es la posibilidad de decidir sobre el destino de una vida, en cualquier escenario, esto quizás, mencionan unos la podría convertir en la carrera más compleja de todas. Está también el aspecto más humano que prima en esta profesión por sobre lo económico y la producción que puede cobrar mayor relevancia en otras profesiones. De este modo, la medicina tiene como finalidad que el ser humano atendido se recupere de la mejor manera posible, ya sea este un órgano cardíaco, respiratorio, renal, endocrinólogo, en general que recupere su salud tanto física como psicoemocional, esto último más ligado a especialidades como la psiquiatría. En este sentido, puede esto verse reflejado en las representaciones que algunas personas pueden tener sobre el médico como superior, todo poderoso o infalible, lo que implica también altas expectativas y un rol más paternal sobre los pacientes.

En esta misma línea, algunos participantes señalan, que, a diferencia de otras profesiones, el trato con personas no solo supone atender su enfermedad, sino también la carga emocional que trae el paciente y que el médico debe estar preparado para asumir y contener. Así pues, esta profesión supone mantener un trato cercano con el paciente en donde su escucha diversidad de problema, desde dolencias físicas hasta problemas emocionales, conflictos internos que no necesariamente otras profesiones de servicio realizan.

La profesión del médico en comparación con profesiones afines a la salud como la enfermería se diferencia en el hecho de que es el médico quien toma las decisiones para el paciente y es quien asume la responsabilidad de este. Del mismo modo, un error en otras profesiones puede tener la alternativa de enmendarse y corregirse, sin embargo, en la medicina un error puede significar consecuencias funestas para el paciente por lo cual el grado de responsabilidad es bastante alto. Cabe resaltar que, hablando del médico de emergencias, este sí tiene un rol, quizás diferente a la de otras especialidades en medicina, de tomar decisiones que sí involucran la vida o muerte de los pacientes, tal como se dio en la pandemia del COVID-19.

Otros participantes diferencian el perfil del médico de emergencias en comparación a otras carreras o especialidades como un profesional que vive con el estrés y la necesidad de resolver problemas inmediatamente. Se trabaja sobre un sangrado, un paro cardíaco, poner una vía, reanimar cardiovascularmente, entubar, etc. y todo esto demanda una atención y ejecución rápida. Decisiones que deben tomarse con mucha prontitud y que demandan una alta dosis de estrés, que no todas las personas podrían tolerar y responder. En situaciones como la pandemia, el trabajo del médico ha supuesto ser una de las profesiones con más alto índice de contraer la enfermedad del COVID-19, puesto que ha habido un trabajo directo con personas que padecían esta enfermedad, por lo cual ha significado colocar su propia vida en riesgo. Una de las participantes Sujeto 4 (emergenciólogo con 23 años de experiencia) lo describe de esta manera:

“El hecho mismo de tratar con personas, de tratar con la salud, de la vida de las personas ya te marca una diferencia porque, o sea, si tú vas a un centro comercial a comprar algo, el que te atiende si está molesto o si se demora o no se demora, bueno, te va a generar molestia y nada más, no va a pasar nada grave. En nuestro caso no. O sea, no puedes decir “ah bueno me demoro en atender”, porque si es una emergencia tienes que hacerlo. Y eso marca la diferencia en la vida de los pacientes, te hablo de los que están mal, graves.”

3.2.3. El rol de las instituciones en la identidad del médico

La gran mayoría de los médicos entrevistados perciben que el sistema de salud en el Perú es deficiente, con una pobre capacidad de respuesta temprana y que ha hecho más notorio las falencias existentes de años en esta pandemia. En este aspecto, la política juega un rol muy importante en cómo se manejan las dirigencias de casa sistemas de salud.

Si bien los médicos entrevistados pertenecen todos a la red asistencial Rebagliati de EsSalud, que es un sistema más eficiente en comparación con el Minsa tanto a nivel de satisfacción global de los usuarios atendidos en los consultorios externos como de recursos médicos (Valverde & Díaz, 2016).

El participante G.E. se expresa en torno a las grandes deficiencias de las otras instituciones de salud y que generan una repercusión indirecta sobre el hospital donde labora. Menciona que, en primer lugar, al no haber un buen manejo de la atención a las personas en las diversas sedes del Minsa y EsSalud durante la pandemia, especialmente en los picos altos, se generó en el hospital Rebagliati una sobrecarga de personas que buscaban ser atendidas. En segundo lugar, narra que el nivel de estrés se incrementó por la sobredemanda de pacientes. Aunque señala que la sobredemanda siempre existió, pero que la pandemia la agudizó como en atenciones persistentes e inmediatas de vida o muerte. Expresó que los recursos con los que contaban para la atención se agotaron y lo que se obtuvo fue una gran cantidad de personas que no pudieron ser atendidas, que exigían su atención entre lamentos, pero la incapacidad del personal era notoria para poder lidiar con tanta sobredemanda.

Los médicos reconocen, de este modo, que las deficiencias del sistema los afecta a sobremanera. El participante Sujeto 1 (internista con 13 años de experiencia) lo expresa de la siguiente manera:

“Muchas veces pues escapa de nuestras posibilidades, porque ya hay temas de infraestructura, de logística que... o sea, si yo te pongo a 5 médicos a atender en un tópico, no es lo mismo que veas 20 pacientes a que veas como más o menos llegó ayer, un aproximado de 250 pacientes. Entonces, es una demanda bastante alta e, independientemente de cuanto nosotros demos, hay un límite”.

En este sentido, si bien puede haber un sentido de orgullo de trabajar en una institución de renombre como el hospital Rebagliati como lo manifiestan muchos

participantes, no excluye que aún los médicos vivan el estrés laboral, y las quejas y ataques de los familiares por la no atención a su pariente.

En cuanto a las otras instituciones de salud como el Colegio Médico y otros hospitales de la red EsSalud y Minsa, algunos médicos afirman haber recibido el apoyo de éstas, así como también capacitaciones. Aunque hay otra fracción, que afirma no haber percibido el involucramiento de su colegio profesional, ni una preocupación por los médicos que se enfermaban y precisaban de atención.

La falta de un planeamiento a nivel institucional, comentan algunos participantes, supuso la pérdida de varias vidas, y también un sufrimiento emocional en el personal de salud. Perciben que de haber tenido lo necesario en términos de tecnología, podrían haberle salvado a más pacientes. Queda de este modo en el sentir de algunos participantes, la sensación de trabajar aún más los aspectos estructurales e institucionales de la profesión que se percibe incluso previo a la situación de pandemia. En síntesis, se aprecia por parte de los médicos que el sistema no estaba preparado para una pandemia porque traía fallas debilidades anteriores. Incluso en la actualidad, algunos médicos entrevistados coinciden en que las cosas no han cambiado y que aun así cambien, su esfuerzo no se haría evidente.

Algunos afirman ser conscientes de los problemas que cada organismo de salud esconde. En cuanto a la red EsSalud, se comenta de malversación de fondos y presencia de corrupción. Además de esto, algunos participantes señalan que la Red mencionada buscó fortalecerse como institución, pero no consideró las retribuciones económicas y el aspecto emocional en su personal de trabajo. En cuanto al Minsa, se hace notorio la falta de insumos y recursos, que hace que los trabajadores perciban que se encuentren en peores condiciones que los de EsSalud. Existe una sensación de abandono en algunos participantes de parte de sus instituciones.

En relación a su institución misma de trabajo, la situación es un poco distinta y se presta a una mayor variedad de impresiones. Por un lado, algunos expresan una satisfacción con respecto a su institución de trabajo, puesto que representa un hospital emblema que ha sido el que mejor ha tratado el COVID-19, a pesar de sus errores, además de señalar una respuesta bastante buena frente a la pandemia con todas las limitaciones que al inicio se tenían. Entra a tallar también el aspecto de identificación en el haberse formado ahí durante 3 años para lograr la especialidad. Por otro lado, hay una impresión de abandono por parte de la gerencia y una falta de reconocimiento por la parte administrativa, aunque esto cambia cuando se habla de los jefes directos a quienes sí

reconocen el apoyo ofrecido por ellos y las cartas de reconocimiento que algunos brindaban. Parecería de este modo que, en líneas generales, la percepción del sistema que tienen los médicos es de desprotección salvo algunas personas puntuales que lo reconocen y valoran.

En conclusión, se aprecia que el rol de las instituciones juega un rol muy importante en la identidad profesional de los médicos. De la actuación de estas depende si los trabajadores médicos se sienten o no respaldados y apoyados en lo que hacen y sus intervenciones. Les brinda un sentimiento de reconocimiento, y a la vez autoridad en relación al nivel de prestigio con el que cuenta la institución de salud en la que laboran. En el caso del hospital Rebagliati, en donde fue realizado este trabajo, otorga reconocimiento a los médicos por ser uno de los hospitales que mejor reconocimiento tiene en el país y que ha tratado la pandemia de una manera más eficaz que en otros lugares. Sin embargo, aún quedan muchas críticas de cómo el sistema nacional de salud ha manejado este ámbito por todos estos años y las consecuencias que ha traído la pandemia al deslumbrar el escaso y mal manejo que se ha tenido por todo este tiempo el área de salud en el Perú.

3.3. Cambios en la identidad profesional a raíz de la pandemia

Esta categoría refiere a los cambios percibidos por el médico sobre su identidad profesional a raíz de la pandemia. De este modo, se ha dividido dicha categoría en tres subgrupos. Una de ellas refiere a las dificultades emocionales que conlleva la labor en pandemia. En esta se elabora las diversas experiencias emocionales que cada médico ha tenido que enfrentar durante los años de trabajo en su especialidad y la crisis sanitaria por el COVID-19. Luego, las actitudes personales reforzadas y, por último, adquisición de aprendizajes técnicos para la realización de la labor.

3.3.1. Dificultades emocionales que conlleva la labor en pandemia

En esta sección se explorará qué vicisitudes y dificultades a nivel emocional que enfrenta el médico de emergencias al ejercer su labor. Esto sumado también a lo que ha significado el lidiar con una pandemia en un país donde la salud ha sido poco apoyada por el Estado y sus instituciones.

Para algunos la pandemia ha generado experiencias abrumadoras, desde el punto en que algunos experimentaron lo efímero que puede ser la vida al ver a tantas personas fallecer en un solo día y delante de ellos. Manifiestan sentimientos de frustración por la voluntad de querer haber hecho más por los pacientes asistidos, pero que finalmente la enfermedad pudo más y no lograron recomponerse. Asimismo, manifiestan una gran carga de estrés para adaptarse a situaciones nunca antes vistas como la demanda exorbitante de pacientes, el lidiar con la falta de respuesta de las instituciones médicas, el uso y adaptación a la nueva indumentaria para el trabajo en los centros de salud (guantes, mandil, mascarillas, lentes empañados, etc.), inconsistencias en el tipo de mediación que recomendaban los organismos de salud internacionalmente (esta variaba a veces cada mes o incluso semana), falencias del sistema, la escasez de recursos, la falta de preparación para manejar una situación de esa magnitud, entre otras. Los médicos reflejaron una serie de sentimientos negativos y positivos en relación a los cambios y dificultades y retos vivenciados.

La novedad de la pandemia y tratar una enfermedad de esa magnitud supuso un estremecimiento en algunos médicos que rápidamente se vieron presionados a adaptarse. Uno de los elementos más difíciles que se manifiestan fue la muerte de los pacientes en pocas horas y de manera inesperada. Algunos manifestaron las dificultades de haber conversado con pacientes minutos u horas antes de fallecer, especialmente cuando éstos eran más jóvenes. Del mismo modo, ver a estas personas fallecer generaba en los médicos asociaciones con hermanos, padres, amigos u otros familiares que podrían pasar por las mismas circunstancias en algún momento. Además de esto, verlos ser llevados en bolsas y ser cremados fue en algunos casos devastador. Se trata, de este modo, de una confrontación diaria y en cada momento con la muerte, que los participantes describían como aterrador y agotador. Cuestionar incluso el sentido de la vida y su fugacidad, eran algunos de los pensamientos que les evocaba a los participantes estas situaciones.

Adicionalmente a esto, había una situación que generó una gran dificultad emocional que tuvieron que afrontar varios médicos que tuvieron la labor, además de atender a los pacientes y comunicar diariamente a los familiares sobre la evolución de este, fue el de comunicar las noticias de deceso de los pacientes a sus familiares. Esta experiencia resultó muy movilizadora, pues al comunicar malas noticias, muchos familiares descargaban emocionalmente sobre los mismos médicos. Comunicar las malas noticias parece ser una de las labores más difíciles para el personal de salud. Uno de los

participantes Sujeto 8 (emergenciólogo con 11 años de experiencia) lo expresa de la siguiente manera:

“Entonces, muchas veces no teníamos... o en la totalidad de las situaciones, no podíamos cortar las llamadas y nos teníamos que cargar mucho de esos llantos de los familiares... era todo tipo de reacciones como gritar, eh... quizás la parte más fea que me tocó vivir. Si yo tengo que remarcar algo dentro de toda la pandemia como algo malo, fue esto, el informar a una familia el fallecimiento de un paciente. Eso fue de las peores situaciones que me ha tocado vivir”.

Esta viñeta, evoca en el participante temor y estrés al momento de tener que llamar a los familiares, puesto que sabían que iba a ser una situación bastante difícil ya que no siempre se está preparado para dar ese tipo de noticias, mucho menos tantas veces. Del mismo modo, era llenarse de valor para hablar de un tema muy difícil como es la muerte, además de incertidumbre sobre la reacción de la persona que recibe la noticia. Muchos de ellos, describían sentirse muy agotados anímicamente luego de realizar las llamadas y algunos con mucha pena por cómo los familiares del paciente difunto exclamaban su dolor.

Otra situación bastante angustiante y que generó sentimientos de culpa en los médicos fue la de tener que tomar las decisiones sobre cuál de los pacientes tenía más posibilidades de vivir y por ende usar el escaso equipo de salud propicio para el restablecimiento de la capacidad respiratoria y del pulmón. Los jefes de guardia eran los encargados de tomar estas decisiones y lo hacían en base a la edad y posibilidades de recuperación de cada paciente. Muchos de los médicos tomaron esto como una decisión entre elegir quién merece vivir y quien no, lo cual los llevó a un dilema ético que los llevó a abrumar y a generarles mucho estrés y sentimientos de culpa. Esto generó en algunos médicos “un sentimiento de vacío”, como lo describe una de las participantes Sujeto 9 (emergenciólogo con 14 años de experiencia) en la siguiente cita:

“Sí, sí es muy difícil. Al principio, creo que muchos... cuando esto empezó era definir y decidir. Entonces era muy difícil y sí, golpeó mucho. Yo me acuerdo muchas cosas y sí pues me digo “Dios mío, me voy al infierno” por tantas cosas que vimos y que dejamos pasar y a veces digo “se dejaron pasar, pero no porque yo quería o porque quisiéramos, no teníamos, no teníamos cómo. Pero en la parte emocional, no. Como le digo, no soy la misma persona. Ya hay un vacío, yo siento eso, yo siento eso. Hay un vacío, muy difícil que ahora algo me pueda, como antes quizás, hacerme reír, hacerme carcajear, mmm no, muy difícil”.

Por último, el trabajo del médico en esta pandemia también supuso un gran temor en ellos por el contagio de la enfermedad. El COVID-19, resultó ser altamente contagioso y el temor iba más por la posibilidad de llevar la enfermedad a casa. Muchos de los médicos, además de trabajar en un centro de salud y cumplir con su labor, tenían un hogar y cumplían funciones como padres, hermano o hijos.

Además de esto, la carga de sentimientos encontrados y situaciones extremas con las que los médicos de emergencias tenían que lidiar casi diariamente produjo en algunos una sensación de desequilibrio emocional. Algunos describen estos síntomas como falta de sueño, imposibilidad para dormir, llanto repentino, sentimientos de culpa, falta de hambre, etc. Algunos incluso se atrevieron a decir que desarrollaron cuadros de ansiedad y depresión, además del síndrome de burnout. Puede observarse, además, que se percibió exclusión y/o discriminación, sobre todo al inicio de la pandemia, alimentado esto por la desinformación frente a la enfermedad. Uno de los participantes Sujeto 5 (emergenciólogo con 11 años de experiencia) lo describe de esta manera:

“Pero el otro problema era pues cuando también te acercabas a la familia que sentías cómo ellos se iban alejando, como empezaban a tenerte temor. Eso también era una situación difícil, que probablemente el que no sabía manejar las emociones se ha llevado cuadros de depresión, de estrés profundo. No duermes bien, duermes a sobresaltos, a veces también el apetito te disminuye, son varias cosas realmente. Estamos con el síndrome de burnout”.

Cabe resaltar que las mujeres de este estudio (2 participantes) expresaron sentirse “muy mal” por el hecho de haber tenido que elegir entre la vida y muerte de algunos de los pacientes, suceso que se dio en los participantes hombres también, pero que cobró mayor sentir por parte de este sexo. Este hecho hizo que en el caso de estas dos participantes se quiebren e incluso expresen con llanto lo culpables que se sentían por cómo se manejó la pandemia. Expresiones como “quién soy yo para elegir la vida o muerte de los pacientes”, “es algo que no creo que me lo vaya a perdonar”, “esta situación me ha dejado una sensación de vacío que no sé cómo expresarla”, entre otras frases. Dichos comentarios sugieren una culpa muy vívida en estas participantes a diferencia de sus colegas varones, que, si bien sienten que se pudo actuar de otra manera, no cargan con estos sucesos de manera punitiva hacia ellos mismos.

3.3.2. Actitudes personales reforzadas

En cuanto a una de las actitudes que manifiestan algunos de los médicos haber reforzado se halla la capacidad de reflexión sobre la vida y la muerte. La pandemia ha supuesto un cuestionar en ellos sobre conceptos como lo que es mejor para una persona que se encuentra en una situación grave y de mucho sufrimiento, lo efímero que puede ser la vida y la posibilidad de que en cualquier momento podemos perder a un familiar cercano o un ser querido, el valor por la familia, entre otros temas más. Por un lado, algunos de los participantes han reflexionado sobre el valor de tiempo con la familia. Por otro lado, otros pueden haber sentido abrumados por pensar demasiado en esto y experimentar cierta angustia al respecto.

Otros participantes, remarcaron el hecho de valorar más su salud, y la importancia del autocuidado como una manera también de poder rendir mejor en la labor que realizan. Algunos muy entregados a la profesión, descuidaron su salud física y psicológica, y padecieron el síndrome de burnout, que es la sensación de agotamiento laboral que impide al profesional realizarse plenamente en sus funciones. Entonces, esta pandemia supuso notar en algunos médicos que había la necesidad de ser más precavido con la sobrecarga que a veces pueden asumir en la labor que realizan. Se empieza, de esta manera, a valorar el plano de las emociones o la salud psicológica en sí misma, y deja este lado de ser subestimado como parecía serlo hasta entonces. De este modo, el Sujeto 4 lo menciona de la siguiente manera:

“Eso, que ser un poco más humilde en esto porque puede venir un microbio, virus, así como este. Un virus que ni siquiera lo vemos, que ni siquiera sabíamos, y que ha barrido a conceptos, de todo lo que sabíamos de medicina pues nos está dando la vuelta, la vuelta en todo. Que nos falta mucho por aprender. Tenemos que continuar trabajando, tenemos que continuar trabajando como médicos. Creo que como médico me he consolidado más. Me he consolidado más, pero siempre ser humilde, eso es importante”.

En el aspecto de las capacidades intelectuales, algunos manifiestan haber reforzado este ámbito a través del estudio constante sobre los diversos temas correspondientes a la enfermedad y otros temas de salud. Además, algunos han sentido la necesidad de reforzar el aspecto emocional puesto que la pandemia supuso un gran reto que han tenido que asumir con valentía, pero también con mucho compañerismo y solidaridad por el colega que a veces podía estar pasando un mal momento. En este sentido, el valor de ayudar y poder ser más empático con la situación de la otra persona también ha sido reforzado.

Otros participantes señalan el hecho de sentirse ahora más realistas. Se manifiesta en el hecho de pensar mejor las cosas y no actuar por actuar, de manera automática como también el poder reconocer sus límites y posibilidades de acción. Unos reconocen que a veces no van a poder con todo, por más que quieran curar u ayudar. O que tienen límites y la importancia de ser conscientes de ellos, o que a veces lo mejor que pueden hacer es procurar al menos que las personas no sientan dolor. La importancia de valorar el esfuerzo que hacen, como describe un participante, puesto que trata de hacer todo lo posible, pero que a veces las circunstancias son mayores que lo que uno puede hacer, entonces también debe responder con humildad y entender que tiene límites, pero que al menos puede hacer que la persona fallezca sin dolor.

También algunos señalan haberse vuelto más sensibles. Haber desarrollado más la capacidad de poder adentrarse en el otro, en el paciente y sentir su dolor. Del mismo modo, ha brindado cierta humildad para reconocer que ante la pandemia no contaban con los conocimientos suficientes para lidiar con esta y les hizo sentir su vulnerabilidad ante un virus que podía atacar a cualquier tipo de población sin distinción y acabar con la vida. Que a veces no sabemos todo y que hay una necesidad por seguir aprendiendo y capacitándose, además de no subestimar ninguna bacteria o virus por más minúsculo e inofensivo que parezca. En este sentido, algunos describen que su especialidad es “verdaderamente bonita” por el hecho de dar esperanzas de vida a otras personas y lo importante que es ser humilde para seguir estudiando y capacitándose, pues uno nunca llega a saber todo, sino que siempre hay algo más por mejorar y aprender.

Algunos participantes no consideran algún cambio mayor, pues consideran que es su trabajo y formación el ser responsable, lidiar con altas cargas de estrés y por ende tener una buena tolerancia a esto, ayudar al paciente e ir siempre con una buena actitud ante las demandas que puedan surgir, tal como sugiere el Sujeto 5:

“Los que trabajamos en emergencia tenemos cierta tolerancia al estrés. Es cuestión de saber organizarse, manejarse bien... En realidad, no he sentido mucho algún cambio que se podría. Los que trabajamos en emergencias y en hospitales grandes, ya nosotros sentimos el estrés a diario. Entonces, ahora fue el estrés simplemente enfocado a una nueva enfermedad que hasta ahora nadie conocía, que vamos conociendo y que conocemos. Y yo no noté mucho cambio, en realidad”

Siempre prestos para recibir a pacientes críticos, aunque sí pueden considerar un refuerzo en lo que es la identidad de grupo, de compenetrarse mejor con el equipo de

salud, en protegerse como médicos los unos a los otros. En este aspecto, es relevante pensar en cómo algunos médicos a veces divididos por ideas o rivalidades, se han unido para ir en una sola dirección. El haber asumido un rol tan importante de salvar los miles de vidas que llegaban a los pasadizos de emergencias los ha hecho sentirse más comprometidos con los demás compañeros. Experiencias como las de sentirse agotados, sobrepasados por la carga laboral, el dolor de tener familiares enfermos por el virus y el miedo al contagio, hizo que ellos se vieran reflejados entre los propios colegas que pasaban por las mismas situaciones, además de surgir un sentimiento de compasión por el dolor del otro, lo cual fomentaba mucho la identidad de grupo y el compañerismo, además de la alegría que surgía cuando poco a poco iban lidiando mejor con la pandemia y se reflejaba en la cantidad menor de infectados y los pacientes dados de alta.

Por último, algunos de los médicos han experimentado la sensación de haber reafirmado su identidad. De que la carrera y especialidad que decidieron seguir fue importante y ha resultado muy útil para la sociedad, especialmente en el periodo que ha durado la pandemia y que ellos pudieron salvar muchas vidas con sus conocimientos y entrega profesional. Además de esto, algunos comentaron sentirse más comprometidos con la profesión, brindando la mejor ayuda que pueden al paciente, ser más humano y comprometido con los colegas, apoyando a los que recién inician en las emergencias. Un posible ejemplo de ello es lo que nos manifiesta el Sujeto 3:

“La pandemia... a mí me gusta muchísimo la medicina de emergencias, me gusta mucho atender a los pacientes. Pero toda esta demanda de pacientes, me ha hecho pensar que mi especialidad es bonita. De que la especialidad que tengo para atender a los pacientes más graves dentro de la emergencia es de las mejores cosas que puede haber. Reafirma mis conocimientos con los pacientes”.

3.3.3. Adquisición de aprendizajes técnicos para la realización de la labor

Con respecto al apartado de aprendizajes adquiridos a raíz de la pandemia, algunos médicos señalan haber aprendido bastante sobre el manejo del paciente, capacitándose en técnicas correspondientes a otras especialidades, como las de los intensivistas para el trabajo con pacientes con escaso oxígeno.

Algunos médicos señalan haberse capacitado en temas de nutrición, terapia, rehabilitación, manejo del dolor, alternativas de sedación, pronaciones, ejercicios respiratorios en pacientes conscientes y dormidos, asepsia, antisepsia, mejora del manejo

de la vía aérea, las pruebas que hay que usar para determinar el contagio, entre otros aspectos. El sujeto 7 nos narra su experiencia en este aspecto:

“Teníamos que estar buscando la información, los artículos recientes que venían generalmente de Europa o Estados Unidos, había también de Latinoamérica de Brasil alguno que otro artículo, publicaciones sobre todo después de la primera ola porque antes de la primera ola no había nada escrito. Entonces, ya para la segunda ola ya teníamos si quiera un derrotero de cómo manejar a los pacientes, qué cosas que estábamos usando eran buenas y qué no servían de nada. Entonces, ya teníamos un criterio más definido ya”.

Otros médicos señalan haber aprendido sobre el manejo y uso de las cánulas de alto flujo y manejo de ventiladores mecánicos, fundamentales para el paciente grave atacado por el COVID-19. El tener a disposición a médicos residentes jóvenes que guiar ha implicado que algunos médicos busquen capacitarse cada vez más para poder enseñar de una manera más precisa a los médicos con menos experiencia y con mayores limitaciones. Tal es la experiencia del Sujeto 1:

“he adquirido, o sea el estar asumiendo la jefatura ese tiempo, me ayudó también a aprender un poco mejor cómo gestionar y ayudar a que el flujo dentro de toda la emergencia pueda funcionar un poco mejor, por lo menos hacer el intento de que funcione mejor. A tener mucho criterio, o a mejorar mi criterio, de repente, como te digo habían muchas decisiones complicadas, difíciles y hay varias cosas que hay que valorar. Entonces, me ha ayudado sí, he aprendido también todo lo que es el uso de cánulas de alto flujo, el tema de la ventilación. O sea, son parámetros o son situaciones que antes las veías poco pero ahora ha sido pues pan de cada día”.

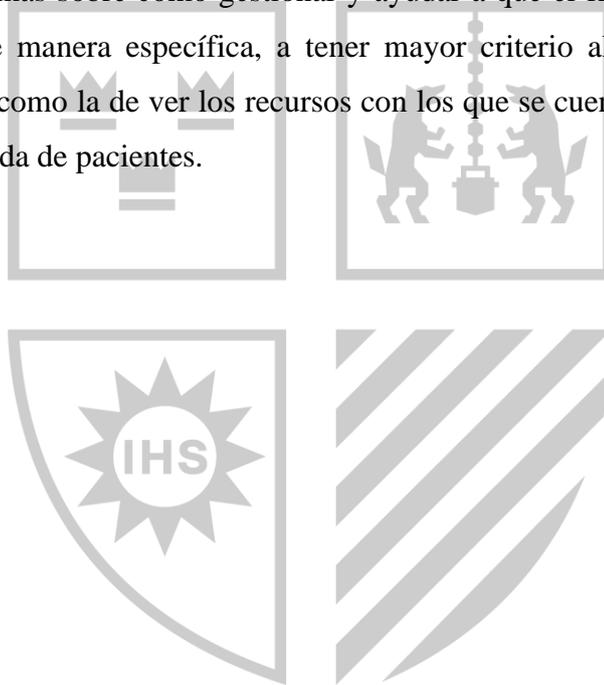
A raíz de la pandemia algunos médicos participantes consideran no bajar la guardia y seguir con los protocolos de bioseguridad y prepararse para otra emergencia sanitaria que puede ocurrir en algún futuro próximo. Esto ha cobrado mucha relevancia por el impacto que la pandemia tuvo y todas las adaptaciones que se han tenido que realizar a raíz de esto. Una pandemia de esta gravedad, solo fue estudiada en libros por muchos médicos, pero jamás imaginaron que la combatirían. Esto ha generado que muchos tomen precauciones, y exijan a los comités de salud elaborar estrategias para lidiar con una nueva pandemia que ya no es vista como lejana, y el estudio profundo de los virus y bacterias con las que convivimos.

Otros perciben haber mejorado en sus habilidades para realizar procedimientos de manera más rápida. Algunas entubaciones, colocación de catéteres venosos centrales,

y demás técnicas que, si bien antes no realizaban con frecuencia, han tenido que manejar con mayor habilidad por la necesidad y alta demanda. De este modo, lo describe el Sujeto 8:

“Se superó algunos temores para entubar, por ejemplo, para cerrar unos procedimientos invasivos. Durante la pandemia presenté lo mismo, pero ya conforme iban transcurriendo los meses ya poco a poco yo tenía más práctica, tenía más desenvolvimiento, comprendía más, estudiaba más. Entonces, postpandemia podríamos concluir, bueno con lo ocurrido en la pandemia, que académicamente me ha ayudado bastante, me ha ayudado bastante esta pandemia”.

Algunos médicos encargados de las jefaturas de turno mencionan haber aprendido un poco más sobre cómo gestionar y ayudar a que el flujo de la emergencia funcione mejor. De manera específica, a tener mayor criterio al momento de tomar decisiones difíciles como la de ver los recursos con los que se cuentan, la capacidad del personal y la demanda de pacientes.



CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

4.1 Dimensión individual/personal de la identidad profesional

De acuerdo con Menchaca et al (2021) la elección profesional en el campo médico se ve impulsada por una motivación mayormente relacionada con el interés científico, la vocación o el sentido de servicio, así también como motivos personales como los de tener algún miembro de la familia relacionado al campo de la medicina, el contacto temprano con algún tipo de patología ya sea en el círculo social del individuo o en la familia, el éxito o prestigio de la profesión misma, el nivel económico que se alcanza al realizar esta, o por el descarte de ser la única profesión que cumple con las expectativas del aspirante a esta profesión. Estas a su vez, están agrupadas en lo que Blustein (citado en Soria et al., 2006) describe como motivaciones intrínsecas y extrínsecas al momento de elegir una carrera profesional.

La motivación intrínseca tiene que ver con el hecho de realizar la actividad por placer y satisfacción, y la extrínseca tiene que ver con un abanico de conductas que son medios para la obtención de un fin y no el fin en sí mismo. Así pues, conforme a los resultados obtenidos en relación a las motivaciones de los médicos, encontramos efectivamente ambos tipos de motivaciones como el interés por las ciencias naturales expresadas por algunos médicos que los llevó a estudiar esta carrera (motivación intrínseca, puesto que nace de un deseo de aprender), otros por aprender el arte de sanar y la vocación de servicio (motivación intrínseca). Del mismo modo, describen haber estudiado la carrera por el hecho de continuar con la tradición familiar, como parte de su identidad (motivación intrínseca, puesto que es un deseo de superación personal).

Así también, ciertos participantes comentan el hecho de haber vivido de cerca la enfermedad de algún familiar cercano al que tuvieron que acompañar y cuidar gran parte de su tiempo (motivación extrínseca, puesto que su finalidad es proteger a su familia), o el hecho también de haber presenciado las carencias en salud pública de sus propias

comunidades que los motivó a querer hacer algo por ellas (motivación extrínseca debido a que se estudia la medicina para un fin, que es mejorar el sistema de salud de sus regiones).

Por otro lado, se entiende que muchos de ellos pudieron haber sido influenciados por familiares cercanos a estudiar esta profesión, como motivo de prestigio social y solvencia económica. En síntesis, la elección de esta carrera es impulsada por aspectos complejos, profundos, y que no se suele elegir como cuestión de azar. En muchos hay convicción y deseo de ejercer como tal más allá de fines meramente lucrativos o por mejor posicionamiento social. Además de ello, cabe señalar que estas motivaciones personales para la elección de la carrera de medicina son muy potentes para los participantes por el hecho de que son parte de su biografía y de cómo se han constituido sus anhelos de ser profesionales que trabajan con personas y con la responsabilidad de buscar el bienestar de estas (Padilla et al, 2012). Dichas motivaciones y valores han sido duraderas en el tiempo y han servido, quizás, como un motor para mantenerlos enfocados y comprometidos con su trabajo, estudio y presiones constantes que su carrera les ha demandado.

De acuerdo al estudio realizado por Padilla et al (2012), sobre los factores determinantes y elección de la especialidad, concluye que son las razones humanitarias las que predominan como más motivadoras para estudiar medicina. Del mismo modo, Rodríguez et al (2016), señala que estas motivaciones predominan en el ayudar a las personas y la vocación por la profesión, del mismo modo que Padilla et al (2012), señala que el humanismo, la responsabilidad y la ética profesional son los valores morales más reconocidos por los estudiantes para ejercer la profesión.

Así también, sobre la elección de la especialidad en medicina, nos dice Padilla et al (2012) que solo el 20% de los estudiantes entran a la especialidad que planeaban al inicio de la carrera. Asimismo, esta elección se haya mayormente relacionada con el tipo de personalidad del sujeto. Tal es el caso de la especialidad en medicina interna y emergencias, donde los estudiantes mostraban mayores rasgos investigativos y teóricos, mientras que los que elegían especialidades quirúrgicas se mostraban más prácticos.

El aspecto de la personalidad en la identidad profesional nos señala de lo estructural y trascendental que surgen estas motivaciones y características que implica la identidad profesional (Gewerc, 2021). Desde muy pequeños el sujeto se va haciendo una idea de sí mismo y con el tiempo lo va desarrollando, a su vez está sujeto a un entorno que lo va alimentando de nuevas perspectivas y este sujeto a su vez forma su propia visión

del mundo y lo que quiere realizar más adelante como profesional. Experiencias vitales e historia juegan un rol muy importante en esta formación del médico sobre su identidad profesional (Rodríguez, 2020).

En cuanto a la apreciación del médico sobre su carrera, Núñez-Cortés (p.1, 2014), en su texto sobre los valores del médico para un ejercicio de calidad, nos señala los fines de la medicina que todo médico debe tratar de cumplir:

- La prevención de las enfermedades y la promoción y conservación de la salud
- El alivio del dolor y del sufrimiento humano causado por la enfermedad
- La atención a los pacientes para curar a aquellos que sean curables y para cuidar a los incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila

Como es descrito por este autor, los fines de la medicina son altamente demandante y más en un contexto de pandemia. Justamente todo ello fue un desafío para los médicos, lo cual generó muchos sentimientos de frustración como lo describen ellos. Además de esto, Núñez-Cortés (2014) hace un énfasis en otros conceptos claves como el de colocar los intereses del paciente por encima de los del propio médico, mantener estándares competentes profesionalmente, y ser un auténtico experto en el terreno de la salud. Evidentemente, esto no resulta sencillo de alcanzar, pero sí significa un impulso de maestría al que todo médico trata de asemejarse. Así pues, los diversos participantes de esta investigación señalan valores, sentidos, y representaciones individuales similares a las descritas anteriormente.

Sin embargo, en el contexto de la pandemia, el hecho de cuidar a los pacientes incurables o la búsqueda de una muerte tranquila no parece haberse dado en las mejores circunstancias. En el primer caso, como lo describe uno de los participantes, los pacientes curables representaban los pacientes con menor edad y menos comorbilidades que los otros que eran mayores y que presentaban comorbilidades. Esto supuso que el médico priorice a los de menor edad sobre los mayores, y muchas veces esta prioridad que se daba significaba también quitarles la oportunidad a los otros con igual derecho de recibir una cama UCI de atenderse. Se trató sí de dar una muerte tranquila como señalan los

médicos participantes, pero narran la sensación de que se pudo haber hecho más o abordar el problema de otra manera. Todo esto se resignifica en una situación de frustración y malestar en algunos médicos que sintieron que no pudieron cumplir con estos fines de la medicina como se evidencia en el estudio de Monterrosa et al (2020) sobre el estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos.

Por otro lado, existe una preocupación veraz por aprender concienzudamente sobre cada enfermedad y adquirir los conocimientos necesarios para saber cómo actuar e identificar los problemas con los que llegan los pacientes, a su vez esto les permite realizar un buen triaje y actuar rápido, conductas muy necesarias en el trabajo en emergencias. Al lograr mayor eficacia en este aspecto, se logra prevenir el incremento del dolor con el que llega el paciente y reducir el tiempo de internamiento y de la necesidad de más equipos de medicina. Muchos de los participantes médicos se describen como profesionales que se antepone a las demandas de los pacientes e intentan dar el mejor servicio a estos. Todas estas características forman parte de los factores que determinan la elección de la especialidad de medicina de emergencias (Padilla et al, 2012).

Con respecto al perfil profesional del médico, Schiappacasse (1984), nos comenta que este consta de 3 áreas fundamentales: La orientación humano-profesional (ser), la formación intelectual (saber) y el desempeño operativo idóneo (saber hacer). Dicha definición se relaciona con los hallazgos encontrados en cuanto a la definición de muchos de los participantes que coinciden en señalar que la importancia de la medicina radica en tener una disposición a la sensibilidad de comprender el dolor de otro ser humano, y buscar, a través de este sentir, ayudar a sanar, además de estudiar constantemente para poder tener un mejor entendimiento del otro y sus enfermedades. Se diría, entonces, que un médico es el que siente el dolor de otro ser humano, estudia y hace todo lo posible para salvar la vida del otro. Ésta es una característica muy presente en los médicos participantes, en algunos más resaltante que en otros, pero que en suma lo comparten todos.

En síntesis, en las entrevistas realizadas a los participantes se ha podido apreciar estas características y actitudes en los médicos con respecto a su quehacer diario como el liderazgo, la actitud positiva y el conocimiento preciso para tomar decisiones con prontitud y adecuadas a lo que la situación demande, el trato humano con los pacientes y la capacidad para empatizar con la dolencia del paciente, y la práctica ética al momento de tratar con otros seres humanos y sus familiares. Se infiere cómo el médico tiene claro los estándares sumamente altos que debe cumplir un profesional de su carrera. Eso está

incorporado en él, pero a la vez, esto puede generarle una presión alta en la labor, más aún en contextos como en la pandemia.

Añadido a lo anterior, se hace evidente la percepción de que el médico debe hacer todo bien, esperándose una alta sensibilidad y trato humano. Todo esto puede a la larga generar sentimientos de frustración y desamparo en el médico cuando los pacientes no logran mejorarse o ser atendidos a tiempo. Es importante resaltar que muchas veces no va a depender únicamente del médico la recuperación y atención pronta del paciente, sino que existen otras variables como el sentido de enfermedad del paciente y su responsabilidad ante esta, los recursos del centro de salud y cómo se dirigen las áreas de salud de dicho ente (Seclén & Darras, 2005). En esta pandemia se sabe que la crisis sanitaria vivida en el Perú trajo consigo un desmantelamiento de lo que se había trabajado y logrado hasta ese entonces en la pandemia. Con muy poca prevención y recursos muy escasos a nivel nacional para el área de la salud, los médicos tuvieron que estar al frente y afrontar tal situación, por ello en su labor se mostraron muy frustrados y limitados al momento de ejercer su trabajo.

4.2. Dimensión colectiva/social de la identidad

En relación a la dimensión social y las creencias del médico sobre cómo es percibido por la sociedad y el personal del trabajo se tiene que gran parte de los médicos no se sienten mirados por las personas, esto en referencia a la especialidad que desarrollan, es decir, la medicina de emergencias y desastres. Por un lado, lo atribuyen a la poca expansión de esta especialidad en otros países, por otro lado, el tiempo de creación de dicha especialidad en el Perú, y, por último, lo complicado que puede ser formarse y desarrollarse en esta por la carga psicológica que esta demanda, al enfrentarse uno a desastres y atención en emergencias.

En este sentido, la especialidad de Medicina de emergencias y desastres, o también llamada Medicina de urgencias y emergencias en otros países del mundo es relativamente nueva y no se ha establecido en muchos países aún, puesto que de acuerdo a Morales-Soto (2014), esta tuvo su origen en la alternancia de eventos adversos como grandes emergencias o desastres, y la creación de instituciones e innovaciones implementados para garantizar las normas y otros recursos para la protección y apoyo en caso de eventos adversos como terremotos, incendios, y situaciones de gran aglomeración

de personas que ante un accidente podían perder el control y salir sin rumbo atacando la vida de los otros.

Así pues, tenemos el evento adverso del estadio nacional en Lima, ocurrido en 1964 que dejó 328 personas fallecidas y mil personas en estado grave (Morales-Soto, 2014). Luego, el terremoto del 31 de mayo en 1970, que dejó 65'000 muertes y 160'000 heridos. Más adelante, aparecería en 1980 hasta 1992 los constantes ataques por la organización terrorista Sendero Luminoso con diferentes ataques en distintos tiempos y que dejó bastantes muertes y miles de personas heridas. Todo esto produjo que se tome en consideración la creación de la unidad especializada para atender emergencias graves en el Hospital de Policía, la unidad de Shock Trauma.

Así también, con el tiempo se crearía en la Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad Mayor de San Marcos, la especialidad de Emergencias y Desastres el 10 de septiembre de 1992 (Morales-Soto, 2014). Se corrobora, entonces, que esta especialidad cuenta con apenas 30 años de creación en el Perú. Sin embargo, en Europa la situación es similar, ya que de acuerdo con Secada Gómez (2021), la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias (como la llaman allá) fue creada en Europa en Irlanda y Reino Unido en el año 1972, aunque fue siendo esta aún no considerada en algunos países europeos como en España. Dicha especialidad solo se encuentra en algunos países de Europa y de no mucha antigüedad.

Cabe resaltar que los pioneros en esta especialidad fueron los Estados Unidos de América en los años 60's a raíz de la Segunda Guerra Mundial y los conflictos con Corea y Vietnam (Luna, 2009). Esto llevó a una mayor especialización en la atención de urgencias y trauma, y la necesidad de equipos más sofisticados para cubrir los daños que se generaban en estos conflictos, por lo cual nace así la especialidad de medicina de urgencia, y luego es extrapolada a diversas partes del mundo. De acuerdo con Luna (2009), quien detalla en su ensayo sobre la historia de la Medicina de Urgencias en México, nos menciona que el servicio de Urgencias y el personal médico que brindaba la atención no eran reconocidos, ni se consideraban como un área que requería una preparación específica para su desempeño.

En relación a esto y sumado a lo expresado por los médicos sobre su especialidad, parecería que los médicos emergencistas cumplen una función muy fundamental, pero en la cual no logran formar un nexo fuerte entre paciente-médico, por lo que sienten que no se ve la importante labor que hacen. Si bien hay un reconocimiento por parte de las personas al médico y su trabajo, en pandemia ha cobrado una mayor

relevancia. Existe una necesidad por algunos de los participantes en que se siga reconociendo su trabajo y que se haga más notoria la especialidad que realizan. Este reconocimiento obtenido, parece tener una implicancia significativa en cómo los médicos construyen su propia identidad como profesionales, y como algunos lo mencionan, es como un motor para ellos ser reconocidos y respetados.

En cuanto a la relación médico-paciente Arrastía & Olivé (2014) nos mencionan que la asistencia médica se cimienta en la relación que se establezca entre el paciente y el médico. Este tipo de relación debe ser, sobre todo, profesional, y que el médico en su misma condición de profesional debe brindar su ayuda de manera humanitaria y sensible, el cual es un pilar importante para el nivel de satisfacción que el paciente sienta de la atención médica. Esta relación de acuerdo a los mismos autores (Arrastía & Olivé, 2014), no es sencilla puesto que intervienen dos personas con distintas personalidades, niveles culturales y educativos, y estados afectivos o emocionales, la cual se desarrolla a través del lenguaje tanto verbal como no verbal.

Si bien el médico no puede comprometerse a curar a los pacientes, es decir, a afirmar con exactitud que curará al doliente, sí se encuentra obligado a dar todos los cuidados necesarios con el fin de lograr la recuperación del paciente, mitigar su dolor, o evitar posibles complicaciones que propicien su muerte. Es en este sentido que se debe establecer la relación entre ambos, y en la cual también la habilidad para comunicarse eficientemente juega un rol muy relevante, no solo en el hecho de saber expresarse, sino también en el hecho de saber escuchar (Arrastía & Olivé, 2014). En esta línea, los autores también nos mencionan que el desgaste laboral al que muchos médicos pueden estar expuestos puede generar consecuencias negativas en cuanto a la salud física y mental de estos, lo cual trae como resultado una afectación de estos en el trato con los pacientes, y esta, a su vez, puede facilitar a que estos cometan yatrogenia, errores médicos, y la infracción o falta médica.

Gómez (2004) señala que el estrés laboral puede generar ansiedad, la cual aumenta la conflictividad con los pacientes, familiares y compañeros de trabajo tal como lo mencionan los participantes entrevistados. Con respecto a esto último, sirve preguntarse ¿hasta con cuántas personas puede relacionarse el médico en una situación de desastre o emergencia? De acuerdo con lo expresado por un participante, en una de los picos altos de la pandemia llegaron a atender a 250 personas cuando estaban preparados para 25 en una guardia, ¿podría negarse a atenderlos? Más allá de si se puede o no, está el factor humano que muchas veces queda a criterio de cada uno, pero se podría

hipotetizar que la la alta demanda de paciente producto de la pandemia y la poca preparación institucional de la salud en el Perú haya llegado a tal extremo que los médicos, como responsables de la atención a estos pacientes con COVID-19, asumieron que debían actuar más allá de lo que podía ser saludable para ellos, quizás porque no tenían otra opción, colocando así su salud psicológica y física en riesgo, por lo exigente que fue enfrentarse a este virus.

Por otra parte, el estudio de Celedón (2016), sobre la relación médico-paciente, nos habla sobre la evolución de la medicina a lo largo de los siglos, con un enfoque centrado en la socialización del médico con el paciente y cómo a raíz de la tecnología y el gran avance de esta, la relación entre estos dos se ha ido modificando pasando entre lo que el autor describe como tres eras. En primer lugar, se encuentra la era del paternalismo del médico, que el autor la ubica entre los 500 A.C., hasta la década de los 60's, en donde se tenía una confianza absoluta en el médico en lo moral como en lo técnico, además de ser este el responsable único de todas las decisiones. Parece incluso que aún perdura esta representación del médico como todo poderoso. En segundo lugar, llega la era de “la autonomía” o “del paciente”, en la cual la Asociación Americana de Hospitales genera el primer código de derechos a los pacientes: el consentimiento informado. Por último, llega la era “de la burocracia” o “del contribuyente”, la cual consiste en no solo exigir eficacia al médico en el trato al paciente, sino además eficiencia en generar de manera adecuada los recursos sanitarios (Couceiro citado en Celedón, 2016).

De este modo, se hace notorio que la medicina y la relación entre el médico y el paciente se ha ido modificando, desde un lado más paternalista hasta otro donde el paciente tiene mayor conocimiento de qué es la medicina, qué son las enfermedades y los diversos tratamientos, en síntesis, un rol del paciente más activo y cuestionador. Esto genera, mayores demandas y expectativas para los médicos que se ven forzados a no solo conocer las enfermedades, su semiología y la práctica, sino también a saber tratar de una manera más horizontal con los pacientes que pueden cuestionar su actuar y que además se expone a los profesionales de la salud a la crítica y exigencias.

Se aprecia, así, una tendencia más de empoderamiento por parte de los pacientes, quienes tienen un acceso mayor a la tecnología y a conocer procedimientos, así como también a no siempre acatar lo dicho por el médico. Esto también coloca al médico en un rol en el cual su palabra es de dudar y ciertas personas pueden incurrir en faltar el respeto y no considerar el tratamiento que el médico sugiere. Tal situación se apreció con el uso deliberado de la ivermectina a pesar que las instituciones de salud reprocharon su uso

indiscriminado y tildaron el químico como un uso peligroso para la salud puesto que la administración en dosis altas podía ocasionar convulsiones, enfermedad hepática, hipotensión, edema, taquicardia y úlcera dérmica como consecuencia de una sobredosis aunque no sean permanentes (Quintuña, 2022) entre otras recetas que se recomendaban para paliar los efectos del COVID-19 sin un aval médico correspondiente.

En cuanto, a las características y expectativas sobre el médico, podemos resumir estas a lo que alguna vez mencionó Hipócrates, el padre de la medicina, hace más de 2000 años (citado en Rodríguez Silva, 2006): conocimientos, sabiduría, humanidad y probidad. Estas en la actualidad han sido resumidas en tres parámetros por Pedro Lain Entralgo (citado en Rodríguez Silva, 2006), como *el saber ponerse en el otro lugar, sentir como él o ella, y disponerse a ayudar cuando enfrenta dificultades*. También el Rodríguez Silva (2006), nos señala que esta profesión es de alto contenido social y por ende este debe ser bien respetuoso en el trato con el paciente, que se espera de ellos que tengan un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad, la condición de piedra angular en la prestación del servicio de salud, y por ende su don de liderazgo, demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspirar a la reciprocidad por parte del paciente o sus familiares y requerir del facultativo el planteamiento cuidadoso de cada una de sus acciones, de modo que se eviten errores garrafales sin resolución. Se aprecias, así, cómo las expectativas sobre el médico a nivel ético y social son muy altas.

Del mismo modo, los pacientes son cada vez más demandantes y críticos, la cual puede explicarse por causas educativas de estos, pero también por la falta de formación de los médicos en cómo comunicarse asertivamente con los pacientes. Así pues, el tema de la judicialización puede resultar frustrante si el médico no concibe que los tiempos han cambiado y que ahora los pacientes cuentan con mayor empoderamiento y además, la necesidad de formarse en habilidades de comunicación para tener una mejor llegada hacia estos. Como conclusión de este apartado, da la sensación de que el tema de la representación social del médico, aún se le ve como un todo poderoso que lo debe solucionar siempre todo. Cuando esa expectativa no se cumple, hay una reacción muy fuerte por parte de los pacientes o familiares. Se cree que el médico no se cansa, que siempre está disponible, se les vio como los salvadores en la pandemia, y eso alimentó seguramente su actuación, pero la pandemia ha implicado para todos muchos sentimientos negativos y ellos pueden ser uno de los depositarios de todos los temores y frustraciones de los pacientes y sus familiares también.

Pedro Lain Entralgo (citado en Rodríguez Silva, 2006), como *el saber ponerse en el otro lugar, sentir como él o ella, y disponerse a ayudar cuando enfrenta dificultades*. También el Rodríguez Silva (2006), nos señala que esta profesión es de alto contenido social y por ende este debe ser bien respetuoso en el trato con el paciente, que se espera de ellos que tengan un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad, la condición de piedra angular en la prestación del servicio de salud, y por ende su don de liderazgo, demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspirar a la reciprocidad por parte del paciente o sus familiares y requerir del facultativo el planteamiento cuidadoso de cada una de sus acciones, de modo que se eviten errores garrafales sin resolución

Con respecto a los rasgos y atributos propios de la comunidad asumidos por el médico de emergencias se menciona bastante la gran tarea que supone para el médico tratar con el paciente desde una mirada humana y comprensiva, distinta de lo que en otras carreras puede suponer las relaciones en lo laboral. Gamboa (2018) hace referencia al hecho de que la relación del médico con el paciente se basa en un vínculo de coparticipación emocional y que esta llega a su fin con la recuperación de este último o con su muerte. Esto puede llevar a que el médico busque de vez en cuando protegerse de esa intensidad a la que las emociones pueden llegar, y así negar el vínculo afectivo con los pacientes, pero esto solo supondría perder la conexión con este y a su vez el compromiso del paciente por confiar y la voluntad de sanar.

Es por esto, que el autor (Gamboa, 2018) afirma que esta es una de las relaciones más complejas dentro de los vínculos humanos, puesto que cada uno depende del saber del otro, es decir, del deseo por sanar del paciente y el compromiso con el proceso terapéutico. De este modo, esta estrecha relación entre el profesional que la ejerce y el solicitante del servicio sería lo que diferencia a la medicina de otras profesiones, pero que, a su vez, se debe siempre tomar en cuenta las características históricas, culturales, sociales y económicas se inserta esta relación (Gamboa, 2018). Así pues, el autor señala que existen diferentes modelos y miradas en la atención del paciente por parte del médico.

Estos se ubican desde modelos con ausencia de valores de los pacientes como el instrumental o paternalista, en donde se selecciona un tratamiento que permita cumplir el objetivo del médico con una nula intervención del paciente sobre este, hasta modelos con presencia de valores de los pacientes, tal como el modelo participativo que discute, desarrolla valores con el paciente, recomienda tratamiento respetando los valores y concilia con el paciente en la selección adecuada de este, se discute así entre médico y

paciente las mejores alternativas para este último. Resulta fundamental de este modo, que el médico establezca con el paciente una relación estrecha puesto que como menciona Gamboa (2018, p. 29) “solo cuando el paciente esté convencido de que el médico lo ha escuchado y comprendido, creará en él, en su capacidad para reintegrarle su salud, y con esto se solventará el problema de adherencia terapéutica”.

Una de estas respuestas extremas que pueden experimentarse ante situaciones abrumadoras en el trabajo es el síndrome de burnout. Esta es descrita por la OMS (citado en Marín, 2022) como una respuesta al estrés crónico laboral sin un manejo exitoso. Es caracterizado por 3 dimensiones: sentimientos de pérdida de energía o agotamiento, aumento de una distancia mental, cinismo y perspectiva negativa del trabajo, y una sensación de ineficacia respecto a las habilidades propias y carencia de realización personal. Además, este trastorno es relacionado únicamente en el contexto laboral, por lo cual no es considerado en otras esferas de la vida. En relación a estas características se vuelve fundamental relacionar el aspecto de salud mental e identidad profesional.

Briggs (2007, citado por Ruvalcaba-Coyaso et al 2011) nos habla que la identidad profesional está basada en la percepción personal de autoimagen y autoeficacia en relación al contexto de trabajo. Además de esto señala componentes que pretenden identificar el grado de pertenencia del participante como los valores profesionales y la ubicación profesional, mientras que menciona otro, el del rol profesional, como un tercer componente que habla de la relación del participante con la estructura de la cual participa y forma parte. De este modo, cuando se ha desarrollado un síndrome de burnout, puede, como bien se menciona líneas atrás, generarse la sensación de ineficacia respecto a las habilidades propias, la distancia mental junto a la perspectiva negativa del trabajo y el agotamiento, los cuales influyen directamente en la imagen personal y percepción de autoeficacia que puede tener el médico, es decir, dos componentes claves según este autor.

No obstante, cabe suponer, que esta respuesta extrema, como es el síndrome de burnout, puede llevar al médico a tal deterioro que puede considerarse una crisis en su proceso de construcción de identidad profesional y esto llevarlo a replantearse qué hacer frente a ello, o bien puede continuar del mismo modo en ese estado de letargo y dificultad para sobreponerse ante el estrés, o generar un cambio que le permita salir de ello de una manera más adaptativa y realista que lo recomponga en sus funciones y quizás con otra actitud más resiliente.

Por otro lado, Monterrosa et al (2020), descubrieron en su estudio sobre estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos que trabajaban directamente con esta enfermedad hallaron diversos problemas de salud mental que contraían estos y cómo esto puede ser perjudicial para la capacidad de tomar decisiones y el bienestar en general. Así mismo, afirman que el estrés incesante o severo generará tendencia depresiva, disturbios del sueño, aislamiento social interpersonal, sensación de frustración o impotencia, Síndrome de Burnout y dificultades de adaptación. Se halló así de este modo, una alta presencia de síntomas de ansiedad tanto moderada como severa. Así mismo, citan un estudio de Nickel et al. realizado en un hospital de Toronto durante la epidemia del SARS, en donde dos de cada tres profesionales de la salud presentaban temor por contraer el virus y un 30% se había presentado afectaciones emocionales con una alteración negativa en sus estilos de vida y en lo familiar.

Del mismo modo, un estudio analítico de corte transversal realizado en 224 médicos ecuatorianos pertenecientes a un establecimiento del Ministerio de Salud Pública en Ecuador y elaborado por Vinueza et al (2020), se halló que durante la pandemia estos profesionales de salud estuvieron expuestos a altos niveles de estrés laboral, lo cual se concluyó que alrededor del 95% de estos sufriera el síndrome de Burnout tanto severo como moderado. El cual afectaba más a los jóvenes y mujeres. Se evidencia así lo mencionado por los médicos con respecto a las particularidades de su carrera y los desafíos que afrontan en su labor cotidiana como el estrés constante en su profesión, el sentimiento de agotamiento por la carga laboral, constante frustración e impotencia y más en el contexto de pandemia y síntomas de ansiedad y depresión.

Con respecto al rol institucional en la identidad del médico, Dreyer (2016) nos habla sobre el proceso de construcción de la identidad profesional del médico del primer nivel de atención, de cómo impactan los cambios sociales, tecnológicos y políticos que atraviesa. Este concluye que la identidad profesional se halla muy relacionada al aspecto del entorno y las organizaciones. Esto permite considerar que el lugar de trabajo, así como el ambiente laboral con los diversos compañeros, va a influir significativamente en cómo este profesional se siente con respecto a su identidad. La gran mayoría de los entrevistados expresó sentirse muy a gusto con respecto a su identidad, expresando un valor, respeto, compromiso y voluntad de trabajo por la profesión que han escogido.

Asimismo, expresaron que, si bien las condiciones de trato de la parte administrativa no eran las mejores, gozaban de un buen ambiente laboral, en la cual se sentían a gusto compartiendo con sus colegas y demás personal de salud. Además,

resaltaron el orgullo que sienten de trabajar en un hospital de prestigio y que eso les permitía obtener mayor experiencia y más capacitación para atender casos cada vez más complejos. Por otro lado, señalaron la diferencia que existe entre los hospitales de la red EsSalud y los del Minsa, pues lamentablemente estos últimos no gozan de un buen presupuesto y carecen de más materiales y recursos sanitarios que los de EsSalud tal como se describe en el estudio de Valverde & Díaz (2016) sobre la calidad de atención y satisfacción del usuario en establecimientos del MINSA y EsSalud.

Por otro lado, la pandemia también hizo que muchos de los médicos busquen capacitarse, puesto que consideraban que a mayor conocimiento mejor sería su intervención y además como un modo de proteger su propia vida. Otro aspecto fue el de reconocer que no pueden resolver siempre todo, y muchas veces uno puede sentirse con mucha incertidumbre. Sacristán et al. (2020) cuentan que la pandemia ha permitido reflexionar sobre el proceso educativo de los profesionales sanitarios. Esto ha supuesto muchas lecciones de las cuales las nuevas generaciones pueden aprender. Ha impulsado que muchos médicos se entusiasmen por capacitarse y prepararse mejor para hacer frente a la epidemia, y que se esfuercen por vencer a este virus a través del estudio y la ciencia. Sin embargo, para esto, no deben ceder ante la rigurosidad científica que caracteriza sus estudios y metodologías por presiones estatales, así como tampoco sus principios éticos.

En relación a los cambios percibidos por los médicos en la pandemia se ha hallado dificultades emocionales que ha conllevado la labor en esta pandemia, actitudes personales reforzadas y la adquisición de aprendizajes técnicos para la realización de su labor. Con respecto a las dificultades emocionales que conlleva la labor, durante esta pandemia los médicos que trabajaron en emergencias han presenciado lo que es la frustración de la escasez de recursos materiales, personal médico y tiempo para la atención plena a los pacientes con COVID. Esto llevó a que muchos presencien constantemente la muerte de estos pacientes, así como también la impotencia de no poder hacer más por ellos. Tal como lo describe Marcillo y Peñaloza (2020, p.8), los médicos de emergencia se hallan “constantemente bajo trauma psicológico debido al encuentro con paciente críticos, mortalidad, violencia, que pueden afectar su salud mental y física”. En otras palabras, existe una dificultad de digerir mentalmente las experiencias abrumadoras que trajo la pandemia en sus trabajos, especialmente por la frecuencia de su presentación como serían las muertes, las cuales eran frecuentes, aleatorias y diarias.

Algunos de los participantes señalaron haberse sentido muy mal durante la pandemia y decidieron acudir al psicólogo, muchos de ellos también señalaron la

importancia de un área de psicología en los centros laborales, y que debería ser promovido con mayor énfasis. Así también, otros señalaron sentirse muy agotados y físicamente adoloridos. Iglesias et al (2020), señalaron en su estudio sobre el estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19 realizado en Perú, que esta es una enfermedad crónica que se desarrolla luego de estar expuestos a un trauma severo, y que a su vez está relacionado con recuerdos intrusivos, sueños angustiantes, estados de ánimo negativos, entre otros. Esto, de acuerdo a los autores, puede haberse visto en profesionales sanitarios de países en desarrollo, donde la pandemia marcó un hecho sin precedentes, en donde se tuvieron que tomar decisiones complejas, como las de decidir quién merece ser entubado y quién no, o quién merece ir o no a una sala UCI, o mandar a casa a pacientes no tan graves, pero sí en riesgo por no contar con espacio dentro de los hospitales, además de trabajar bajo presión en situaciones de alto estrés.

Los autores Marcillo y Peñaloza (2020) & Iglesias et al (2020), nos hablan sobre las decisiones difíciles que algunos médicos tuvieron que realizar, como la asignación de recursos escasos a pacientes igualmente necesitados y cómo brindar atención para todos los pacientes gravemente enfermos con recursos limitados e inadecuados. Todas estas decisiones y situaciones laborales extremas pueden causar en algunos trabajadores problemas de salud mental, por lo cual recomienda que se tenga en cuenta este factor y que se agilicen la creación de equipos profesionales como psicólogos para una pronta intervención y una elaboración de programas especializados en intervención individualizada para tratar estas consecuencias que ha dejado la pandemia a nivel psicológico en estos profesionales de la salud.

En sí, la alta cantidad de demanda que han tenido los médicos, la presión constante, el agotamiento y la aparición de emociones negativas han sido un cúmulo de circunstancias que han llevado al límite a estos profesionales. Y a eso sumarle el hecho de lidiar con situaciones de vida y muerte e incertidumbre sobre los pacientes y su propia salud. Esto lleva a preguntarse si su identidad ante estos hechos puede o no verse afectada. Se puede apreciar que el aspecto de sentirse satisfechos con la labor no es del todo óptimo a raíz de las diversas vicisitudes que ha implicado el trabajo en esta pandemia y la falta de reconocimiento. Sin embargo, la autonomía, compromiso, responsabilidad y conciencia del por qué y para qué realizan su labor los médicos parece mantenerse firme y en reposición a pesar de las demandas que emanan de la sociedad. Pareciera que la base en la cual se forma esta identidad del médico tiene mucha relación con el valor que hay hacia la vida humana, la responsabilidad y compromiso con el paciente, y la gran

satisfacción de salvar una vida, a pesar que las circunstancias externas no sean las más favorables.

Del mismo modo, existe una insatisfacción por muchos de los participantes al no sentirse reconocidos a nivel social por las personas, tanto al confundir su especialidad como emergenciólogo al de un médico general, como al no recibir el agradecimiento por muchos pacientes a los que salvaron cuando se hallaban inconsciente pero que despertaron en otras salas sin saber quién fue quien los atendió primero. En este aspecto, es importante resaltar que en la medicina existe una clara jerarquía como lo describieron algunos de los participantes. Normalmente un médico general no es visto de la misma manera que un especialista como se describe en el estudio de Hamui et al (2014) sobre la cultura organizacional y el clima laboral en las residencias médicas. Además, entre las personas que comienzan hacer su especialidad también se les divide por el rango de año en que se encuentra sea R1, R2 o R3 (de acuerdo al año de residencia en la que se encuentran, normalmente el tiempo de especialidad es de 3 años). Además de esto, la voz de la experiencia por médicos mayores y con más años de labor son más consideradas que la de los médicos más jóvenes.

Por lo tanto, se aprecia una dificultad emocional en los médicos de emergencias en relación a la insatisfacción y frustración que pueden sentir al no ser reconocidos socialmente ni a nivel del gremio de médicos como desearían. Además de esto, es importante señalar que en las instituciones médicas existe una verticalidad en cuanto a la experiencia, conocimientos, y cargos que ostentan los médicos y que puede ejercer una presión sobre aquellos que recién se inician y empiezan a trabajar en el ambiente laboral.

En cuanto a la pandemia y lo que significó para los médicos lidiar con ella, se hallaron muchos testimonios sobre lo desbordante que fue esto y lo difícil que fue hacerle frente. Las experiencias de incertidumbre y temor de enfrentar algo nuevo, un virus del cual no tenían ninguna información previa más que lo que se estaba hallando en ese momento, temor al contagio y desconocimiento sobre cómo opera el virus, lo complejo que fue atender a los pacientes cuando la pandemia estaba en su máximo pico y la demanda de pacientes era bastante alta, las decisiones sobre el destino de cada paciente, es decir si iba o no a ventilador mecánico o se quedaba en piso, lo difícil y estresante de tener que comunicar a los familiares sobre los decesos de sus parientes, entre otras situaciones.

De este modo, Sacristán et al. (2020) nos explica la bioética, la cual se refiere al concepto de ética en el campo de lo biológico en situaciones como la vida humana y de

otros seres vivos, trasplantes de órganos, muerte, etc., ante la escasez de recursos que tuvieron que afrontar los médicos en la época de la pandemia: insuficiencia de camas de UCI y de respiradores, las decisiones difíciles que los médicos han tenido que tomar con respecto a la elección sobre qué pacientes tendrían la prioridad para acceder a la unidad de cuidados intensivos (UCI), la cual permite mayores ventajas para la restauración del enfermo, y quienes no, y el conflicto ético que esto ha supuesto para muchos médicos esta responsabilidad. Asimismo, el autor (Sacristán et al., 2020) coincide con los participantes en describir este momento como muy grave y para lo cual ninguna universidad prepara.

Para muchos de los médicos participantes, la pandemia supuso un cúmulo de emociones diversas. Estas emociones tendieron más hacia la incertidumbre y la angustia por la tensión de manejar las vidas de los pacientes, así como el temor mismo de contagiarse y de contagiar a otros familiares. Además del cúmulo de emociones negativas, es imprescindible tratar el tema del estrés laboral en los médicos participantes. Este se expresa como un proceso que se desata de manera natural frente a las amenazas y los efectos que genera a nivel físico, psicológico y social (Marcillo & Peñaloza, 2020).

Ante esto tenemos la revisión teórica realizado por Mamani et al (2007) sobre los factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en el área de emergencias y se concluye que estos factores desencadenantes están relacionados con “el grado de responsabilidad del profesional de la salud, la sobrecarga de trabajo y la presión del tiempo, el contacto con la muerte, el sufrimiento, el conflicto y la ambigüedad de roles, el clima organizacional, los horarios irregulares, no tener oportunidad de exponer quejas, inestabilidad laboral, falta de apoyo por parte de los compañeros, y problemas de interrelación con el equipo multidisciplinario” (Mamani et al, 2017, p.55). Además de esto las consecuencias serían el ausentismo laboral, tardanzas y retraso en el trabajo, poca participación e identificación, así como en los aspectos de la ejecución del trabajo y los aspectos de organización como: cantidad y calidad de la productividad, accidentes y sobreutilización de la iniciativa y creatividad, además que de ser permanente este estado se podría desarrollar el síndrome de Burnout.

De acuerdo con Ferrán & Barrientos (2021), las cifras que estima el Ministerio de Sanidad de España con respecto a los profesionales sanitarios infectados suponen el 14% del total de personas que ha adquirido el virus. Además de esto, las condiciones laborales que afrontan se caracterizan por una gran presión asistencial y el posible colapso del sistema sanitario, en los cuales se ven muchas veces incapaces de asumir una demanda

alta. Por lo cual, la combinación de riesgo de contagio y presión asistencial, supone un riesgo de salud psicoemocional y física, por el elevado nivel de estrés, en estos profesionales. En conclusión, la sobre carga laboral y el estrés que supone esto puede influir en un deterioro en cuanto a la salud mental y emocional de los médicos, afectando así su calidad de vida general.

4.3. Cambios en la identidad profesional a raíz de la pandemia

Por el lado, de las actitudes personales reforzadas se tiene que esta enfermedad ha supuesto un gran afrontamiento por los médicos en ver a las personas entre la vida y la muerte constantemente y a pensar en torno a esta última de un modo más profundo y reflexivo. A pesar que esto es parte de su carrera, en el caso de la pandemia se intensificó de manera desorbitante. En el estudio de Maguiña (2020) sobre sus reflexiones en torno a esta enfermedad y la labor del Colegio Médico peruano y la salud pública, nos dice el autor que la epidemia del COVID-19 ha desnudado la realidad sanitaria peruana y nos ha hecho ver la situación precaria en la que estos profesionales laboran. Por otro lado, la muerte en general es un aspecto que es difícil de digerir y genera un temor intenso para una persona (Idacochea et al, 2021) y ellos han estado expuestos a ello constantemente, lo cual les trajo a muchos un exceso de culpa, temor, irritabilidad, incertidumbre, pena, dolor y frustración como ha sido descrito por los participantes.

En el estudio realizado por Idacochea et al (2021), sobre el miedo y la ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del COVID-19; se halló que los médicos que habían atendido directamente a las personas con COVID-19 desarrollaban mayor temor al proceso de muerte del otro que a su propia muerte, mientras que en los médicos que no atendieron pacientes con COVID-19 ocurría lo contrario. Por ello, el temor por la vida de sus pacientes con esta enfermedad se vio incrementada provocando así una mayor ansiedad cuando no se sentía capaz de enfrentar el sufrimiento y la muerte de su paciente, o cuando desconocía los aspectos de enfermedad del COVID-19 en su paciente.

Así también, el hecho de estar al tanto en cada momento, gracias a la tecnología y globalización, de los casos nuevos y decesos ocurridos en todas las partes del mundo ha generado un cuadro de ansiedad y miedo constante, pues en las noticias se apreciaba como cada vez más personas eran víctimas de esta enfermedad y cómo cada hospital o centro de salud era sobresaturado de multitud de personas. En esta línea, su artículo

explora el hecho de cómo el COVID-19 no solo no ha discriminado entre naciones, pueden estas ser de mayores o menores recursos, sino que también ha sido “democrático” en el sentido que ha afectado y se ha visto cómo gente joven ha enfermado y fallecido, del mismo modo que no ha hecho diferencias en atacar tanto a personas pobres como a ricos.

Es verdad que ha habido países que han podido manejar mejor la situación de emergencia sanitaria, pero que otros países como Brasil, India y Perú se han visto desbordados en su capacidad de poder responder eficientemente ante este virus (Maguiña, 2020). Esto puede apreciarse en los comentarios de algunos de los médicos participantes quienes expresaron sentirse más conscientes de lo efímero que puede ser la vida, y lo importante que es el cuidado y la prevención en salud. Muchos de ellos cuentan con familiares que han tenido contacto con esta enfermedad, y han visto por experiencia propia cómo esta enfermedad ataca y las repercusiones que puede tener una vez entra en el organismo de la persona y las secuelas que deja, lo que ha generado que haya una mayor preocupación en ellos por mejorar en sí mismo el sistema de salud y poder hacer frente, ahora con una preparación más adecuada, a otras posibles epidemias que puedan surgir más adelante. De acuerdo a este mismo autor se ha podido apreciar cómo con la pandemia se ha visto que no ha habido país que la haya pasado tranquilo, con excepción de algunas tribus que no entraron en contacto con este virus, y que también se ha hecho notorio la importancia en la salud, la prevención y la necesidad de una mayor inversión en recursos e infraestructura en todo el sistema sanitario peruano.

La conciencia de enfermedad, y las ganas por aprender más se han visto reforzadas en muchos médicos, que parecen tomar más en serio su profesión y a sentirse más orgullosos de la carrera y especialidad que decidieron seguir. Una sensación de fraternidad se ha visto reforzada en muchos de estos médicos, al haberse formado un grupo de médicos que unidos han tenido que apoyarse los unos a los otros para sobrellevar toda esta carga que supuso enfrentar el COVID-19, tal como describe Alonso (2021) en su artículo de Formación y Pandemia en médicos. Muchos médicos, desarrollaron cualidades de docencia para poder guiar a los médicos más jóvenes, y el conocimiento tuvo que repartirse de manera altruista y generosa. Del mismo modo, la conciencia social y política se ha agudizado en muchos médicos que han logrado ver cómo todo se haya conectado desde lo político, social e institucional, y qué importante es saber y conocer sus derechos para tener una base sobre la cual reclamar y exigir que se obre bien, de modo que ya no se vuelva a repetir una situación como la que se hallaba el Perú cuando apenas

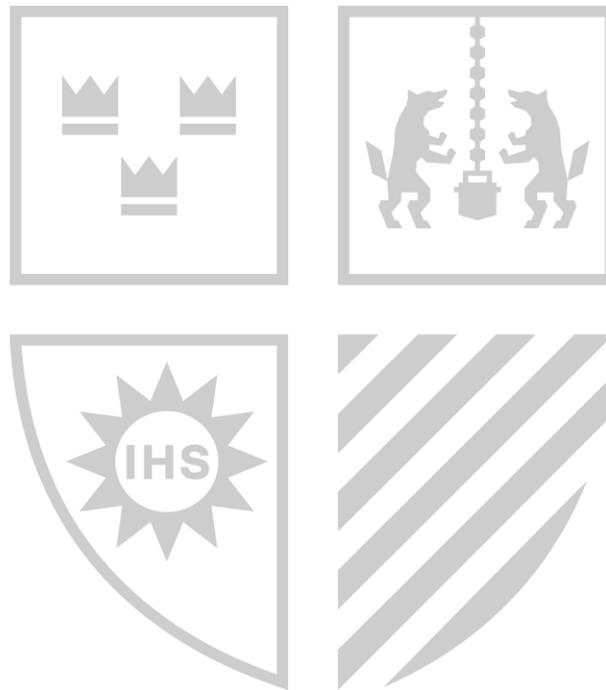
llegó el COVID aquí y que se contaba con menos de 200 camas UCI y un sistema de salud muy precario y en vías de desarrollo.

Por otro lado, Galán et al. (2020), en cuanto a su estudio sobre el riesgo y muerte en los médicos durante los primeros 100 días de la pandemia en el Perú, nos señala que el Colegio Médico ha ido recolectando información diariamente a través de los Consejos Regionales encargadas de realizar el contacto con las instituciones sanitarias para conocer la situación del personal de salud durante esta crisis. Con estos estudios y además sumado a lo ya realizado por investigadores de otros países que han vivido la enfermedad meses antes, se ha buscado establecer medidas de prevención y cuidado con los médicos. En este sentido, se ha procurado corregir los errores que pusieron en riesgo a muchos médicos como el factor del ambiente cerrado, la necesidad de proteger a los médicos mayores de edad y con comorbilidades, mejorar el equipo de protección, y cuidar, sobre todo, la salud psíquica de los trabajadores de la salud que se ha visto afectada por esta gran sobredemanda de pacientes y estrés ante la enfermedad.

Se puede observar a lo largo de este reporte que la pandemia tuvo diversos momentos significativos para los médicos que atendieron en esta pandemia en primera línea: Por un lado, en un momento de la pandemia donde todo era una incertidumbre, lo que podríamos ubicar como la primera ola. Este momento quizás fue el de mayor pico de ansiedades, temores, incertidumbre y miedos a los que el médico pudo haberse enfrentado. Por otro lado, hubo otro momento, donde los médicos ya comenzaban a entender mejor la enfermedad y a saber tratarla. Aunque, el temor seguía presente había mayor conocimiento y una mirada hacia el futuro un poco más positiva dado que empezaban a salir las vacunas y a controlarse los decesos.

Sin embargo, aparece nuevamente una segunda ola que se lleva consigo a muchas personas y otra vez los hospitales y centros de salud se vuelven a saturar de pacientes con COVID-19. Esto supone nuevamente una fuerte carga de estrés y otra sensación de no poder contra la enfermedad. Así también, durante todo este tiempo los médicos seguían yendo a trabajar y a enfrentarse a esta pandemia lo cual trajo consigo distintas experiencias, entre buenas y malas para ellos. Sin embargo, lo que más queda en ellos es una sensación de que dieron lo mejor de sí mismos, y que en parte pudieron contrarrestar la pandemia a pesar de todos los cambios y vicisitudes que se enfrentaron como el mal manejo de los recursos sanitarios y la gran crisis sanitaria a nivel institucional que vivía el país por un mal manejo previo a la pandemia que ya existía en cuanto a la salud en el Perú.

Podría afirmarse que esta crisis de la pandemia ha marcado un antes y un después para los profesionales sanitarios, así como una huella que será imborrable en cada uno de estos médicos que la enfrentó, pero que también dejará muchos aprendizajes consigo. Ante esto surgen las preguntas sobre ¿Qué conflicto interno generan las cuestiones éticas para los médicos? Pone en juego valores personales, creencias sobre la vida, etc. ¿Cómo se siente moralmente un médico que ha tenido que tomar decisiones que en otros momentos ni en juego hubiese pensado en decidir? ¿Cómo es vivenciado ese conflicto interno?



CONCLUSIONES

Durante la investigación se ha pretendido definir la identidad profesional no como un proceso estático e inmutable, sino que supone un cúmulo de experiencias vividas, tanto de los sentimientos como las necesidades del sujeto y las relaciones que establece con su entorno social y laboral. Se ha descrito esta identidad desde dos dimensiones: la personal y la social-colectiva. En la personal se haya parte de la historia de cada participante, y las motivaciones singulares que los llevó a ejercer la profesión de medicina, además de esto, se ha tomado en cuenta las representaciones individuales de cada participante sobre su profesión, y las experiencias propias y sentimientos que experimentan al trabajar con el COVID-19. Por la parte social-colectiva, se ha descrito la identidad en términos de representaciones sociales que siente el médico ser propietario, identificación y diferenciación de otros grupos de profesionales y el rol de las instituciones. En esta dinámica, se ha podido extraer un tercer objetivo específico, el cual pretende describir los cambios percibidos por los médicos en torno a su identidad profesional a raíz de la pandemia.

- A manera de conclusión y respondiendo al primer objetivo específico de la investigación, se halló que la dimensión personal-social de la identidad profesional de los médicos refiere a las motivaciones personales que tienen que ver con experiencias personales de vida, a un sentido de vocación social y servicio, así como la influencia de personas cercanas al entorno. En cuanto a estas experiencias personales de vida se hayan la de haber vivido de cerca una enfermedad ya sea propia o en algún familiar significativo, en el cual, en muchos casos cumplieron un rol de cuidador o de acompañamiento. Esto en algunos casos, motivó al participante por interesarse en la medicina así con el fin de conseguir el conocimiento para poder hacer frente a las enfermedades. Además de esto, en algunos hay una afinidad por las ciencias naturales, como la biología, y desde

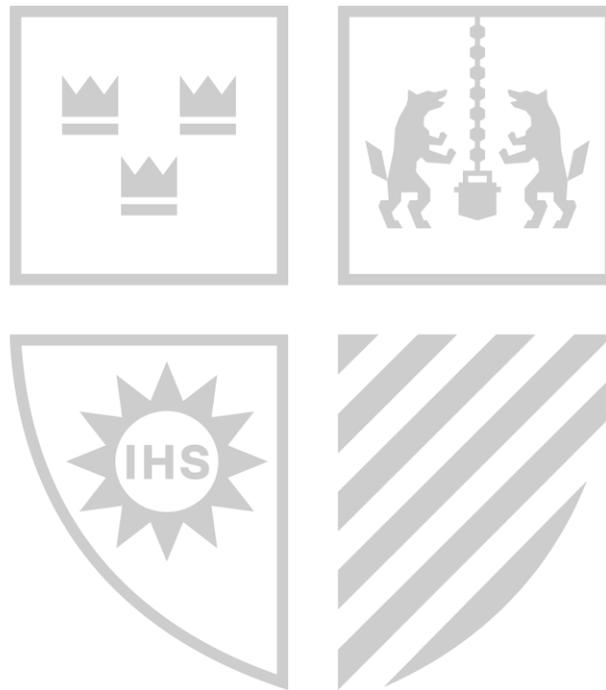
pequeños se han visto curiosos por aprender más de esta lo que los llevó a estudiar medicina.

- En cuanto a la vocación social y de servicio, estos participantes resaltan estas cualidades que forman parte de su identidad, y que los hace ser quienes son, características importantes para ejercer la carrera de medicina, una carrera humanitaria. Del mismo modo, la influencia externa que resaltan los participantes tiene que ver con la cercanía de familiares que ejercían esta carrera, muchas veces son personas que pertenecen a “familias de médicos”, que impulsa este interés por continuar dicha profesión. Por otro lado, está el haber presenciado de cerca las carencias en el área de salud en su lugar de origen, que les generó una necesidad por querer mejorar esto y en su futuro corregir dichas falencias.
- En cuanto al segundo objetivo de la investigación, los y las médicos participantes expresaron sentimientos ambivalentes en torno a cómo sienten que son percibidos por la sociedad. Por un lado, valorados y reconocidos por toda la labor de riesgo y de cuidado que realizaron y por otro lado depositarios de frustraciones y ataques. A su vez, reconocen que en su trato ellos mismos notan dificultades para vincularse de la mejor manera con los pacientes, por lo que consideran la necesidad de mejorar su trato con los pacientes y no dar la impresión de ser personas distanciadas emocionalmente. Pero esto último mucho tiene que ver con la sobrecarga laboral y emocional a la que están expuestos y tienen que lidiar, además de no contar con todos los recursos necesarios para poder trabajar plenamente, esto vendría a ser una consecuencia del mal manejo institucional que se tiene en el área de salud a nivel nacional.
- En relación con el aspecto de pertenencia y diferenciación del grupo profesional, para el médico de emergencia, la relación con el paciente se basa en un vínculo de coparticipación emocional, que llega a su fin con la recuperación de éste o con su muerte. Esta estrecha relación entre el profesional que la ejerce y el solicitante del servicio sería lo que diferencia a la medicina de otras profesiones y esto justamente puede llevar al médico a protegerse buscando distanciamiento emocional.
- En relación al rol institucional sobre la identidad profesional, si bien resulta clave para el estado de bienestar y seguridad de los médicos, no necesariamente juega un rol positivo. Muchos lamentan no poder contar con los recursos suficientes

para trabajar adecuadamente, así también con el apoyo del centro de trabajo. Sin embargo, se sienten a gusto de poder recibir ese apoyo emocional por parte de los colegas, personal de servicio y de los mismos pacientes. Esto puede explicar por qué tal vez no contar con las mejores condiciones laborales no necesariamente influye en gran medida sobre la identidad profesional, pues esta podría estar más ligada a otras variables como la relación entre paciente-médico, o médico-personal de servicio o colegas, o también jugar un rol de compensación donde la relación del paciente con el médico tenga un mayor peso sobre la relación del médico con la institución de trabajo. Además, lo significativo que es para ellos poder ver al paciente recuperarse, sea cual sea la situación laboral que se hallen, salvar la vida bajo cualquiera de las condiciones en la que se trabaje.

- Por otro lado, si bien la pandemia resultó un momento de crisis a nivel sanitario y personal, esto produjo un fortalecimiento en la identidad profesional de los médicos, pues se ha fortalecido su sentimiento de valor e importancia. Muchos de ellos expresaron sentirse en una posición muy importante en la que tenían la responsabilidad de cuidar de otros seres humanos y de hacer frente al virus. Así también, la pandemia ha motivado a muchos médicos a capacitarse más. Se desprende, entonces, que la pandemia parece haber impulsado un mayor compromiso de los médicos con su profesión, a la vez que los ha llevado a un proceso de introspección en donde han reflexionado diversos aspectos de ellos mismos y de la realidad en la que se desenvuelven. Además de esto, han podido entender el valor de las relaciones interpersonales y otros aspectos trascendentales sobre la vida y la muerte.
- En síntesis, se puede decir que la identidad profesional más positiva puede generar un mejor desempeño en la labor de los profesionales. Una mirada más positiva a su labor, reconocimiento, expectativas sobre él mismo, mejores recursos materiales para su labor, o un acompañamiento emocional en su centro de trabajo que lo acoja o fortalezca emocionalmente, así como la posibilidad de resolver situaciones adversas propias de la actividad médica, pueden ser elementos que alimenten una identidad profesional positiva, pero sobre todo realista. Esta identidad al ser más desarrollada, reflexionada e interiorizada permite que el profesional pueda hacer frente a situaciones adversas que impacten sobre él. Si el profesional encuentra un espacio para reflexionar sobre su labor, se integra más en su grupo de trabajo y consolida más los valores y principios de su profesión,

así como la ética profesional de esta misma, será alguien que pueda poner en la gran mayoría de veces su deber ser por encima de las emociones adversas que una situación crítica pueda generarle.



LIMITACIONES

Con respecto a las limitaciones del estudio, por cuestiones de dificultad de alcance a participantes debido al contexto de pandemia que nos hallamos, no se pudo lograr una paridad de género, pues fueron 8 varones y 2 mujeres los que participaron lo cual podría sugerir una aproximación al fenómeno (específicamente en términos de la asunción de roles) mediada por el género. Del mismo modo la investigación fue hecha en un hospital que goza de gran reputación y apoyo económico, por lo cual la experiencia podría ser diferente en aquellos médicos que trabajan en condiciones más precarias. Por último, si bien los participantes de esta investigación son médicos, la gran mayoría (8 de ellos) son de la especialidad de emergencias y los dos restantes médicos internistas, aunque ambos trabajan en la misma área (emergencias y desastres). La especialidad de elección podría repercutir en la experiencia de cada médico, ya que se sabe que son los médicos que trabajan en emergencias los que se hayan expuestos de manera más directa y con mayor demanda a los pacientes con COVID.

Por otro lado, no se pudo realizar una investigación longitudinal en la cual se habría podido apreciar un antes y un después de manera más clara sobre el proceso de construcción de la identidad de los médicos que trabajaron en la pandemia del COVID-19. Del mismo modo, la presencialidad habría tenido unos componentes extras en la interacción y familiarización con los participantes para generar un mayor clima de confianza y apertura al diálogo.

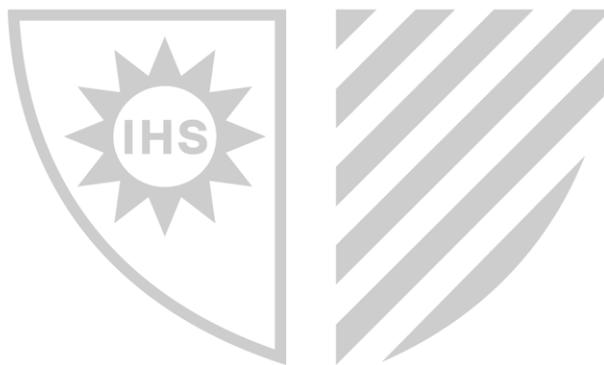
RECOMENDACIONES

Por medio del análisis realizado durante esta investigación, se ha podido llegar a las siguientes recomendaciones que podrían ser de utilidad para futuras investigaciones, intervenciones o proyectos relacionados al campo de la identidad profesional del médico y contextos de crisis sanitaria.

- Fomentar la investigación en el área de la salud mental de los médicos en el Perú con la finalidad de que se pueda conocer más a fondo la situación emocional y psicológica que viven cada uno de ellos en el trabajo y así poder generar un mejor ambiente de cuidado para ellos, lo cual repercutiría, además, en la población atendida.
- Se sugiere mayor inversión económica en el sector Salud a nivel estatal, de modo que se pueda contar con los diversos aparatos tecnológicos básicos que requiere cada hospital de la región y no se centralice todo en uno solo, sino que más bien los otros hospitales puedan estar a la altura de las demandas de la población aledaña.
- Para investigaciones a futuro se sugiere corroborar el tipo de especialidad que ejerce el médico participante y evaluar su experiencia a raíz de esta tomando en cuenta la especialidad de desarrollo, puesto que diferentes especialidades ofrecen distintas experiencias.
- Fomentar el servicio de psicología en cada centro hospitalario para la atención del personal de salud en caso lo precisen, pues el hecho de atender a personas en estado crítico puede generar un mayor agotamiento psicológico en los profesionales que atienden.
- Estudios sobre el estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos hallaron diversos problemas de salud mental que contraían estos y cómo esto puede ser perjudicial para la capacidad de tomar decisiones y el bienestar en

general. Así mismo, el estrés incesante o severo generará tendencia depresiva, disturbios del sueño, aislamiento social interpersonal, sensación de frustración o impotencia, síndrome de Burnout y dificultades de adaptación. De este modo, se sugiere que haya un mayor apoyo a nivel institucional en temas de prevención de salud mental en torno a los médicos emergenciólogos que tratan casos de situaciones extremas.

- Incentivar al profesional médico en la participación de la política y representación gremial, sindical, comunitario, de modo que se luche por los derechos y deberes de su colectivo. Exigiendo así un mayor cuidado, atención y respeto por el profesional y su cuidado necesario.
- Desde los espacios de formación como la universidad, los centros de capacitación y lugares de especialización fortalecer la identidad del médico, de modo que se pueda reivindicar el valor y la significancia de esta profesión. De modo que se pueda formar profesionales con una identidad tan sólida que puedan hacer frente a las vicisitudes del entorno social e institucional que puedan colocarlos en una situación adversa que afecte de manera negativa su identidad como profesionales.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta-Quiroz, J., & Iglesias-Osores, S. (2020). Salud mental en trabajadores expuestos a COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatria*, 83(3), 212-213.
<file:///C:/Users/Angelo/Downloads/3784-Texto%20del%20art%C3%ADculo-10651-4-10-20201012.pdf>
- Agencia AFP. (1 de noviembre de 2021). Perú, el país más golpeado por el coronavirus en el mundo, busca dejar atrás la pesadilla. *El Comercio*.
<https://elcomercio.pe/mundo/latinoamerica/coronavirus-peru-el-pais-mas-golpeado-por-el-covid-19-en-el-mundo-busca-dejar-atras-la-pesadilla-piura-noticia/>
- Alonso, M. G. (2021). Formación y Pandemia. *Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología*, 65(3), 165.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8044665/>
- Arrastía, D. S., & Olivé, Y. C. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528-533.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2014/cmm144k.pdf>
- Basei, A. (2012). O desenvolvimento profissional e a construção da identidade do professor de educação física do ensino superior. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 11(1), 44-60. Disponible en: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/view/2603>
- Bolívar, A., Fernández, M., & Molina, E. (2005). Investigar la identidad profesional del profesorado: Una triangulación secuencial. In *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research* (Vol. 6, No. 1, pp. 1-05). Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Bolivar/publication/277054166_Researching_Teachers'_Professional_Identity_A_Sequential_Triangulation/links/5588522b08ae347f9bda96ff/Researching-Teachers-Professional-Identity-A-Sequential-Triangulation.pdf
- Bolívar, A. (2006). *La identidad profesional del profesorado de secundaria: crisis y reconstrucción* (pp. 57-80). Málaga: Aljibe.

- Bruce, J., McEvoy, C., & Cuenca, R. (2020). *Afrontar el desastre: Reflexiones sobre la pandemia en la sociedad peruana*. DEBATE. https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=LmDwDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT32&dq=pandemia+consecuencias+peru&ots=64rayE_0Tf&sig=xS0dahuxyN-CAzjx_-llbA3Ho7M#v=onepage&q=pandemia%20consecuencias%20peru&f=false
- Cabello, I., & Pérez, I. R. (2020). El impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de los profesionales sanitarios. *Coronavirus y Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública*. <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/el-impacto-de-la-pandemia-por-covid-19-sobre-la-salud-mental-de-los-profesionales-sanitarios/>
- Celedón, C. (2016). Relación médico paciente. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 76(1), 51-54. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162016000100007&script=sci_arttext
- Cervantes, G. M., & Dengo, M. C. V. (2019). Identidad profesional y formación docente universitaria: Un proceso en construcción desde la mirada del estudiantado. *Actualidades Investigativas en Educación*, 19(1), 196-215. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v19n1/1409-4703-aie-19-01-196.pdf>
- Chuaqui-Kettlun, J. R., Bettancourt-Ortega, L. P., Leal-Román, V. J., & Aguirre-González, C. A. (2014). La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). *Aquichan*, 14(1), 53-66.
- Colegio Médico del Perú. (23 de mayo de 2023). *Médicos con covid-19 positivo (autoreporte)*. <https://www.cmp.org.pe/medicos-con-covid-19-positivo-autoreporte/>
- Dagfal, A. A. (2014). La identidad profesional como problema: el caso del "psicólogo-psicoanalista" en la Argentina (1959-1966). https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/15715/CONICET_Digital_Nro.19040.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- De Garbarino, M. F. (1963). Identidad y adolescencia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 5(2-3), 230-250. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/451/390>
- Dreyer, C. C. (2016). Cómo se conforma el proceso de (re) construcción de identidad en el profesional médico del primer nivel de atención. <http://repositorio.udes.edu.ar/jspui/bitstream/10908/12677/1/%5bP%5d%20%5bW%5d%20MBA%20Dreyer%2c%20Claudia%20Cecilia.pdf>
- Ferrán, M. B., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: El impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería clínica*, 31, S35-S39. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120303028>

- Fúster-Guillén, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Galán-Rodas, E., Tarazona-Fernández, A., & Palacios-Celi, M. (2020). *Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú*. *Acta Médica Peruana*, 37(2), 119-121.
- Gamboa, L. H. (2018). Relación médico-paciente y la calidad de la atención médica. *Revista Conamed*, 6(3), 25-29. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2001/con013f.pdf>
- Gewerc, A. (2001). Identidad profesional y trayectoria en la universidad. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 5(2), 0.
- Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (90), 41-56. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000200004
- Hamui-Sutton, A., Vives-Varela, T., Gutiérrez-Barreto, S., Castro-Ramírez, S., Lavallo-Montalvo, C., & Sánchez-Mendiola, M. (2014). Cultura organizacional y clima: el aprendizaje situado en las residencias médicas. *Investigación en educación médica*, 3(10), 74-84. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505714727309>
- Hernández, F.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición. México: Mc Graw – Hill.
- Hernández Carrera, R. M. (2014). La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuestiones Pedagógicas*, 23, 187-210. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/36261/La%20investigacion%20cualitativa%20a%20traves%20de%20entrevistas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hirsch Adler, Ana. (2013). Elementos teóricos y empíricos acerca de la identidad profesional en el ámbito universitario. *Perfiles educativos*, 35(140), 63-81. Recuperado en 19 de abril de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982013000200005&Ing=es&tlng=es.
- Indacochea-Cáceda, S., Torres-Malca, J. R., Vera-Ponce, V. J., La Cruz-Vargas, D., & Jhony, A. (2021). El Miedo y la Ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del Covid-19. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(3), 49-58. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-67972021000300049&script=sci_arttext
- Iglesias-Osores, S., & Acosta-Quiroz, J. (2020). Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(3), 363-365. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-25492020000300363

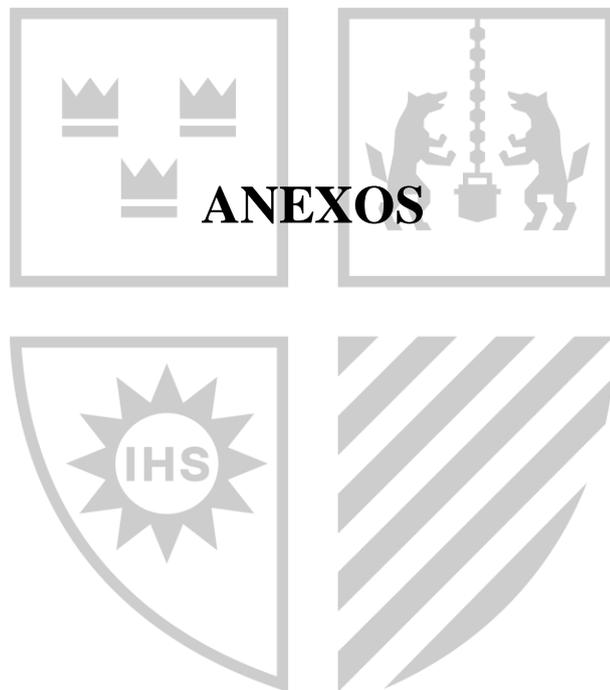
- Íñiguez-Rueda, L. (2001). Identidad: de lo personal a lo social. Un recorrido conceptual. *La constitución social de la subjetividad*, 209-225.
- Lima, R. S., Silva, M. A. I., Andrade, L. S. D., Góes, F. D. S. N. D., Mello, M. A., & Gonçalves, M. F. C. (2020). La construcción de la identidad profesional en estudiantes de enfermería: investigación cualitativa en la perspectiva histórico-cultural. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28.
- Liu, Z; Hu, S. (2020). *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Lomas, Merlo, Naranjo, & Trujillo (2019). Investigación Cualitativa. Ecuador: Universidad Técnica del Norte. <https://s950b8dce55ee33a1.jimcontent.com/download/version/1550714754/module/10395899571/name/LIBRO%20DE%20INVESTIGACION%20CUALITATIVA%20DIGITAL-compressed.pdf>
- Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. Lopezosa C, Díaz-Noci J, Codina L, editores *Metodos Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*, 1. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2020. p. 88-97. https://repositori.upf.edu/bitstream/handle/10230/44605/Lopezosa_Methodos_08.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Maguiña Vargas, C. (2020). Reflexiones sobre el COVID-19, el Colegio Médico del Perú y la Salud Pública. *Acta Médica Peruana*, 37(1), 8-10. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172020000100008&script=sci_arttext&tlng=en
- Mamani-Encalada, A., Obando-Zegarra, R., Uribe-Malca, A. M., & Vivanco-Tello, M. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana de Obstetricia y enfermería*, 3(1). <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/543/415>
- Marcillo Tipán, C. E., & Peñaloza Ortiz, Ó. V. (2020). Factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en médicos posgraduados de la especialización de Emergencias y Desastres de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador en el segundo semestre del 2019. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17517/TESIS%20SALUD%20MENTAL%20documento%20final..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Marín Fustillos, M. (2022). Análisis comparativo de detección de riesgo de síndrome de burnout entre médicos intensivistas y emergenciólogos. <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4803/1/Mar%c3%adn%20Fustillos%20Micaela.pdf>
- Meléndez, M. F., Cortés, J. J. G., Cabrera, M. V. L., & Rojas, I. E. E. (2020). ¿Por qué convertirse en médico?: la motivación de los estudiantes para elegir medicina como carrera profesional. *Educación Médica*, 21(1), 45-48.

- Ministerio de Salud del Perú. (2020). Guía técnica para el cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del COVID-19 (RM N° 180-2020-MINSA)/Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/581266/ANEXO_RM_180-2020-MINSA.PDF?v=1586268831
- Monereo, C. & Domínguez, C. (2014). La identidad docente de los profesores universitarios competentes. *Educación XXI*, 17(2), 83-104. Disponible en: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/3074/La%20identidad%20docente%20de%20los%20profesores%20universitarios%20competente.s.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Monterrosa-Castro, Á., Dávila-Ruiz, R., Mejía-Mantilla, A., Contreras-Saldarriaga, J., Mercado-Lara, M., & Flores-Monterrosa, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2), 195-213. <https://www.redalyc.org/journal/719/71965089003/71965089003.pdf>
- Morales-Soto, N. R. (2014). Medicina de Emergencias y Desastres: los últimos 50 años. *Acta Médica Peruana*, 31(4), 245-247. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172014000400008&script=sci_arttext&lng=en
- Moreno, M., Torres, N., Martínez, K., Martínez, K., y Vesga, J. (2018). Identidad Laboral: Análisis del Concepto en el Contexto Actual del Mundo del Trabajo. *Revista Salud y Administración*, 14(5), 59-67. http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol5num14/5_Identidad_Laboral.pdf
- Orozco, P. E. G., Uribe, R. M., & Valenzuela, M. C. S. (2019). La identidad profesional en estudiantes y docentes desde el contexto universitario. *Ciencias de la Actividad Física UCM*, 20(1), 1-14. <https://revistacaf.ucm.cl/article/view/258/314>
- Padilla-Cuadra, J. I., Vindas-Sánchez, L., & Villalobos-Pérez, A. (2012). Decisión de estudiar medicina: Factores determinantes y elección de la especialidad. *Acta Médica Costarricense*, 54(2), 109-113. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022012000200007&script=sci_arttext
- Prieto Parra, M. (2018). La construcción de la identidad profesional del docente. *Revista Enfoques Educativos*, 6(1), 29-49. Consultado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/REE/article/view/48128/50756>
- Pons, J. P. R., & Carrasquero, E. E. C. (2010). Fatiga y resiliencia en el personal médico de los hospitales públicos. *Multiciencias*, 10, 271-277. <https://www.redalyc.org/pdf/904/90430360015.pdf>
- Rodríguez, E. K., Hernández, I. L., Borroto, M. M., & Alemán, M. D. C. S. (2003). Representación social de la salud humana. *Revista cubana de psicología*, 20(2). <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v20n2/07.pdf>

- Rodríguez Hernández, M., Mendoza Rodríguez, C., Zamora Rodríguez, L., Reyes Luna, B., Chamizo Cabrera, M., & Gámez Díaz, O. (2016). Motivaciones y expectativas profesionales de los estudiantes de quinto año de la carrera de Medicina. *Edumecentro*, 8(4), 130-146.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742016000700010
- Rodriguez, S. A. O. (2020). Revisión del concepto de identidad profesional docente. *Revista Innova Educación*, 2(3), 378-393.
<https://revistainnovaeducacion.com/index.php/rie/article/view/3/7>
- Ruvalcaba-Coyaso, J; Uribe, I; Gutiérrez, R. (2011). Identidad e identidad profesional: Acercamiento conceptual e investigación contemporánea. *CES Psicología*, 4(2), 82-102. ISSN: . Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4235/423539528007>
- Quintuña Chicaiza, S. J. (2022). *Efectos del uso de ivermectina en humanos durante la pandemia de COVID-19* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Laboratorio Clínico).
[http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/36683/1/quintu% c3% 91a_chicaiza_stalin_javier_-_sellado_%281%29.pdf](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/36683/1/quintu%c3%91a_chicaiza_stalin_javier_-_sellado_%281%29.pdf)
- Sacristán, J. A., & Millán, J. (2020). El médico frente a la COVID-19: lecciones de una pandemia. *Educación Médica*, 21(4), 265-271.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181320300747>
- Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005, June). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 66, No. 2, pp. 127-141). UNMSM. Facultad de Medicina. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832005000200007&script=sci_arttext&tlng=en
- Siccha Tuesta, V. (2015). Identidad profesional y desempeño laboral del profesional de Enfermería, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas-2014.
https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/70/FE_209.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Stehman, C., Testo, Z., Gershaw, R., and Kellogg, A. (2019). Burnout, Drop Out, Suicide: Physician Loss in Emergency Medicine, Part I. *Western Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 485–494. ISSN 1936-900X. April, 2019
<https://doi.org/10.5811/westjem.2019.4.40970>
- Thielmann, K., & Illnait Ferrer, J. (2012). La crisis y la salud. ¿La salud en crisis? *Revista Cubana de Salud Pública*, 38, 278-285.
<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2012.v38n2/278-285/>
- Torres García, L. C. (2020). *Prevalencia y factores asociados al síndrome de Burnout en médicos que trabajan en el área de emergencia frente al COVID 19 en un hospital del Perú*. Tesis. Facultad Medicina. Universidad Cayetano Heredia.

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8192/PrevalenciaTorresGarcia_Lorena.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Valverde, R. G., & Díaz, N. D. C. G. (2016). Calidad de atención asociada a la satisfacción del usuario externo en los establecimientos asistenciales de salud: MINSA–ESSALUD, Chongoyape-Perú. *TZHOECOEN*, 8(2).
<https://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/383/371>
- Vinueza-Veloz, A. F., Aldaz-Pachacama, N. R., Mera-Segovia, C. M., Pino-Vaca, D. P., Tapia-Veloz, E. C., & Vinueza-Veloz, M. F. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19.
<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/708/958>
- Vivar, C, McQueen, A, Whyte, D & Canga, N. (2013). Primeros pasos en la investigación cualitativa: desarrollo de una propuesta de investigación. *Index de Enfermería*, 22(4), 222-227.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300007
- Zanatta, E., Yurén, T. & Faz, J. (2010). Las esferas de la identidad disciplinar, profesional e institucional en la universidad pública mexicana. *Argumentos UAM-X*, 62, 87-104. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952010000100004
- Zapata Herrera, M. (2008). Enfermería ¿una profesión en crisis? El caso en la ciudad de Medellín-Colombia.
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/169/1/ZapataMarleny_2008_EnfermeriaProfesionMedellin.pdf



ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado/a con DNI N° _____ he decidido participar de manera voluntaria en la investigación realizada por Angelo Rubén Tazza Guevara, alumno(a) de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya, identificado con DNI 74311370, con el objetivo de participar en la prueba piloto de dicha investigación.

Tengo entendido que mi participación consiste en una serie de entrevistas con el investigador, de aproximadamente una hora de duración. La información será registrada a partir de una grabadora de audio durante las entrevistas. Los datos recogidos no serán utilizados para ningún otro fin que el de los académicos.

La participación es totalmente confidencial. El investigador se compromete a no revelar la identidad de el/la participante en ningún momento durante el proceso de investigación ni al finalizar con la misma. Asimismo, el/la participante tiene la posibilidad de retirarse en cualquier momento durante de realización de la investigación.

El investigador se encuentra dispuesto a responder a cualquier duda o cuestionamiento que surja durante el proceso de investigación. De poseer alguna consulta contactarse a la siguiente dirección de correo electrónico: sonia.meza@uarm.pe o maria.maguina@uarm.pe

Lima, 12 de junio del 2021



Investigador

Participante

ANEXO N° 2: GUÍA DE ENTREVISTA

Bien, para empezar, me gustaría hacerle unas preguntas sobre su proceso de formación y experiencia laboral durante todo este tiempo.

- 1- Para usted, ¿Qué es ser un médico?
- 2- Cuénteme un poco sobre su especialidad y a lo que se dedica en su área
- 3- ¿Cómo se define usted como médico?
- 4- ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su profesión, podría contarme un poco sobre su trayectoria profesional?

Dimensión personal profesional

- 5- ¿Cuál cree que es su labor ahora, en estos tiempos de covid-19, como médico profesional que trabaja en primera línea?

Percepción de autoimagen y sentimientos en torno a la crisis

- 6- ¿Cuénteme, desde su perspectiva profesional y experiencia, cómo ha vivido esta situación de la pandemia?
- 7- ¿Cómo se percibe a sí mismo en relación a su profesión?
- 8- ¿La percepción que tiene sobre usted como doctor ha variado con esta situación de emergencia? Si es así, ¿de qué forma? En caso no, ¿por qué cree usted que no?

Percepción de autoeficacia en contexto laboral

- 9- ¿Cómo percibe sus habilidades para enfrentar situaciones de crisis como las de ahora?
- 10- ¿Cómo se describiría como doctor que batalla contra un virus mundial?

Dimensión social profesional

- 11- ¿Qué es lo que diferencia su profesión de otras profesiones en general? ¿y en esta pandemia?

Creencias del sujeto sobre cómo lo perciben los demás

- 12- ¿Cómo siente que la sociedad lo percibe a usted y a sus colegas, ahora que nos hallamos en esta pandemia por el covid-19?
- 13- ¿Ha cambiado la percepción hacia ustedes o cómo la considera?

Consecuencias sociales de la pandemia en su profesión

- 14- ¿Cómo evaluaría usted el efecto de la pandemia sobre su identidad profesional?

Expectativas de los demás sobre los médicos

15- ¿Qué cree usted que la gente espera de los médicos ahora en esta pandemia del covid-19? ¿Qué piensa o qué siente usted sobre eso?

El médico y su entorno laboral

16- ¿Cómo siente que es concebido por los demás trabajadores de su entorno que no son médicos, como las enfermeras, los técnicos o el personal sanitario en general?

17- ¿Qué rol cree que juega la institución donde trabaja en su identidad como profesional? ¿Cree que ha variado esto a raíz de la pandemia?

18- Bueno, y por último ¿Cómo se ha sentido en esta entrevista?, ¿hay algo que le gustaría agregar?

a) La guía de entrevista modificada según comentarios de expertos

Bien, para empezar, me gustaría hacerle unas preguntas sobre su proceso de formación y experiencia laboral durante todo este tiempo.

¿Me podría tal vez contar un poco sobre su especialidad, el tiempo que lleva trabajando en su profesión y a lo que se dedica en su área?

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su profesión?, ¿podría contarme un poco sobre su trayectoria profesional?

Con respecto a su experiencia, ¿Qué significa para usted, de manera más personal, ser médico?

Dimensión personal profesional

-Percepción de autoimagen y sentimientos en torno a la crisis

¿Cuénteme, desde su perspectiva y experiencia profesional, cómo ha vivido esta situación de la pandemia?

¿Cómo describiría su labor ahora, en estos tiempos de covid-19, como médico profesional que trabaja en primera línea?

¿Cómo se percibe a sí mismo en relación a su profesión?

-Función del sujeto en la sociedad

¿La percepción que tiene sobre usted como médico ha variado con esta situación de pandemia? Si es así, ¿de qué forma?

*En caso no, ¿por qué cree usted que no?

-Percepción de autoeficacia en contexto laboral

¿Cómo ha notado su habilidad técnica durante esta pandemia?

¿Qué le ha ayudado a mantenerse trabajando en contexto de pandemia?

Dimensión social profesional

¿Qué es lo que diferencia su profesión de otras profesiones en general? ¿y en esta pandemia?

-Creencias del sujeto sobre cómo lo perciben los demás

¿Cómo siente que la sociedad lo percibe a usted y a sus colegas, ahora que nos hallamos en esta pandemia por el covid-19? (pedir ejemplos en caso no se mencionen)

-Consecuencias sociales de la pandemia en su profesión

¿Cuáles considera que han sido los efectos de esta situación de crisis sanitaria en su autopercepción como médico?

-Expectativas de los demás sobre los médicos

¿Qué cree usted que la gente espera de los médicos ahora en esta pandemia del covid-19? ¿Qué piensa usted sobre eso?, ¿y cómo se siente?

-El médico y su entorno laboral

¿Cómo siente que es concebido por los demás trabajadores de su entorno que no son médicos? Como las enfermeras, los técnicos o el personal en general.

Y, ¿cómo cree que son percibidos por otras personas ajenas a la labor sanitaria: pacientes, familiares, personal administrativo, auxiliares, etc.?

¿Qué rol cree que juega la institución donde trabaja y su identidad como médico? ¿Cree que ha variado esto a raíz de la pandemia? ¿podría decirse que se siente reconocido por la institución donde trabaja? Y, ¿qué opinión le trae el MINSA, el colegio médico, y otras organizaciones afines a su profesión?

Bueno, y por último, ¿Hay algo que le gustaría agregar o modificar de lo ya conversado? ¿Cómo se ha sentido en esta entrevista?

d) **La guía de entrevista modificada según lo que arrojaron las entrevistas piloto**

Bien, para empezar, me gustaría hacerle unas preguntas sobre su proceso de formación y experiencia laboral durante todo este tiempo.

¿Me podría tal vez contar un poco sobre su especialidad, el tiempo que lleva trabajando en su profesión y a lo que se dedica en su área?

¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo su profesión?, ¿podría contarme un poco sobre su trayectoria profesional?

Con respecto a su experiencia, ¿Qué significa para usted, de manera más personal, ser médico?

Dimensión personal profesional

-Percepción de autoimagen y sentimientos en torno a la crisis

¿Cuénteme, desde su perspectiva y experiencia profesional, cómo ha vivido esta situación de la pandemia?

¿Cuál es el valor o importancia de su trabajo en estos tiempos de COVID-19, como médico profesional que trabaja en primera línea?

¿Cómo se percibe a sí mismo en relación a su profesión? O, ¿Cómo se definiría usted como médico?

-Función del sujeto en la sociedad

Pensemos en su ejercicio profesional como médico ¿Qué cambios ha notado en usted durante esta situación de emergencia sanitaria?

-Percepción de autoeficacia en contexto laboral

¿Cómo ha notado sus capacidades, tanto en lo intelectual como emocional, en su trabajo durante esta pandemia?

Dimensión social profesional

¿Qué es lo que diferencia su profesión de otras profesiones en general? ¿y en esta pandemia?

-Creencias del sujeto sobre cómo lo perciben los demás

¿Cómo siente que la sociedad lo percibe a usted y a sus colegas, ahora que nos hallamos en esta pandemia por el covid-19? (pedir ejemplos en caso no se mencionen)

-Consecuencias sociales de la pandemia en su profesión

“¿Cuáles considera que han sido los efectos de esta situación de crisis sanitaria en su autopercepción como médico?”

-Expectativas de los demás sobre los médicos

¿Qué cree usted que la gente espera de los médicos ahora en esta pandemia del covid-19? ¿Qué piensa usted sobre eso?, ¿y cómo se siente?

-El médico y su entorno laboral (colegas, personal de salud, instituciones, etc.)

Y, ¿cómo cree que son percibidos por otras personas ajenas a la labor sanitaria: pacientes, familiares, personal administrativo, auxiliares, etc.?

¿Qué rol cree que juega la institución donde trabaja y su identidad como médico? ¿Cree que ha variado esto a raíz de la pandemia? ¿podría decirse que se siente reconocido por la institución donde trabaja? Y, ¿qué opinión le trae el MINSA, el colegio médico, y otras organizaciones afines a su profesión?

Bueno, y, por último, ¿Hay algo que le gustaría agregar o modificar de lo ya conversado? ¿Cómo se ha sentido en esta entrevista?