

COVID-19 en primera persona: yo lo tuve. Testimonios de profesionales de la salud

Autores: Ortiz María Cristina¹, Cabrera Muriel Constanza²

¹ Médica (UBA), Lic. Letras (UP). Ex Jefa de Atención Médica Hospital Sommer, General Rodríguez, Buenos Aires. Ex neumóloga del Hospital Paroissien de La Matanza, Buenos Aires, Argentina

² Diseñadora gráfica y digital. Webmaster de la AAMR y de la Mediateca AAMR. CABA, Argentina

Resumen

Introducción: El objetivo de este trabajo es describir cómo los profesionales de la salud cursaron su propia enfermedad por SARS-CoV-2, a través de testimonios orales de algunos miembros de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria.

Materiales y métodos: Se realizó la recolección etnográfica del *corpus*, con grabación de 13 entrevistas, desgrabación y análisis.

Resultados: Los hallazgos mostraron ambigüedad del rol, autodiagnóstico y autotratamiento; sentimientos de culpa, temor a las complicaciones y secuelas, y/o a contagiar a otros. Si bien se consideraron empáticos previo a enfermar, revalorizaron la importancia del contacto visual, la escucha y un mayor tiempo dedicado a cada paciente a posteriori. Los entrevistados estimaron que la mejora en las prácticas de autocuidado y seguridad de los pacientes continuará a largo plazo.

Discusión: Nuestros resultados tienen puntos en común con la bibliografía acerca de otras enfermedades, pero hay particularidades dadas por ser el COVID-19 desconocido, pandémico, transmisible a los contactos, en un colectivo determinado, en tiempos de comunicación digital. En conclusión, los profesionales mostraron inestabilidad en el rol; valoraron lazos familiares y de amistad y realizaron críticas menores al sistema de salud. El carácter humanitario del cuidado fue puesto en relieve. Dado que posteriormente a la situación de enfermar, los participantes creen haber sido más empáticos con sus pacientes, se propone a los docentes de equipos de salud entrenar esta cualidad, con recursos disponibles y diferentes a la experiencia real.

Palabras clave: COVID-19; Investigación cualitativa; Atención del personal sanitario; Testimonio; Empatía.

Abstract

Introduction: The objective of this work is to describe how health professionals experienced their own course of SARS-CoV-2 through oral testimonies of some members of the Argentine Association of Respiratory Medicine.

Materials and methods: An ethnographic collection of the corpus was carried out and included the recording and analysis of 13 interviews.

Results: The findings showed role ambiguity, self-diagnosis and self-treatment; feelings of guilt and fear of complications and consequences, and / or infecting others. Although they considered themselves empathic prior to falling ill, they revalued the importance of eye contact, listening and dedicating a longer time to each patient a posteriori. Interviewees estimated that improvement in self-care and patient safety will continue in the long run.

Discussion: Our results share points in common with the bibliography about other diseases, but there are particularities due to the fact that COVID-19 was unknown, pandemic, transmissible to contacts, in a specific collective group, in times of digital communication. In conclusion, the professionals showed role instability, valued family and friendship bonds and made minor criticisms of the health system. The humanitarian character of care was highlighted. Given that after falling ill, the participants believe they have been more empathetic with their patients, it is proposed that teachers of health teams train this quality, with available resources and different from real experience.

Key words: COVID-19; Qualitative research; Healthcare personnel care; Testimony; Empathy

Introducción

La pandemia de COVID-19 que estalló en Argentina a comienzos de marzo de 2020 puso en jaque al sistema sanitario, tal como ocurrió en todo el mundo. Los profesionales de la salud tuvieron que lidiar al comienzo con algo desconocido, mecanismos de transmisión no completamente dilucidados, clínica que se iba completando a medida que aumentaba el número de pacientes, tratamientos tentativos por analogía con otras enfermedades virales y un caudal informativo como nunca se vio. Todas las revistas de medicina o ciencias vinculadas, abrieron el acceso a las publicaciones acerca de esta patología. Muchos eran *preprints*, es decir piezas sin referato o revisión de pares, puestas a circular para acelerar los tiempos de difusión del conocimiento. En Argentina veíamos el espejo europeo, luego el estadounidense, apenas más tarde el de Brasil y nos preparábamos para algo similar. La cooperación internacional fue importante, accedíamos a los *webinars* de todas partes del mundo, la educación a distancia se hizo intensiva. Al mismo tiempo, los profesionales adaptaban su tarea habitual para la atención de estos enfermos, aprendían a usar adecuadamente los equipos de protección personal, redactaban normas locales siguiendo las guías nacionales. En este camino, muchos se enfermaron. Desgraciadamente, algunos fallecieron, otros presentaron enfermedades prolongadas o perdieron a seres queridos.

A los neumonólogos, kinesiólogos y técnicos respiratorios les tocó, por su especialidad, estar particularmente expuestos al riesgo de contagio. Uno de los órganos más comprometidos es el pulmón; acostumbrados a cuantificar la disnea, medir la saturación de oxígeno, leer imágenes del tórax, un buen día fueron los datos propios los que debieron ser considerados. Y así, el personal de salud pasó a ser paciente.

La bibliografía abunda en estudios cuantitativos sobre el número y características de los trabajadores afectados¹ y también acerca de diversos aspectos de la salud mental del personal en relación a su tarea^{2,3}, pero no sobre su interioridad, cuando ellos mismos han estado enfermos y particularmente en lo que respecta a su posición en la compleja relación médico-paciente. A partir de comentarios en cuenta-gotas de médicos que mencionaban haber estado enfermos fue surgiendo la idea de encarar este trabajo de investigación. Creemos que esta dolorosa experiencia, indeseada, inesperada, portadora de sufrimiento que nos toca vivir, puede ser narrada y compartida para dar otra dimensión a lo que los profesionales han atravesado en relación a la pandemia. Partimos además de la convicción de que el proceso de contar, de poner en palabras la experiencia y además compartirla, contiene ya el germen de la reparación⁴. Por otra parte, la empatía siempre ha sido pregonada como una virtud importante a la hora de la atención de la salud y se considera que puede y debe entrenarse para no dejarla librada a las aptitudes naturales de cada uno⁵. Entendida como ponerse en lugar del otro, en los casos de los colegas convalecientes de COVID-19 que hablan aquí, no es metafórico sino real. Pasaron de cuidar los pulmones de sus pacientes, a necesitar cuidado de los propios. Sostenemos que este pasaje, necesariamente, debe conmovir, en el sentido de perturbar, inquietar, mover a otro lugar, modificar las prácticas.

Con el objetivo pues de registrar los aspectos subjetivos del curso de la enfermedad de un grupo de profesionales de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria (AAMR)^a, cómo se vieron a sí mismos y al sistema de salud cuando cambiaron de rol y si refieren que se modificó su práctica posterior, se recurrió a obtener sus testimonios orales. Con este material y las correspondientes desgrabaciones se procedió a estudiarlos con el método comparativo constante, al que volveremos más adelante, pero que esencialmente permitió identificar las categorías de análisis de los testimonios.

Estado de la cuestión

La pregunta acerca de cómo enferma el personal de salud expuesto a la pandemia de COVID-19, analizada en un grupo de profesionales de la Argentina, nos remite a trabajos sobre los médicos como pacientes^b.

Ya Carl Jung (citado por Hankir⁶) había planteado su concepción del “sanador herido”, que podríamos simplificar diciendo que quien experimentó el sufrimiento a lo largo de su propia vida, desarrolla las

^aLa AAMR fue fundada en el año 1997 y reúne a profesionales que se dedican a la salud respiratoria. Es federal, su Comisión Directiva cuenta con representantes de todas las regiones del país.

^bSi bien nuestro trabajo se orienta a profesionales de la salud en general, al realizarse en el marco de la AAMR cuyos socios son médicos en su mayoría, los entrevistados pertenecieron casi en su totalidad a este grupo, como veremos en Resultados.

herramientas emocionales para entender lo que siente el otro en situaciones similares. Tiene su origen en el mito griego de Quirón^c, un centauro inmortal con capacidad de curar a los otros, pero víctima a su vez de una herida de la que no se puede desprender. Implica un reconocimiento y aceptación de estas “heridas”, de la propia vulnerabilidad y condición de finitud. Para Jung, ningún proceso terapéutico (se refería fundamentalmente a la relación analista-analizado) funciona si no se involucra la subjetividad que implica una relación interpersonal.

En 1984, Edelstein y col.⁷, del departamento de Psiquiatría del Hadassah University Hospital, de Jerusalén, publicaron un estudio comparativo de las actitudes de los médicos y no médicos frente a su propia enfermedad. Allí se señala que: “La notoria escasez de literatura sobre el tema que de los médicos como pacientes es extraña y puede deberse a una falta de voluntad para entrar en un *territorio difícil y emocionalmente cargado*” (p.1)^d. Los autores sugieren que las conductas de los médicos, en un arco que va desde la sobre-reacción a los síntomas hasta su negación, se encontrarían más cerca de los extremos. Tienden al autodiagnóstico y tratamiento y demoran más en consultar a otros colegas, que en general son amigos.

En una publicación de investigación cualitativa en salud, Fox habla de una fluctuación entre el pánico y la negación; hay un cambio en las nociones de identidad y juego de roles en el médico-paciente y el médico tratante⁸. Puede haber negociación de poder en ese encuentro. En otro estudio, realizado por la misma autora entre médicos generalistas de Gran Bretaña⁹, se dieron tensiones entre ser “un buen paciente” y ser “demandante”. El proceso de ser “el enfermo” fue referido como “estar del otro lado” y esto permitió a los generalistas visualizar las experiencias de sus propios pacientes (temor, pérdida de control, falta de certezas, esperanza y desesperación). Asimismo, muchos consignaron como relevante el “desempoderamiento” que experimentaron, la sensación de ser pequeños y no tener voz. Los autores sugieren poner énfasis en el entrenamiento de pregrado para el reconocimiento de la enfermedad personal y enfrentar el *ethos* de invulnerabilidad que en general acompaña a la profesión.

Por otra parte, el tema de la empatía y su eventual entrenamiento está muy desarrollado en el campo de la medicina narrativa. Rita Charon¹⁰ sostiene que “junto con las capacidades científicas, los médicos necesitan la habilidad de escuchar la narrativa de sus pacientes, aprehender sus significados para poder obrar en su beneficio” (p. 1897) y esto constituye para la autora un acto terapéutico central. En Argentina, varias escuelas de Medicina y centros de salud incorporan estos contenidos. Pueden mencionarse entre ellos al Hospital Italiano¹¹, el Instituto Universitario CEMIC (dicta Medicina Narrativa en la asignatura Cultura y Sociedad I del primer ciclo de Medicina), el Hospital El Cruce, la Cátedra de Pediatría de la Universidad de Córdoba¹².

Ya ubicándonos en la pandemia que marca al siglo XXI, la primera amenaza a escala global en tiempos de redes sociales, al 30 de octubre de 2021, la OPS/OMS¹ señala que 41 países y territorios notificaron 2.176.474 casos de trabajadores de la salud enfermos, incluidas 11.840 defunciones. El total de enfermos representa 14.5% del personal de salud total, estimado en 15 millones. Esta misma fuente indica para Argentina 99036 enfermos, 617 defunciones¹.

Se habla asimismo de la salud mental del personal con síntomas como depresión, ansiedad, insomnio², del *burn out*¹³, pero siempre en relación a la sobrecarga, la exigencia, la atención directa de pacientes de COVID. Solo una publicación cualitativa del tipo que proponemos se refiere a la experiencia de doctores que sufrían *long-COVID* en Reino Unido¹⁴.

Esta aparente ausencia llama particularmente la atención ya que existe una corriente mundial a favor de incluir la voz de los pacientes en los congresos, conferencias, ensayos clínicos, en la elaboración de consensos¹⁵⁻¹⁷. Pero no se habla de médicos como pacientes, *como si esos dos universos no se tocaran nunca*. Además, nuestra investigación se realiza en un grupo muy particular de profesionales: aquellos que atienden a personas con enfermedades respiratorias.

^cAccidentalmente, Hércules hiere al centauro con la punta de su lanza envenenada en una de sus patas traseras, y siendo su condición inmortal, queda condenado a un sufrimiento perpetuo que no puede recibir alivio ni curación. La palabra “quirófano” y otras de esta raíz provienen del griego antiguo χεῖρ (jeir, “mano”) y φαίω (fáino, “mostrar”), refiriéndose a un trabajo manual para curar, en un ambiente aséptico donde todo está a la vista.

^dTraducción y cursivas propias.

Marco teórico

Dado que este es un estudio cualitativo en el que la recolección del *corpus* se realizó con un método etnográfico, esta ciencia, la Etnografía, será parte de nuestro marco teórico¹⁸. El investigador “sale al campo” y construye lo que será su material de estudio, en nuestro caso el total de las entrevistas. Asimismo, el protocolo de escritura que mencionaremos en el apartado Materiales y Métodos, funciona a la manera de un diario de campo.

En cuanto al tema del testimonio, Ricoeur desarrolla un extenso trabajo en el campo de la Hermenéutica, entendida como el arte de interpretar textos, orales o escritos^{19, 20}. Esta ciencia se pregunta si es posible el testimonio: ¿se puede testimoniar acerca de todo? La fórmula tipo del testimonio para Ricoeur es: “yo estaba ahí”. En nuestro caso podríamos decir que se parafrasea en el “yo lo tuve”. Para este autor, también las narrativas permiten a los hombres compartir el significado de experiencias que de otro modo resultarían inarticuladas. En la literatura hay una tensión entre la experiencia y su relato. En un extremo estaría Primo Levi²¹ que, en *Si esto es un hombre*, dice “Me parece superfluo añadir que ninguno de los datos ha sido inventado” (p. 28) y así descarta todo lo ficcional en su testimonio, solo habla de lo que ha vivido y lo hace sin énfasis.

Por esta misma razón, para escribir este libro he usado el lenguaje mesurado y sobrio del testigo, no el lamentoso lenguaje de la víctima ni el iracundo lenguaje del vengador: pensé que mi palabra resultaría tanto más creíble cuanto más objetiva y menos apasionada fuese; solo así el testigo en un juicio cumple su función, que es la de preparar el terreno para el juez. Los jueces sois vosotros (p. 216)

En el otro extremo, ubicamos a Kurt Vonnegut cuya experiencia en el bombardeo de Dresde durante la Segunda Guerra Mundial, toma forma de novela en *Matadero 5*²². Vonnegut debió dejar pasar mucho tiempo y disfrazar de ficción la realidad que vivió, darla de una forma oblicua, mezcla de verdad y verosímil, para hacer su texto legible. En el medio podríamos poner a Irene Klein²³ con su concepto de las “narraciones de vida”, un género testimonial, centrado “en la vivencia de un sujeto individual o singular” (p. 33), donde la memoria opera por momentos como ficción. De todos modos, es ilusorio pensar en un testimonio completamente objetivo, que deje afuera toda “ficción”, ya que el modo de mirar del testigo, la selección, el orden de los hechos, lo que pone en foco y lo que deja en penumbras, implican una subjetividad.

Nuestro marco teórico se integra también con las diversas corrientes que se ocupan de la empatía, desde la ya señalada corriente de medicina narrativa¹⁰, hasta trabajos más recientes como el de Tan L et al.⁵ Ellos se proponen definir la empatía de manera robusta y lo hacen en encuentros denominados *focus groups* entre los distintos actores (profesionales de salud y pacientes). Acuerdan con la siguiente definición:

Es un sentido de conexión entre el trabajador de la salud y el paciente como resultado de una perspectiva que surge de procesos imaginativos, afectivos y cognitivos, que se expresan a través de comportamientos y buenas habilidades de comunicación que denotan una preocupación genuina. (p. 4)^e

Lo relevante de este trabajo es la integración de todos los aspectos: la imaginación, lo afectivo, lo cognitivo, lo relacional y el comportamiento. Esto revela que se trata de un concepto complejo.

Existen datos que demuestran que la empatía tiende a disminuir a medida que el estudiante progresa en la carrera médica y alcanza su punto más bajo durante la residencia²⁴. Se pasa de una orientación idealista, centrada en el paciente en el primer año, a una de neutralidad y despegue emocional en el tercer año²⁴. Los componentes cognitivos y conductuales se han considerado los más aptos para ser educados, lo que puede identificarse con entrenamiento para la comunicación. Sin embargo, otros estudios focalizan en componentes de la experiencia, el arte, la narrativa (como la ya citada escuela de Columbia). El trabajo en grupos facilitado por un profesional de salud mental, mantenido durante cierto tiempo, puede ayudar a que los estudiantes se enfrenten a sus propias emociones, motivaciones y reacciones frente a los pacientes²⁴.

^e Traducción libre

Por último, nuestro marco estará dado por la teoría anclada de investigación cualitativa de Glaser y Strauss²⁵, también llamada método comparativo constante, que describiremos brevemente en el apartado siguiente.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio cualitativo, de análisis de casos, con recolección etnográfica del *corpus*. Se redactaron un proyecto de investigación y un cuestionario orientativo, semiestructurado. Se envió a los socios de la AAMR un *newsletter* que invitaba a participar y al mismo tiempo contenía links para la lectura de la propuesta, consentimiento, guía de preguntas de la entrevista y modo de contacto. Las respuestas se recibieron en el correo electrónico de las investigadoras y luego siguió por WhatsApp. A algunos de los entrevistados que no respondieron por esta vía, se les propuso participar y aceptaron. Se entrevistaron aquellos profesionales miembros de la AAMR, que habían padecido COVID-19, aceptaron dar su testimonio y firmaron el correspondiente consentimiento. Se escogió grabar las entrevistas para registrar la oralidad, una voz más genuina, donde se detectan las pausas, las dudas, se puede ir y volver en el tiempo, hay menor freno inhibitorio, mayor espontaneidad. Se utilizó la aplicación *Go to meeting* para los encuentros virtuales entre la entrevistadora (MCO) y el profesional, con asistencia técnica de una de nosotras (MCC). La guía fue semiestructurada, con preguntas orientadas a mantenerse dentro del tema de interés y con un límite temporal de alrededor de media hora, flexible según el curso de la conversación.

Durante todo el proceso se llevó un registro o “protocolo de escritura”, similar, como señalamos antes, al diario de campo. Narra los aspectos vinculados con la elaboración del trabajo, desde la concepción del proyecto, los distintos pasos para su aceptación, pasando por detalles puntuales de cada entrevista, siempre muy cerca del tiempo en el que se recogió el material.

Las 13 entrevistas grabadas y sus correspondientes desgrabaciones constituyen el *corpus* sobre el cual se trabajó. Se utilizó el programa *Speech to text* para pasar audio a texto, con corrección manual de las transcripciones. Se analizaron los contenidos de las entrevistas por el método comparativo constante de Glaser y Strauss²⁵. Según esta teoría se codificaron los diversos tópicos o conceptos clave, registrando las recurrencias, convergencias, divergencias y, cuando el criterio semántico lo indicó, pasaron a considerarse una categoría. Las categorías se ejemplificaron con material de las entrevistas. Este proceso permitió obtener los resultados que señalaremos en la sección siguiente.

Resultados

La AAMR tiene 1807 socios a la fecha (18 de octubre 2021), 1238 de ellos son médicos, 240 kinesiólogos, 27 enfermeras, 28 técnicos respiratorios, el resto no se especifica. Nuestros entrevistados fueron casi exclusivamente médicos (12) y solo uno, kinesiólogo. Los testimonios para esta investigación se obtuvieron entre el 17 de mayo y el 2 de noviembre de 2021. Las mujeres estuvieron poco representadas ya que solo fueron tres. El rango de edad fue de 29 a 69 años, con una media de 52. La mayoría de los profesionales enfermó en 2020, solo cuatro de ellos (dos mujeres y dos varones) lo hicieron en 2021. De los que enfermaron en 2021, dos estaban completamente vacunadas, uno había recibido pocos días antes la primera dosis y uno no estaba vacunado. Cinco tuvieron formas leves, seis moderadas y dos severas; ninguno requirió asistencia respiratoria mecánica. Estos datos y la procedencia de los entrevistados se resumen en la **Figura 1**.

Del análisis de las entrevistas desgrabadas surgieron las categorías siguientes:



Figura 1. Entrevistados por lugar de residencia, edad, fecha de enfermedad y estado de vacunación.

Fuente: Datos propios. Infografía propia (MCC).

1. Automanejo: desde el autodiagnóstico al autotratamiento

Este tópico apareció en todos los entrevistados. Como ya se mencionó, la bibliografía acerca de la enfermedad en los médicos, habla de sobre-reacción, o bien negación de los síntomas. En nuestro caso, hubo una tendencia a atribuir los síntomas a otras causas, estuvo más cerca de la negación.

Uno suele subestimar los síntomas, son síntomas tan comunes y que tuvimos tantas veces todos los años, tener rinorrea, tener odinofagia, tener 37 grados y medio¹, son síntomas que tuvimos toda la vida [...] Y por supuesto, yo ya sabía que esos son los síntomas y cuando uno lo escucha a un paciente lo primero que tiende a pensar es “¡y cómo no se dio cuenta!, cuando lo siente uno, piensa: y no, esto se me va a pasar en un ratito y no se pasa. (E005)².

No es que yo tuviera síntomas respiratorios, tenía un poquito de tos, pero poquito. Y bueno, eh... me encontraron una neumonía. Así que ya de movida tuve neumonía, la primera tomografía, el primer día de fiebre, ya tenía impacto pulmonar, yo en mi inocencia pensé que realmente era una neumonía de la comunidad. Y entonces la compartí con algunas colegas míos y me dijeron “flaco, ¡itenés COVID! (risas), es una neumonía por COVID”. (E011)

¹En todas las transcripciones los destacados son nuestros.

²Las transcripciones textuales se identificaron con “E” (entrevista) y un número que no es correlativo con el orden en que se obtuvieron.

Lo pensé, pero quería...eh...quería focalizarlo en que era el estrés, la semana, el cansancio habitual y bueno y el cansancio de todo lo que podía llegar a haber pasado en esa semana y en ese día, si bien lo pensé, lo tuve bastante presente, quise como que focalizarlo en que podía llegar a no ser. (E007)

Uno de los testimonios refiere al diagnóstico como “tragicómico”, ya que, luego de un momento inicial de negación, la anosmia se revela por no detectar la necesidad de cambio de pañal de su hijo pequeño.

Bueno, estando trabajando con mi esposo, me acuerdo que fue un viernes, dije que me sentía muy mal, que me dolía mucho el cuerpo, las piernas, que tenía mucho catarro. Y la verdad me sentía mal, pero que yo dudaba mucho que fuese COVID, le digo, porque como teníamos todos los elementos, o sea, lo que yo decía *a mí no me va a pasar* porque la verdad, yo me cuido bastante, eh...dije no, esto es un resfrío que seguramente es por otro virus. [...] El día domingo, que ya estaba posguardia me dice XX, ¡qué inquieto que está el nene! Yo tengo un nene chiquito de 2 años. Eh... bueno en ese momento tenía un año, y me dice *¿y no te das cuenta, no será el pañal?* Y le digo, no, no creo, que sea el pañal y me dice: porque yo me doy cuenta, yo siento cuando él hace de cuerpo, me dice. [...] No siento el olor. Me dice es un olor insoportable. [...] El *sprite* me sabía a agua, el vinagre no lo podía oler, XX ¡no tengo olfato! (001)

A ello se sumó la responsabilidad de continuar con el trabajo, que hizo que varios de ellos vivieran situaciones que, en los enfermos no médicos, no hubieran ocurrido ya que estarían “oficialmente enfermos” y siendo atendidos. En el ejemplo a continuación, los diagnósticos alternativos fueron “baja presión”, “stress”.

Vos sabes que corría eh... febrero de este año eh... yo solamente soy hipertenso, grado 1, tranquilo, sin otras comorbilidades, me empiezo a cansar, cansado... cansado..., llegaban las seis de la tarde, no podía levantar del consultorio, mucho sueño, nada más, me tomo la presión, presión baja. Pasó un día, dos, tres, cuatro, hablo con mi cardiólogo, le digo mirá F. me está pasando esto, presión muy baja, cansado. “No pasa nada, es el estrés, hace dos años que no te tomas vacaciones etc., etc.” “¿Te parece?, bueno”. Estaba en el consultorio, me faltaban tres pacientes y *se me cerró la luz*, en realidad, me sentía muy mareado, se me borraba la cara del paciente. Uno de mis consultorios queda cerca del hospital, hacia allí me dirigí, mal...manejando, mal hecho...y ya “Mire, doctor, por protocolo...”, “¿qué protocolo?, se me bajó la presión”. En esa: “bajó presión, es la presión”, dio positivo. (E012)

En el ejemplo siguiente, luego de ocho días del alta epidemiológica (por un hisopado positivo por contacto estrecho asintomático domiciliario), retoma la actividad laboral. En ese momento presenta síntomas que son atribuidos a una secuela, mientras que, en una secuencia atípica, volvió a tener un hisopado positivo. Así relata este día de vuelta a la actividad:

Y el día miércoles no me acuerdo exactamente qué fecha, pero sé que fue antes de la primavera, ahora de última nos fijamos, fue capaz que el miércoles 15 estoy pensando., eh...me coloco todo el equipo de protección personal y ya ahí estaba como cansado... eh ...y empiezo a atender al primer paciente, que lo íbamos a atender de a dos kinesiólogos, y le digo “estoy muy cansado” y me dice... mi compañero “pero es el primer paciente, XX”, me dice, como diciendo *¿qué te pasa?* Le digo “la verdad no doy más” y me dice “pero te quedan 10 pacientes”, “sí, le digo, los voy a atender pero”...Todo esto en la internación con pacientes que estaban mal y todo y había muchas veces que hacer fuerza y es más, la última paciente que veo ese día era una paciente traqueostomizada, que había venido después de muchos días de la terapia, con una polineuropatía del paciente crítico, a lo cual le digo, lo llamo a mi compañero y le digo “F. por favor ayúdame a moverla porque yo no puedo”, le digo, “me siento, me siento muy mal”, bueno, eh la movemos, todo, me ayuda. Me saco todo el equipo de protección personal y la primer silla que veo, ahí en la sala de cambiado, me siento y me dice “XX *¿qué te pasa?*” [...] Y me dicen “estarás teniendo una secuela” y le digo “no sé, pero siento que no puedo meter el aire” [...], no sé, era raro, ¿no? (E004)

En otro de los testimonios, el paciente-médico no detecta la disnea, sino que es su hija a través del teléfono la que lo alerta:

Estaba hablando con mi hija, hago cinco metros para agarrar el teléfono con mi hija, me siento en el sofá. Me dice “¿venís de correr?” “No, para nada”. “Te noto agitado”. “No, la verdad que no”. Termino de hablar con ella, me puse el saturómetro, la saturación no pasaba nada, subí, bajé la escalera, pero realmente me sentía agitado, bueno, digo, caramba, pero realmente me sentía agitado, que será, que no será... (E003)

Otros atribuyeron rápidamente sus síntomas a COVID-19 “Los primeros síntomas me sorprendieron, digamos un poco de dolor de garganta y demás. Yo lo primero que pensé es ¿cómo hice yo para contagiarme de COVID?” (E002).

Admitamos que, para un profesional de la salud, atribuir los propios síntomas a una causa es inevitable, en ocasiones se busca la confirmación en otro colega.

El primer síntoma que tuve fue un abatimiento, un decaimiento, sensación de fiebre sin registro febril, no tuve fiebre en ningún momento, asumiendo arriba de 38, mi temperatura promedio estuvo en los 36, 36,5, un poco de odinofagia y lo que sí fue llamativo, que perduró mucho, fue una sudoración vespertina nocturna [...] Hablé con una doctora a la que consultamos todos los amigos, que está en plena actividad, *en combate digamos*, una infectóloga. (E008)

En algún caso, se llevó incluso una especie de “historia clínica” propia.

Claramente, como somos nosotros los médicos, me saturaba, me hisopé en el hospital, me fui a mi casa. Llevaba un cuadernito con las anotaciones de las... de la saturación, de la frecuencia cardíaca, de la tensión arterial, y de los síntomas, la fiebre no superaba... la temperatura no superaba los 37.3, 37.4, la saturación nunca bajaba de 97 (E002)

Respecto de la terapéutica, en ocasiones se “negocia” un tratamiento compartido y en otras se realiza un autotratamiento aun en situaciones de riesgo.

Yo mismo tenía el saturómetro a mi izquierda y el flujómetro del oxígeno a mi derecha entonces me iba saturando y me iba subiendo y le iba pidiendo, alcánzame la cánula nasal, la máscara con reservorio. (E006)

En realidad, el primer día a la noche, fue un día jueves para madrugada de viernes, estaba solo en casa, mi familia no estaba. Y sí, yo ahora, en el tiempo, ¿no? después de superar ese momento, si yo..., *si me hubieran llamado a mí como médico, a ver a ese paciente, sin duda que lo hubiera internado* pero bueno, no me podía mover de la cama, inclusive estaba muy confuso, un cuadro con alucinaciones, por fiebre ¿no? (E013)

Al reflexionar al final de la entrevista, esta misma persona puede ver otras alternativas que durante el curso de la enfermedad no consideró, hace una especie de *mea culpa*.

Yo creo que... específicamente, yo hubiera, tendría que haber consultado, seguramente haberme internado, por lo menos hasta ver que la evolución fuera estable, por lo menos unos días, en función de la experiencia pasada, eh... Hubiera depositado en el otro, que es más objetivo que uno mismo, la conducción del..., las indicaciones, ¿no es cierto?, uno a veces se ve tentado, al ser médico y conocer algo de su organismo y de la teoría de esta patología o de cualquier otra, se ve tentado de automedicarse o diagnosticarse y eso por ahí puede ser de riesgo. (E013)

La impresión general es que algunos de quienes tuvieron formas moderadas corrieron riesgos innecesarios por tratar de evitar la internación, por manejar su propia enfermedad. Y esto se mantuvo siempre que el grado de afectación lo permitiera, aun en aquellos que se internaron. Recién pudieron “abandonar” la conducción de su enfermedad cuando estuvieron en una etapa de mucha severidad.

2. Elección del sitio de atención

Esta fue la primera decisión que debieron tomar los enfermos: ¿adónde voy? La mayoría privilegió su lugar de trabajo, entendido como una prolongación de su zona de confort, donde su identidad de médico (o kinesiólogo) todavía estaría presente. En los que pudieron elegir, por vivir en zonas de alta

concentración de efectores, prevaleció la complejidad del lugar y la calidad de los profesionales según la representación social de la institución y sus actores. Pero aún si la enfermedad fue leve, hubo que decidir dónde hacer el hisopado, quién conduciría el tratamiento, a quién preguntar en caso de dudas, quién daría el alta epidemiológica y clínica.

En un caso el entrevistado explicitó claramente el dilema de dónde atenderse y decidió no exponer a los colegas a la presión extra de asistir a otro.

Y ahí empezó la duda desde el punto de vista médico, ¿con quién me trato?, ¿dónde voy?, ¿al lugar donde yo trabajo, ¿para qué me atiende quién?, ¿yo? ¿el grupo que trabaja conmigo? *Ponerle presión a esa gente es complicado*. Bueno, fui a un sanatorio, soy muy amigo del director [...]. Hablé con el director para preguntarle a ver si tenían cama, en el caso de que tuviera que internarme, si iba o no iba; el sanatorio XX estaba ya bastante abarrotado. Voy o no voy, “y bueno ándate, si tenés alguna cosa vemos”. Neumonólogos muy buenos, como XX y XX, que son muy conocidos, *pero no son amigos, trataba de evitar el amigo, pero que yo les tuviera confianza*. (E003)

Cuando la enfermedad fue leve siempre el lugar de trabajo fue el elegido, aunque no fuera el más cercano.

Eso fue el sábado a la noche, ya el domingo a la madrugada, ya dije esto es raro, me tomé un paracetamol, me volví a acostar y dije bueno, veremos cuando me levanto y cuando me levanté decidí que tenía que ir a mi hospital [...], a mi guardia del día domingo [...] Me fui sola al hospital si bien no... no estoy cerca tampoco del hospital, porque yo vivo acá en... en XX, en Provincia, zona XX y el hospital está en Capital, pero bueno... no, no me sentía mal como para no poder ir manejando. (E007)

A lo largo del espectro de severidad, fue la propia casa, el lugar de trabajo, o el de mayor complejidad, lo que se eligió para tratarse. Hasta aquí sería razonable, pero en algunos casos no hubo coincidencia entre la severidad y el sitio de atención como ellos mismos reconocieron. Parecería que quedarse en su casa garantizaba que la enfermedad no fuera severa, aun con riesgos ciertos de tener un mal desenlace. “Hoy en día, a la distancia y con lo que uno sabe, hoy en día, posiblemente fue una equivocación, me debería haber internado y haber recibido corticoides más temprano...” (E011)

3. ¿Médico o paciente? Ambigüedad del rol

Cuando el enfermo es personal de salud no es sencillo pasar al rol del paciente. En sus testimonios, nuestros entrevistados lo señalaron en muchos casos expresamente. Se dieron además cuestiones jerárquicas que terminaron en no aceptar una indicación que después se vio era pertinente.

Me fue bien, listo, bueno, bárbaro, sábado, domingo bueno... ya está, listo, la piloteamos, surfeamos la ola. Y el lunes, uno de los médicos que me estaba atendiendo, que aparte de compañero trabaja... es médico de guardia, *yo soy su jefe por decirlo de alguna manera*, eh me... me dice “che XX, no te veo muy bien”, “No, no, no, no. Yo estoy perfecto, estoy bárbaro, me quiero ir a casa”. ¿Por qué no te quedas un día más?” “Fulanito mirá, estoy bien, despreocupáte”. “Mira que te veo un poco bajo con el saturómetro, ¿por qué no te quedas?”. “No, no, no”. Ya... Algunas cositas sentía ya. (E006)

En otros casos, se explicita un tercer rol, además del de médico y paciente. El miedo lo lleva a transformarse en un “ser humano”: “Estaba en mi casa, sí, yo finalmente zafé por un pelito, ahí me transformé en paciente, ¿no?, el paciente que no tiene ganas de internarse, ¿no?, tiene miedo de internarse, ahí me transformé en un ser humano...” (E011). También se alude a “estar del otro lado” cuando se es paciente y a la importancia de ser acompañado.

La verdad es que es un momento bastante raro estar sentada del otro lado. Eso es, estar sentada en donde, bueno, tantas veces yo hisopé, digo, ¿no?, tantas veces estuve ahí haciendo el procedimiento y de repente yo estar esperando a ser hisopada. Recuerdo que fueron... llegué, me anuncié, bueno ya me estaban esperando porque yo ya había avisado. Fueron como unos minutos donde estuve sola, que por la puerta vi pasar eh a la radióloga que justo es la radióloga de mi equipo de guardia del día martes y la llamé porque no quería sentirme sola en esa espera. (E007)

La ambigüedad del rol tanto para el enfermo como para los colegas que lo asisten, impide asumirse totalmente como paciente.

A mí me llamaba la infectóloga, pero eso porque conversábamos, yo no terminaba de ser médico en esa situación, ¿me entendés? Y... entonces me costaba asumirme a mí como paciente, nunca es fácil eso para un médico [...] La tomografía se me había ocurrido a mí, dije me hago la tomografía y bueno, coincidió la infectóloga y me la fui a hacer y demás. Pero sí, si bien tenía el acompañamiento de todo el equipo porque todos me llamaban, era difícil que alguien tomara la decisión, el control y el manejo puntual de mi persona. (E002)

Lo único que dije es: obedezco, y obviamente que muchas veces falté a la palabra, no lo puedo...no lo puedo negar, porque alguna que otra actitud médica tuve, pero no, traté de tener siempre una actitud totalmente de entrega hacia lo que me decían que tenía que hacer. (006)

Solo cuando la enfermedad es tan severa que es materialmente imposible que el profesional se trate a sí mismo, pasa a ser paciente. De otro modo, siempre hay un movimiento “de un lado al otro”. Incluso se desdibuja el rol del personal asistente que puede ser sometido a un proceso de negociación acerca de la conducción del tratamiento.

“Bueno doctor, se va a quedar internado, le voy a dar la medicación” y me pone Acantex y azitromicina. Le digo “fantástico ¿y para el COVID? Vos sabés perfectamente que no me estás tratando el COVID con esto”. Dice “bueno..., que sé yo, que sé yo cuanto, pero bueno...Ud. satura 95, 96 no está con mala saturación, la placa no esta tan mal”. Le digo “sí, pero tengo una tomografía hace tres días limpia” [...] “Los corticoides no se los pongo porque el *Recovery* dice que si la saturación no baja de 95...”. “Mirá, le digo, el *Recovery*^h es un protocolo.” (003)

El paciente reclama por un tratamiento personalizado, más allá de los protocolos que son asumidos como orientaciones generales. El poder ha pasado a la médica de guardia, una persona joven a la que él tutea y ella trata de usted. El médico devenido paciente, se siente pequeño y sin voz, le cuesta ser escuchado.

4. Sentimientos referidos durante el proceso de enfermedad

En el trabajo de Missel²⁶, entre pacientes que no eran personal de salud, afectados por COVID-19 en Dinamarca, surgieron tres temas acerca del significado de la enfermedad desde sus perspectivas: COVID-19 como amenaza para la existencia y la percepción corporal, y como una interferencia en las relaciones sociales ordinarias. En nuestros entrevistados también aparecieron explícitamente estos tres aspectos. Uno de ellos admitió con cierto humor haber pensado en la muerte en términos prácticos, operativos, poco abstractos.

La primer noche fue muy difícil, no poder descansar, no poder dormir, no poder parar la cabeza de pensar. De todo, pensar en lo que te está pasando, de pensar en lo que me puede pasar y de sacar conclusiones, hasta un momento de pensar, eh bueno, listo, bah, las tarjetas de crédito, a ver, esta es mía, la cubre el seguro, listo, bárbaro, perfecto; la otra, no, también la cubre el seguro, bárbaro, ya está, y bueno esa, bueno ,por lo menos le va a quedar una tarjeta chica a mi mujer, y o sea, es como que, es un momento en el cual empezás a acomodar las cosas en el casillero y decís, bueno listo, está todo listo, que sea lo que sea. (006)

En cuanto a la afectación corporal, si bien al hablar de su saturación de oxígeno, sus imágenes y otras, se está hablando del cuerpo, nos referimos a los que estuvieron más comprometidos y a su puesta en juego del cuerpo. Este testimonio lo escenifica de una manera muy clara:

Ese jueves a la mañana, una anécdota muy linda, porque viene una de las enfermeras de la terapia y con la cual trabajo todos los días y le pido para higienizarme, para lavarme los dientes y me dice “¿no quiere que lo bañe doctor?” Y dale, bueno, dale. Me sentía...eh...te sentís incómodo, te sentís sucio, te sentís..., sentís un montón de cosas y...me bañó y fue..., te juro, que la sensación del agua caliente cayendo en la cabeza fue una de las más placentera que me pasaron. (E006)

^hEl RECOVERY (por sus siglas en inglés *Randomised Evaluation of COVID-19 thERapY*) fue establecido como un ensayo clínico aleatorizado para probar potenciales tratamientos para COVID-19, incluyendo dexametasona, que es lo que aquí está solicitando el enfermo

Uno de los médicos, pese a tener una forma leve, señaló que hubo afectación de varias circunstancias en su entorno familiar.

El COVID no afecta solo a la persona y a su cuadro que, si Dios quiere, digamos, es un cuadro leve, o si la fortuna quiere, mucho mejor, *sino a todo el entorno*. Fíjate que esos días, por ejemplo, el día 8 era el cumpleaños de 50 de mi esposa, el día 9 era el cumpleaños de mi hija, ambos..., no es que pensaban reunirse, pero por lo menos pensábamos hacer alguna cosa familiar. Mi hijo el día miércoles 10 tenía la colación y el día viernes 12 rendía el final del *first certificate* de inglés, o sea que cuando yo quedé aislado, digamos, no solamente se afecta la persona sino todo el entorno familiar. En ese momento se perdieron obviamente los cumpleaños, la colación, el examen de inglés... el final, ¿no es cierto? (E010)

Además de los sentimientos en estas tres esferas, algunos de los entrevistados dijeron sentir vergüenza, culpa, miedo (a la enfermedad, a la discriminación, a no tener cama en terapia intensiva)

Y cierto grado de vergüenza me había dado, porque estuve organizando las actividades junto con la infectóloga de mi hospital, para no contagiarnos, no es un buen ejemplo lo que estoy dando... Culpa... la primera sensación fue culpa [...] Así supe cómo me lo contagié, te digo por un lado sentí una sensación de alivio. Porque dije, ok, no estamos haciendo las cosas mal en el hospital, no me contagié en el hospital. Para mí era mucho más sentirme más aliviado sabiendo que me había contagiado en el contexto de un encuentro familiar con mi hijo [...] Así que lo primero que sentí fue esa sensación de angustia y culpa y lo segundo la tranquilidad de sentir que yo no me había contagiado en el contexto del hospital. (E002)

Eh... como toda persona, creo, estaba muy asustada en el inicio de la pandemia porque era algo nuevo para nosotros, nunca había pasado en mi vida profesional una pandemia y bueno la verdad que estaba muy asustada. (E001)

Al momento de recibir la vacuna se reviven en ocasiones las mismas sensaciones que provocó la enfermedad.

Cuando me coloqué la primera dosis empecé a tener dolor de espalda que era muy similar al dolor que tuve. Dije no, no, ¡otra vez! Me agarró *una angustia, una depresión*, porque yo sabía que era por la vacuna, pero a la vez no me podía sacar ese *miedo*. (E004)

La internación y el aislamiento fueron referidos como momentos de mucha angustia.

La verdad que la sensación siempre cuando uno se va a internar es de mucha angustia ¿no? y la sensación de que uno va a aislarse en un lugar [...] Uno siempre necesita el apoyo de la familia y el apoyo de los amigos, eso es la primera cosa, lo importante que alguien te llame, que ya se preocupen por vos, digamos que haya una sensación de que no estás solo, porque *uno se siente muy solo en el aislamiento, no es algo sencillo de administrar, la sensación de soledad es una de esas sensaciones a veces angustiantes* porque, bueno no tanto en mi caso porque dentro de todo fue bastante leve lo que me sucedió a mí, pero otras personas que... que están en peor situación, que no... no saben si en ese momento van a poder seguir viendo a su familia [...] que *sentirse solo es abrirle el lugar a los... a los espíritus internos que lo llevan a tener que preocuparse excesivamente ¿no?* (E002)

Yo les cuento algo en realidad, no sé si alguno de los colegas y amigos les habrá pasado lo mismo, cuando me despedí de mi señora, este... que subía, no sé si fue un minuto o fueron dos, realmente ahí sí se me cayó... se me vino el mundo abajo, fue un flash realmente, porque ahí pensás que, nosotros lo sabemos mejor que nadie, no sabía dónde iba a terminar. Yo iba al tercer piso, pero no sabía si subía al 5º. a terapia y no sabía si realmente este era mi último viaje en ascensor, por llamarlo de alguna manera. (E012)

Al ser la COVID-19 una enfermedad transmisible, el temor de exponer a la familia, fue una preocupación muy grande que apareció en varios de los entrevistados.

[...] En mi grupo familiar tengo una pareja muy grande, entonces era cuidar...no sólo cuidar a los pacientes, sino cuidar al grupo familiar, primero cuidarme a mí, pero también cuidar a mi pareja y para mí era importante la vacuna para el entorno familiar, sentir que lo estaba cuidando todo lo que podía a mi compañero. [...] Cuando en un momento tuvo síntomas mi pareja, que fue una de las veces que lo hisopamos y fue negativo, yo me hisopé y entonces tuve un reto de la infectóloga que me dijo “¿por qué te hisopaste si vos no tenés síntomas?, no cumpliste protocolos”. Entonces yo le decía: yo lo que quiero saber es si yo lo infecté, y me dice “XX se puede infectar en cualquier lugar”, o esa cuestión de... tanto que me cuidé, tanto que hicimos esto...Sí, el miedo de que nosotros traigamos con nuestro trabajo el virus a la casa. (E009)

...Culpa más que nada, y miedo obviamente, porque la consecuencia de lo que nos pasa... en mi familia mi mujer se contagió, toda la familia se contagió, eh...Lo que nos dimos cuenta es que es difícil lograr cuando hay un caso positivo de un entorno familiar el no contagio del virus a la familia es extremadamente difícil. (E006)

El pensamiento recurrente de todas las noches al acostarme, bueno, o pensar durante el día, era que ninguno de mis familiares empiece con síntomas, eso era, era constantemente estar pensando eh... y preguntando ¿y te duele algo? a mi marido y ¿te sentís mal, te falta el aire, te duele algo, tenés fiebre?, eso era una constante y pasan los días y todavía sigue estando como... como ese fantasma... (E007)

5. Identidad médica, vulnerabilidad y algunos mitos

El *ethos* de los profesionales de la salud, y particularmente de los médicos, se asocia con la invulnerabilidad: “Si bien no pensé que iba a morir, *el complejo de Superman me lo abofetearon rápidamente*, que uno es absolutamente vulnerable me quedó muy claro... (E003).

Bueno, vos sabes que no estamos acostumbrados justamente a hablar de lo nuestro, *pareciera que somos los iron man que no nos va a pasar nada* y bueno pasaron cosas. [...] Nosotros estamos acostumbrados a curar y en esta pandemia estamos ayudando a transitar una enfermedad, es la contención y no tener un tratamiento y eso te genera mucha angustia, porque hay gente joven que realmente les ha fallecido un familiar, hemos perdido colegas, compañeros de trabajo...(E012)

Un mito difundido es el de que los médicos son “malos” pacientes, cuando enferman o se operan, se complican, son “especiales”, demandantes. Puede discutirse aquí qué significa ser “buen” paciente. A nuestro entender se asocia fundamentalmente con la pasividad, con aceptar todas las indicaciones, preguntar poco, no discutir. Esto ha sido revisado y, como señalamos antes, cada vez el rol es más activo, se incluye la voz de los pacientes en todos los campos. También es un reflejo de la tensión del equipo tratante puesto que cada acto puede ser juzgado por el par que posee la misma información, aun cuando se olvida que, a la hora de ser paciente, esta cuenta mucho menos. El tratante aún tiene mucho para ofrecer:

Yo tenía una visita diaria del neumonólogo, fue muy tranquilizador, un poco porque tenía confianza en ellos [...] Viene en un momento XX y me dice mirá tenemos todo para...lo que puedas necesitar para ponerte, vamos a usar lo que sea necesario. (E003)

Al no operar este mito de la invulnerabilidad, muchos debieron descansar en los equipos de salud, que ellos mismos habían formado en algunos casos que ya comentamos. Señalaron el valor del grupo de trabajo, revalorizaron enfáticamente el rol del personal de enfermería, limpieza y alimentación.

El papel de la enfermera es espectacular, es la persona que pone la mano en el hombro, es la persona que te hace sentir persona. La prolijidad con que las señoras que venían..., las mucamas, que venían a limpiar, la minuciosidad con que venían a limpiar, sacaban los cuadros y le pasaban atrás de los cuadros, la verdad que me llamaba la atención, cosas que uno no ve. (E003)

También se dejaron de lado las subespecialidades en los momentos en que fue necesario, agregando posible stress adicional a quienes debían realizar tareas a las que no estaban acostumbrados, aunque

esto no fue mencionado por los neumonólogos ya que ellos eran probablemente los más confortables en este sentido.

Nunca trabajamos tan codo a codo con el cardiólogo, con el kinesiólogo, con el pediatra con el clínico, o sea, nunca equiparamos democráticamente la tarea y el trabajo como en esta pandemia, nunca fuimos tan solidarios, me parece, tanto el público, el privado los sindicatos, las obras sociales, eso sí se notó un montón en la localidad. (E009)

6. Visión del sistema de salud

Se observó en general un reconocimiento al sistema de salud que los asistió, una revalorización de los propios lugares de trabajo y de los equipos profesionales. “Tanto en lo público como privado, no he visto situaciones de desborde. El sistema de salud aguantó al golpe muy bien” (E011). Aun así, especialmente quienes estuvieron internados en los inicios de la pandemia, tuvieron alguna observación cuando estuvieron en el lugar de pacientes. “Tardaba mucho en ese momento la entrega del hisopado, a mí me lo apuraron porque era yo” (E011).

[...] Y uno de ellos me había dicho que vaya a tal hora a hisoparme y yo fui, salí con el auto, salí con barbijo, nunca baje y pasé y había mucha cola. Entonces digo ¿cómo hago yo para hacer esa cola? (risas) Y porque, por un lado, sentía, yo no puedo entrar porque soy médica, que me atiendan primero y está toda esta gente ahí, voy a hacer la cola; después digo ¿cómo hago la cola si no puedo quedarme parada del dolor abdominal que tengo? Bueno, ma sí, me voy a casa y veo qué hago [...] Pero también pensé acá hace mucho frío. Para que estén haciendo la cola alguien que tenga síntomas y el asintomático, digo, el que tiene síntomas, pero no tiene COVID, afuera. Después lo hablé con un compañero y ahí hicimos otra temática de hacerlo en otro lugar. (E009)

Una noche, la segunda noche, pero todavía no lo tengo transcripto, lo senté a uno de los enfermeros eh al lado, del otro lado del vidrio y le digo vení, sentáte y escuchá que te quiero decir todo lo que hay que corregir dentro de la terapia intensiva. Son 20 puntos de los cuales..., se los dicté y los tengo que escribir, igualmente muchas cosas implementamos: “anoté número uno: los pacientes cuando están en la terapia intensiva tienen que estar comunicados con la familia”, bueno ya lo tenemos, “número 2 todo paciente que está en terapia intensiva tiene que tener una botellita de agua para tomar agua porque tiene la boca seca” y lo implementamos. [...] Fue cómica la... la situación porque todavía lo recuerda de esa noche que estuvimos como dos horas charlando y yo le iba contando lo que quería que hagamos diferente. (E006)

Si bien nos referimos fundamentalmente al sistema de salud en sus aspectos micro, a las pequeñas cosas que están naturalizadas y de cambiarse pueden aliviar al paciente, hubo algún cuestionamiento al sistema en general: “pensé que más allá de los aplausos iban a jerarquizar al personal” (003). O esta reflexión sobre la situación regional:

Hay como un camino paralelo como si fueran vías entre una decisión sanitaria y una decisión política, ¿no? Nosotros vivimos en un lugar turístico, altamente turístico, pero tenemos un acceso precarizado a la complejidad de la salud, porque, si bien tenemos un centro de esquí no tenemos terapia intensiva, no tenemos emergencia. Me pasó con un compañero que se luxó el hombro y que los dos únicos anestesistas de la zona tenían COVID. O sea, hubo que reducirle el hombro como si fuera el siglo XXVIII, o sea, no tenemos una complejidad para soportar el aluvión turístico normalmente, en pandemia menos. Entonces eso nos genera preguntas y angustias en cuanto a aperturas y cierres, cómo se abre, como se cierra, no negando la coyuntura económica por supuesto, no la negamos, pero la sanitaria la supera. (E009)

7. Referencias a la empatía y otros cambios a partir de enfermar

Es difícil definir y medir la empatía por lo que, cautelosamente, solo nos referiremos a lo que escuchamos de los entrevistados.

A veces uno empatiza con los pacientes contándoles un poco la experiencia [...] cuando me preguntan “¿Y doctor, y los riesgos de la vacunación?” Yo les digo, miren yo tuve un cuadro leve, pero por más leve que sea como lo tuve yo, tuve que estar 10 días adentro, perdí trabajo, mis hijos perdieron exámenes, se perdieron los cumpleaños. O sea, el impacto del COVID no solamente es la salud de la persona sino en todo el impacto familiar, impacto laboral, de estudio. (E 010)

En un caso de enfermedad leve, el impacto que produjo el conocer que su hisopado era positivo lleva a reflexionar después acerca del mejor modo de comunicarlo.

Me acuerdo de una paciente que yo le di el diagnóstico, una paciente con antecedentes respiratorios importantes y apenas le dije “te dio positivo”, lo primero que me dijo es “entonces me voy a morir” y uno ¿viste? hace como ese silencio y entonces...ahí estar siempre atento a dar una palabra de aliento, porque como que, para el paciente, más con sus antecedentes y más con las cosas que puede haber llegado a pasar, dejarlo con ese pensamiento no es bueno ¿no? [...] Dar el positivo decir “sí, mirá resultaste positiva pero bueno, quédate tranquila los medios son estos, fijáte, o sea podés contar con tal cosa y tal cosa”, no sé, eso, darle un poco más de esa contención y no quedarnos solo con lo médico. (E007)

En el caso de otro médico que tuvo una forma más severa, luego de varios meses de recuperado, todavía siente que su conocimiento experiencial del COVID, le permite conectar mejor con sus pacientes.

Yo trato siempre de escuchar al paciente lo que dice ¿no?, la escucha es un momento fundamental de la entrevista porque el paciente viene a que lo escuchen, pero la verdad que la experiencia de haber pasado el COVID, me ha me ha brindado la posibilidad de entender un poquito más esa escucha ¿no? La angustia que produce la enfermedad, la angustia que produce el no saber qué va a pasar con la vida de uno ¿no? y creo que me ayuda a mí a salir de la consulta, ustedes lo van a entender, de la consulta de..., de la rutina de la consulta ¿no?, yo creo que en cada persona hay un mundo, hay un mundo y que hay que escucharlo, eso. (E011)

En algunos casos se revalorizó el contacto visual puesto en peligro por el relativo ocultamiento de los rasgos dado por los equipos de protección personal.

Yo siempre digo que no hay cosa mejor que el contacto visual con los pacientes, cuando uno puede ver a los pacientes y sentir que el paciente también te mira a vos, eso es una diferencia que es fundamental no decir ahora cuando vos no ves al paciente porque estás expuesto con gafas, con protectores faciales, con barbijo tricapa y demás la...la sensación a veces del que está en la cama, puede ser de mucha angustia. (E002)

Si bien en este estudio nos centramos en los aspectos subjetivos de los profesionales que enfermaron, muchos señalaron cambios en sus prácticas que estiman serán a largo plazo. Esto se dio especialmente en los contextos de mayor vulnerabilidad.

Yo por ejemplo ahora sé que el barbijo, el N 95 va a ser parte de mi atención con el paciente no solamente por... por... por ahora y un tiempo más, sino me parece que va a quedar por el resto de...que ya lo asimilé. Y me parece que [...] es algo automático que, llega un paciente y ya uno se empieza a calzar todos los elementos de protección y como que ya vas a atender a un paciente. Y también la misma gente se da cuenta de que vos te estás preparado para la atención y que te estas protegiendo también..., o sea que algo como recíproco, de que nosotros nos preparamos y ellos también esperan que nos estemos preparando para su atención. (E001)

En eso vamos a hacer cierta experiencia porque eso, digamos, la realidad viste que a veces va superando todo lo que son las posibles prevenciones que podemos hacer, por ejemplo los pacientes en espirometrías, la realidad es que todas las recomendaciones me parece que tienden a ser extremas....y por lo menos yo estando en los dos hospitales y en la parte privada, y en contacto con todos los colegas, no se cumple la ventilación cruzada, digamos, el filtro creo que es lo que más se cumple pero....por ejemplo en la sala que nosotros hacíamos en el hospital, no teníamos ventilación cruzada, pero no teníamos otra sala y con el filtro digamos, no tenemos ninguna técnica que se haya contagiado en la espirometría, no tenemos pacientes, digamos, que posterior a la espirometría hayan reportado, nosotros le decíamos que si en los próximos 7 a 10 días tenían algún síntoma, por favor que avisen, no tuvimos ningún paciente que nos haya reportado en relación con el estudio. (E010)

Los cambios en lo personal en algún caso se consideran definitivos: “Tengo esa sensación de que pasado un tiempo ya tan largo no soy exactamente la misma persona que era pre pandemia, algo, alguna diferencia me quedó” (E002). Alguno de los entrevistados tuvo también gripe A durante la epidemia de 2009 y en este sentido, a pesar de haber tenido una forma moderada, señala sobre el COVID-19: “Pega, pega, pega, no te da tregua, es distinto de la gripe A” (E011)

Todo lo anterior nos sugiere que, en el proceso de ser pacientes de COVID-19, los profesionales tuvieron desafíos especiales que no aparecen en la población general como discutiremos en el siguiente apartado.

Discusión

Nuestros hallazgos, en líneas generales, corroboran los de otros autores referidos a patologías distintas al COVID-19. Sin embargo, esta pandemia tuvo particularidades que no habían sido exploradas. En primer lugar, en el grupo que estudiamos, la especialidad está dirigida al estudio y tratamiento de la patología pulmonar y este fue precisamente uno de los órganos más afectados. En segundo lugar, se trató de una enfermedad desconocida hasta el momento. El médico que conoce acerca de su materia, sabe cómo posicionarse frente a determinada enfermedad, cómo exponerse menos, cómo tratarla. Si bien hay otros elementos que permiten controlar sus temores personales, el conocimiento es el primero. Y en el caso del COVID-19 el conocimiento se fue construyendo a medida que avanzaban los casos.

Un tercer factor diferencial fue la transmisibilidad. Uno de los sentimientos que más comunicaron los entrevistados fue el temor a enfermar a su familia, en cuyo interior era muy difícil mantener un aislamiento estricto.

Por último, el carácter de pandemia hizo que los profesionales se enfermaran en este lapso con poca diferencia temporal y en medio de una explosión de las comunicaciones, tanto para conocer lo que pasaba en otras partes del mundo como para estar conectado con su entorno familiar y social.

Debemos señalar que este trabajo solo pretende iluminar este territorio *difícil y emocionalmente cargado*, al decir de Edelstein⁷ y deja fuera de su objetivo, sin desconocerlos, otros aspectos muy importantes del impacto de la enfermedad en los profesionales, como, por ejemplo, derechos laborales, coberturas de salud, atención de las secuelas, condiciones de trabajo. Su fuerza reside en que registra un aspecto invisibilizado de la pandemia. Sería deseable extenderla a otros contextos y a otros miembros del equipo, especialmente a enfermería.

Una limitación atendible es que los respondedores pertenecen a un colectivo determinado (socios de la AAMR), tuvieron con mayor frecuencia enfermedad leve y moderada y disposición a contar. Relatar tuvo para los entrevistados un carácter catártico. “Creo que es muy importante la cabeza, la cabeza de los que estamos laburando en esto, es muy importante este tipo de espacios como para poder recuperarnos, como para poder... como para poder hacerle frente a tener que volver.” (E006) Desde el punto de vista de la escucha, fue muy enriquecedor; recorrimos distintos momentos de la pandemia, nos conmovimos con ellos. A diferencia de los “casos” que solemos utilizar para elucubraciones teóricas, ateneos u otras, no hubo acá “casos interesantes”, todos lo fueron ya que la interioridad del sujeto es un mundo siempre original y único.

En conclusión, el COVID-19 no es solo un virus para las personas afectadas. Esta investigación nos permitió conocer las vivencias de 12 médicos y un kinesiólogo a la hora de ser pacientes de COVID-19. Describieron sus síntomas, su actitud a la hora del diagnóstico y el tratamiento, vivieron en algún momento la pérdida de poder que significa estar del otro lado, expresaron sus temores, miraron con ojos críticos algunos aspectos a corregir del sistema de salud, agradecieron a los que los atendían. Revalorizaron el rol del personal de enfermería cuando les tocó estar internados y el de la familia y los amigos durante el aislamiento y otros momentos de la enfermedad. Su relación con los pacientes después de enfermar, en algunos casos se percibió como más consciente y empática. En cuanto a la práctica profesional, aumentaron las medidas de seguridad para el paciente y para ellos mismos, ya que la pandemia puso de relieve muchas deficiencias de las que no se tomaba

conciencia. Todos concordaron en que estas medidas van más allá del COVID-19 y que quedarán instauradas definitivamente.

Desejaríamos aportar a los formadores de profesionales de la salud, la idea de que la empatía es altamente deseable en esta tarea, que va más allá del conocimiento académico y que puede entrenarse y para ello debe ser parte del currículo. Y para esto no es necesario que una enfermedad nos ubique en el lugar del paciente.

Conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés de ningún tipo con referencia al estudio.

Agradecimientos: A las autoridades de la AAMR en la persona de su presidente actual, Dr Julián Ciruzzi y de su vicepresidente Dr. Alejandro Videla; a los coordinadores de la Sección Clínica y Crítica, Dres. Daniel Carlés y Vanesa Abrate. A todos ellos por su apoyo y colaboración.

Un agradecimiento muy especial a la Dra. Ana López por su apoyo a la hora de comentarle la idea inicial, por su tiempo, sus sugerencias atinadas y por acompañarnos desinteresadamente durante su ejecución.

A las profesoras y compañeras del Taller del Redacción de Textos Académicos, Cátedra Unesco, Filosofía y Letras UBA, por sus lecturas, escucha atenta y sugerencias.

A todos los que participaron en las entrevistas porque se atrevieron a contar y compartir e hicieron posible este trabajo.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 30 de octubre de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021
2. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*. 2020; 3: e203976-e203976.
3. Wang S, Wen X, Dong Y, Liu B, Cui M. Psychological influence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the general public, medical workers, and patients with mental disorders and its countermeasures. *Psychosomatics*. 2020; 61: 616-24.
4. Petit M. *Lecturas: del espacio íntimo al espacio público*. 1ª. ed. Méjico: Fondo de Cultura Económica; 2001.
5. Tan L, Le MK, Yu CC, et al. Defining clinical empathy: a grounded theory approach from the perspective of health care workers and patients in a multicultural setting. *BMJ Open* 2021; 11: e045224. doi:10.1136/bmjopen-2020-045224
6. Hankir A, Zaman R, Evans Lacko S. 2014 The wounded healer: an effective anti-stigma Intervention targeted at the medical profession? *Psychiatria Danubina*, 2014; 26 (Suppl 1):89-96 Conference paper. Medicinska naklada - Zagreb, Croatia
7. Edelstein EL, Baidar L, Baron H. Physicians as Patients: A Comparative Study of Attitudes of Physicians and Non-Physicians. *Psychopathol* 1984;17: 213-6.
8. Fox F, Harris M, Taylor G, et al. What happens when doctors are patients? Qualitative study of GPs. *Br J Gen Pract*.2009;59: 811-8.
9. Fox FE, Rodham KJ, Harris MF, et al. Experiencing “the other side”: a study of empathy and empowerment in general practitioners who have been patients. *Qual Health Res*. 2009; 19: 1580-8. doi: 10.1177/1049732309350732.
10. Charon R. The patient-physician relationship. *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*. *JAMA*. 2001 Oct 17; 286: 1897-902. doi: 10.1001/jama.286.15.1897.
11. Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. revista.hospitalitaliano.org.ar Marzo de 2006. Disponible en: https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10423_26-1%2014-19.Educacion.pdf
12. Cuestas E. Medicina Narrativa. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 17 de septiembre de 2018; 69(2):75-6. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/21336>
13. Dinibutun SR. Factors Associated with Burnout Among Physicians: An Evaluation During a Period of COVID-19 Pandemic. *J Healthc Leadersh*. 2020;12:85-94. doi: 10.2147/JHL.S270440.
14. Taylor, AK, Kingstone, T, Briggs, TA, et al. ‘Reluctant pioneer’: A qualitative study of doctors’ experiences as patients with long COVID. *Health Expect*. 2021; 24:833-42. <https://doi.org/10.1111/hex.13223>
15. Black NL, Burke CB, Forrest UH, et al. 2016. Patient-Reported Outcomes: Pathways to Better Health, Better Services, and Better Societies. *Qual Life Res* 25:1103-12. doi:10.1007/s11136-015-1168-32016.
16. Coulter A, Locock L, Ziebland S, Calabrese J. Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care. *BMJ*. 2014; 26; 348:g2225. doi: 10.1136/bmj.g2225.

17. Gilmore KJ, Pennucci F, De Rosis S, Passino C. Value in Healthcare and the Role of the Patient Voice. *Healthc Pap.* 2019; 18: 28-35. doi: 10.12927/hcpap.2019.26031. PMID: 31901066.
18. Hymes D. (1996). Acerca de la competencia comunicativa. Forma y función. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/formayfuncion/article/view/17051>
19. Ricoeur P. (1984) *La metáfora viva*. Buenos Aires Editorial Megápolis
20. Ricoeur P. (2000) *La memoria, la historia, el olvido*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
21. Levi P. (2012) *Trilogía de Auschwitz*. Barcelona: El Aleph Editores, 2012.
22. Vonnegut K (1991). *Matadero cinco o La cruzada de los niños*. Barcelona: Editorial Anagrama.
23. Klein I. (2008). *La ficción de la memoria. La narración de historias de vida*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
24. Bayne HB. Training Medical Students in Empathic Communication. *J Specalists in Group Work* 2011; 36: 316-29. DOI: 10.1080/01933922.2011.613899
25. Glaser B, Strauss A. (1999). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.
26. Missel M, Bernild C, Christensen SW, Dagyarán I, Berg SK. It's Not Just a Virus! Lived Experiences of People Diagnosed With COVID-19 Infection in Denmark. *Qual Health Res.* 2021; 31: 822-34.