

El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud. Factores estresores y protectores. *Primeros resultados de la primera cohorte de una investigación internacional multicéntrica*

Andrés A. Mecha

Lic. en Psicología (Universidad de Buenos Aires).
Doctor en Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires). Docente e investigador en distintas universidades.

amecha@psi.uba.ar

Rodrigo Ezequiel Jaldo

Lic. en Psicología (Universidad Nacional de Córdoba). Docente e investigador en Universidad del Chubut.

rejaldo@udc.edu.ar

Romina Casali

Profesora y Doctora en Historia. CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas). INHUS (Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales), Universidad Nacional de Mar del Plata.

romina.casali@gmail.com

Mirta Elvira

Psicóloga (Universidad de Buenos Aires). Doctora en Salud Mental Comunitaria (Universidad Nacional de Lanús). Fundadora del Centro Cultural Camino Abierto. Asesora de la Legislatura de Río Negro. Docente e investigadora.

melvira@unrn.edu.ar

Analía Melisa López

Lic. en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata.

analiamlopez83@gmail.com

Resumen

El presente artículo tiene por objetivo presentar los resultados de la primera cohorte de la investigación internacional multicéntrica “El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud”. El objetivo de dicha investigación fue evaluar el impacto de la pandemia, tanto en la salud mental como en otros aspectos psicosociales de las personas trabajadoras de la salud. Para el estudio se construyó un cuestionario online de 101 preguntas con los aportes de un comité internacional y se registraron 1020 participaciones. La encuesta incluyó preguntas de instrumentos tales como el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) o la versión en español del Patient Health Questionnaire (PHQ-9), aunque no con el fin de obtener conclusiones diagnósticas, sino hacer un cribado de posibles patologías. Los resultados de la misma expresan la relevancia de los cuidados, de lo vincular, lo local y las redes afectivas como factor protector; de abordar la salud mental desde una perspectiva comunitaria y no solo desde los aspectos biomédicos, para disminuir el sufrimiento. Procuramos una fundamentación situada que a la vez pueda contribuir a contrastaciones o generalizaciones que redunden en la diagramación de políticas y la potenciación de derechos.

Palabras clave: Salud Mental, Personal de Salud, Evaluación del Impacto en la Salud, Pandemias, Infecciones por Coronavirus.

Title

Stressors and protective factors: first cohort of multicenter international research “The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of workers in health Services”.

Abstract

The present article aims to present the results of the first cohort of the international multicenter research study “The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers”. The objective of this research was to evaluate the impact of the pandemic on the mental health and other psychosocial aspects of health service workers. For the study, an online questionnaire of 101 questions was designed with contributions from an international committee and 1020 participations were recorded.

The survey included questions from instruments such as the General Health Questionnaire (GHQ-12) or the Spanish version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9), but not with the goal of obtaining diagnostic conclusions, but for screening possible pathologies. The results of this study express the

relevance of care, of the links, of the local and affective networks as a protective factor; of approaching mental health from a community perspective and not only from biomedical aspects, in order to reduce suffering. We seek a situated foundation that at the same time can contribute to contrasts or generalizations that result in the diagramming of politics and the empowerment of rights.

Keywords: Mental Health, Health Personnel, Health Impact Assessment, Pandemics, Coronavirus Infections.

1. Problema

Entendiendo a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (1), indetectablemente esta escena-clivaje del devenir humano requiere de ejercicios reflexivos sobre este indicador, su construcción y sus modos de aprehensión-análisis. Esta crisis se erige como excepción de la normalidad, interrupción de las rutinas, del sentido común, de la forma de organización del tiempo y el espacio, en lo laboral y la vida cotidiana.

Es preciso indagar, pues, sobre cómo se manifiesta la salud mental en las personas trabajadoras de la salud no solo en función del aislamiento físico, sino especialmente de la incertidumbre y la ausencia de previsibilidad, la crisis económica, los posibles traumas, la sensación de extrañamiento con uno y con el otro, la altísima exposición a posibilidades de contagio y el temor de contagiar a familiares cercanos, el impacto que provoca las muertes de los pacientes; en definitiva, el grado de angustia que todo esto provoca. Para ampliar la capacidad de respuesta a la pandemia en muchos países los servicios de salud tomaron medidas que incluyeron entre otras, el incremento de camas, la adquisición de los equipamientos específicos para tratar a las personas enfermas, la convocatoria a profesionales de la salud ya retirados y estudiantes de la salud y la reorganización de los equipos de trabajo (Nacoti et al. 2020). Esta serie de modificaciones en la estructura y funcionalidad de los servicios de salud implicó un aumento considerable de la carga laboral y del estrés en las personas trabajadoras de los diferentes centros sanitarios. A lo anterior se suma la situación de vulnerabilidad estructural previa a la pandemia, signada por ejemplo por factores como la baja remuneración, el pluriempleo, el deterioro de las instalaciones físicas y el equipamiento o la heterogeneidad entre los diferentes subsectores que componen el sistema de salud (OPS/OMS, 2012).

En contextos de este tipo, es esperable que el personal sanitario se sienta abrumado por la carga laboral, la falta de insumos y materiales para proveer tratamiento apropiado, por el miedo a contagiarse y a contagiar, por la falta de orientaciones técnicas y guías clínicas que le permitan operar apropiadamente, y por los sentimientos de aislamiento y soledad. Estudios recientes sobre las personas profesionales de la salud concluyeron que durante la pandemia, una de cada cuatro estaba sufriendo depresión y ansiedad, y una de cada tres, insomnio (Pappa et al., 2020) y que los efectos negativos podrían perdurar en el tiempo y conllevar el desarrollo de trastornos mentales de mayor gravedad en comparación a la población general (Brooks et al., 2020).

Además, en Argentina y en muchos países occidentales, las personas trabajadoras del sistema de salud en general recibieron un trato ambiguo. Por ejemplo, en los primeros momentos de la pandemia, la población aplaudía su labor como una forma de reconocimiento y agradecimiento (Sinay, 2020). Muchas publicidades, medios de comunicación y manifestaciones públicas también asociaron su accionar con la figura del héroe, agradeciendo que arriesguen su seguridad personal para ayudar a los contagiados con el virus (Insider Latam, 2020). Hasta personajes de la política de diferentes corrientes elogiaban sus esfuerzos y reconocían su vo-

cación de servicio (Casa Rosada, República Argentina, 2020; Prensa GCBA, 2020). Sin embargo, desde cartas, carteles y notas anónimas, algunas personas vecinas les pedían de manera simultánea que no convivan en los mismos edificios o barrios que ellas, porque los veían como una fuente potencial de contagio (Pérez Sarmienti, 2020; Santoro, 2020). Incluso parte del personal jerárquico y algunos de los decisores de salud adjudican al personal sanitario la responsabilidad individual de su contagio, sin tener en cuenta su mayor exposición al virus, que no siempre disponen de los elementos de protección o las condiciones de trabajo adecuadas y la misma pertenencia a una comunidad general con tasas de contagio en aumento. Esta perspectiva individualista, que les responsabiliza del contagio, se transforma en ocasiones en una forma de estigma que tiene como una de sus consecuencias el miedo a la sanción moral o material, el ocultamiento de los síntomas y las dificultades en el acceso a la atención y el tratamiento.

Existen diferentes maneras de reaccionar frente a un hecho traumático, por lo que es preciso contextualizar y complejizar los análisis sobre salud mental, a fin de contemplar la dimensión del impacto económico-social en particular y los determinantes sociales de la salud/ factores estresores en general. Con el estudio multicéntrico como eje, procuramos visibilizar datos y contenidos que ofician de fundamento a situaciones y

percepciones del ámbito laboral estructurales potenciadas por la pandemia o a aquellas generadas en este escenario imprevisto. En muchos casos se trata de sentires y aconteceres evidentes, pero que respaldados analíticamente y revelados podrían erigirse como plataforma de eventuales políticas públicas y/o derechos a legitimar.

Por otro lado, una experiencia concreta de análisis en red y con las ciencias sociales como artífice teórico-metodológico, sumando a este escenario de “no saberes” que produjo la pandemia y que hackeó las certidumbres de la “ciencia tradicional” y en el que las humanidades adquirieron protagonismo, al igual que “lo situado” en contraste/comparación con lo “diagramado”. La epidemiología crítica y la salud colectiva cobraron fuerza en esta coyuntura que se volvió prometedora, en aquello de la transdisciplina y la investigación académica como herramienta de cambio.

Sugerimos que la pandemia generó una situación ambigua en por lo menos un doble sentido. Por un lado, allí donde la pandemia permitió enaltecer los paradigmas teóricos que en honor a la salud como acto (intrínsecamente diverso), potencian sus determinantes sociales y la profundidad de los análisis epidemiológicos y las condiciones socio-económico-políticas que subyacen a los procesos de Salud Enfermedad Atención Cuidados (Breilh, 2003), habilitó cierta homogeneización biopolítica: con base en el temor propio de la in-

certidumbre, la medicalización preventiva y los centros hospitalarios de alta complejidad dieron resguardo y actualizaron de algún modo la preponderancia del modelo biomédico hegemónico. Por otro lado, pero parte de lo mismo, ciertas instancias institucionales de atención sanitaria se vieron atravesadas en sus posibilidades de autogobierno y micropolítica (Batista Franco y Merhy, 2016), en sus oportunidades de subjetivar los cuidados (Merhy, 2014) y personalizar [colectivizar] los procesos de acogida de los usuarios (Batista Franco y Merhy, 2016; Matumoto et al., 2009), en función de un condicionamiento tan externo y superior como nuevo y peligroso.

Sin pretensiones epistemológicas, cabe posicionarnos –una vez más, y más que nunca– en un “reconocimiento de lo nuevo”, “salir del caparazón de la normalidad” y “transitar de modo anfibio entre diferentes campos disciplinarios” (Almeida-Filho y Silva Paim, 1999). Porque en un mundo en constante mutación, “la ciencia se configura cada vez más como una práctica epistemológica de construcción de modelos, de formulación y solución de problemas”, “la práctica científica está continuamente produciendo y reconociendo objetos nuevos” y –con la categoría complejidad como el eje principal– “valoriza cada vez más la descentralización y la relatividad, la pluralidad y jerarquización de niveles de ocurrencia de proce-

sos, la diversidad de las relaciones entre los elementos componentes de un dado objeto modelo” (Almeida-Filho, 2006: 125). Sumando los impactos de esta excepcionalidad sobre las ciencias a la no linealidad de los procesos y lo multifacetado de los objetos, emerge una intersección donde posicionamientos tradicionales se amparan en explicaciones sociales y aquellos de corte integral potencian la faceta biológica.

Una síntesis que, aunque inherente a lo transdisciplinar y polisémico, coloca a la salud mental comunitaria en una secuenciación cíclica donde factores estresores –estructurales y extraordinarios– operan disruptivamente en lo que concierne a prevención-promoción y la recuperan como materia resolutive a través de los cuidados y factores protectores.

La *salud mental comunitaria* nos aporta no sólo una mirada integral sobre el contexto en donde se lleva adelante el estudio aquí presentado (Levav, 2009), sino también el trabajo interdisciplinario (Stolkiner, 1987, 2005) desplegado durante la pandemia, la necesidad expresada por los participantes de focalizar en los cuidados (De la Aldea, 2019) hacia el personal de salud y la importancia de activar las redes y los actores (Rovere, 1999), las redes comunitarias como “resistencia y capacidad de transformación y de apoyo social, con su poder y su carácter fortalecedor y facilitador en el abordaje colectivo del proceso comunitario de salud-enferme-

dad-cuidado de cuidados en salud” (Bang y Stolkiner, 2013: 141). Como veremos, en función de los resultados del estudio, deviene primordial proteger a las personas trabajadoras de la salud frente a la violencia en el lugar de trabajo, mejorar la salud mental y el bienestar psicológico no solo de las/los trabajadores sino también de los/las pacientes (OMS, 2020); prestar una especial atención al cuidado de las personas trabajadoras de la salud, en tanto personal esencial, población expuesta y sostén en esta cadena de cuidados. Procuramos una fundamentación situada que a la vez pueda contribuir a contrastaciones o generalizaciones que, lejos de tipologizar, redunden en la diagramación de políticas y la potenciación de derechos; una experiencia que aporte a las meditaciones que indefectiblemente debieran desprenderse de estas circunstancias explícitamente singulares.

2. Estudio Multicéntrico

En la República Argentina, el primer caso de Covid-19 fue confirmado por el Ministerio de Salud de la Nación el 3 de marzo de 2020, correspondiendo a la semana epidemiológica (SE) 10, por lo que el 12 de marzo de 2020 se amplió la emergencia pública en materia sanitaria establecida por ley N° 27.541 (diciembre 2019) por el plazo de un año a partir de la entrada en vigencia del decreto 260 (2), en concordancia con la

pandemia declarada por la Organización Mundial De La Salud (OMS). Hasta ese momento el número de personas infectadas en el mundo llegaba a 118.554 y el de muertes a 4.281, siendo 110 los países afectados (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020).

La pandemia comenzaba a impactar en nuestra región y de hecho el 26 de febrero de 2020 –con anterioridad incluso al primer caso– se inició la supervisión y vigilancia en los puntos de entrada al país (3). El decreto 260 (2020) buscaba adoptar medidas “oportunas, transparentes, consensuadas y basadas en evidencia científica” con el objetivo de “mitigar su propagación y su impacto sanitario”. El decreto facultó al Ministerio de Salud como autoridad de aplicación y declaraba el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio, para coordinar las acciones del sector público nacional, indicaba que “las personas que presenten síntomas compatibles con COVID-19 deberán reportar de inmediato dicha situación a los prestadores de salud, con la modalidad establecida en las recomendaciones sanitarias vigentes en cada jurisdicción” y suspendía temporalmente los vuelos internacionales de pasajeros. El 20 de marzo, con 14 prórrogas hasta diciembre de 2020, entró en vigencia el decreto 297, para prevenir los contagios mediante la imposición de limitaciones a la circulación de las personas y el distanciamiento físico obligatorio. Con períodos de aislamiento absoluto y otros de

distanciamiento social preventivo, impactó en la vida cotidiana del conjunto de la población argentina hasta llegar al final del año.

La evolución epidemiológica indica que hasta el 19 de marzo hubo en Argentina un solo deceso por COVID-19 y 31 casos. Si bien durante las primeras semanas los casos tenían como antecedente un viaje al exterior o el contacto con una persona enferma, hacia fines de mayo (SE 21) comenzó a registrarse transmisión comunitaria; es decir una situación en la que ya no es posible establecer nexos epidemiológicos. Para comienzos de septiembre el 95% de los casos se concentraban en Capital Federal y los partidos ubicados en los primeros cordones del conurbano, pero a mediados de ese mes otras provincias aumentaron dramáticamente su cantidad de infectados y nuevas muertes.

Este desplazamiento desde el AMBA (Área Metropolitana Buenos Aires) hacia otras provincias del país provocó que, para fines de septiembre, la mitad de los contagios diarios perteneciera a CABA y al conurbano, mientras el restante 50% al resto del país (Coronavirus Research Center, s.f.). Hacia octubre la pandemia afectaba a gran parte del territorio nacional: por caso para el día 9 se reportaron 15.099 nuevos casos y 515 nuevas muertes, lo que acumuló un total de 871.468 personas infectadas y 23.225 decesos en el mundo (Coronavirus Research Center, s.f.) y para fi-

nales de mes se dio un pico (SE 43), a partir del cual se daría un descenso hasta mediados de diciembre, pero sin llegar a los valores anteriores de aquel. Según información oficial, para el 28 de octubre de 2020 (SE 44), 1.130.533 eran los casos confirmados y 30.071 las personas fallecidas acumuladas. Nos interesa remarcar que en dicho momento álgido de la pandemia la situación entre los trabajadores y las trabajadoras de la salud implicaba 52.285 infecciones y 292 personas fallecidas (Ministerio de Salud, 2020).

Si bien la evolución epidemiológica implicó una ralentización de los contagios, como vimos, es cierto que desde marzo de 2020, las personas trabajadoras de la salud debieron sobrellevar desempeñarse en un territorio directamente atravesado por tensiones y presiones, de enorme gravitación material y subjetiva. Fue de inmediato, pues, que se conformó el grupo internacional multicéntrico que procuró monitorear, analizar y evaluar las consecuencias de esta situación en las personas trabajadoras de la salud y del cual comenzaron a formar parte algunos nodos académicos de nuestro país.

El estudio, originado en Chile, es llevado a cabo por una red de colaboración internacional, formada por instituciones sanitarias y académicas de diversos países de Latinoamérica y el Caribe (Argentina, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala, México, Puerto

Rico, Bolivia, Brasil, Chile, Uruguay y Venezuela), de Europa (España, Italia, Holanda, Alemania), Armenia, Medio Oriente y África del Norte (Líbano, Turquía y Túnez), en África Subsahariana (Nigeria), así como de Asia (India, Japón) y Oceanía (Australia). En Argentina, durante el año 2020, participaron equipos de cuatro provincias según un criterio signado por la convergencia previa en redes de trabajo nacionales e internacionales: Buenos Aires, Chubut, Mendoza y Río Negro.

A estos participantes se han agregado otros, y cómo consecuencia de los fuertes lazos de colaboración y la construcción de acciones colectivas que vienen desarrollando, se ha creado la Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (RASIC). Esta red busca impactar en el bienestar de las comunidades con las que interactúa como en las políticas públicas vinculadas a la calidad de vida de las personas trabajadoras de salud de las regiones que la componen.

La investigación consistió en un diseño de cohorte prospectivo durante un año, con una evaluación al inicio y un seguimiento a lo largo de 2 años cada 6 meses. En estos cortes además de establecer comparaciones, se introdujeron nuevas preguntas en la encuesta, dando cuenta de los cambios que se produjeron en la forma de enfrentar la pandemia: por ejemplo el desarrollo de vacunas, que en la fase inicial de este estudio no estaban desarrolladas aún. El estudio estuvo

destinado al personal sanitario, incluyendo tanto a profesionales como a no profesionales, trabajadores vinculados a la administración, mantenimiento, transporte y otros.

El 1 de junio se inició en Argentina la difusión previa de la encuesta, para comenzar a visibilizar el estudio. A partir del 23 de junio se enviaron las primeras invitaciones a participar mediante el uso de correos electrónicos, redes sociales y mensajes de WhatsApp a contactos personales y profesionales de quienes llevaban a cabo la investigación, y a referentes de cada área. Aquellas personas interesadas en participar completaron un formulario de contacto en donde informaban su email, y posteriormente el equipo de investigación les enviaba un correo electrónico con la información detallada de la investigación y sus derechos como participantes, cumpliendo con la instancia de consentimiento informado. Si las personas deseaban continuar, podían acceder a la encuesta online desde un enlace que se ofrecía al final del correo informativo. Mediante este método, se anotaron para participar 850 personas.

Además, se adoptó la estrategia de muestreo de “Bola de Nieve”, donde se contactaron participantes claves que podían, a su vez, interpelar otros grupos de potenciales participantes y, de ese modo, ir aumentando la muestra gradualmente. Sin embargo, el equipo decidió modificar a partir de septiembre la metodología

de la difusión de la encuesta, por lo que los consiguientes mensajes de difusión incluyeron el enlace directo a la misma.

Para la evaluación inicial se construyó un cuestionario online de 101 preguntas con los aportes de un comité internacional. La encuesta se desarrolló con una lógica condicional, la cual permitió desplegar preguntas adicionales en función de las respuestas previas. Esto implicó que no todas las personas tuvieron que responder la totalidad de preguntas del cuestionario. La encuesta incluyó preguntas de instrumentos de evaluación psicológica con propiedades psicométricas conocidas para Argentina, como el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) (Burrone et al., 2015) y la versión en español del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Urtasun et al., 2019). Es importante aclarar que si bien estos 2 cuestionarios se utilizan para el diagnóstico clínico de trastornos como la ansiedad y la depresión, nuestra utilización no tuvo como objetivo obtener conclusiones diagnósticas, sino hacer un cribado (screening) de posibles patologías.

La muestra estuvo compuesta por 1020 participantes. Podían participar personas residentes en cualquier provincia. La distribución geográfica fue la siguiente: Mendoza 408, Río Negro 202, Buenos Aires 177, Chubut 164, otras provincias 69. Respecto al género, 80% de las personas participantes se identificaron

con el género femenino, 19,7% con el género masculino y un 0,3% otro género, lo cual es congruente con lo sugerido en otros estudios sobre una composición profesional por género del sector Salud en Argentina altamente feminizada, principalmente en los niveles con menor jerarquía (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019). La edad promedio de quienes respondieron la encuesta fue de 41.72 años, en un rango que fue de los 21 a los 70 años. El nivel educativo entre quienes respondieron la encuesta estuvo distribuido de la siguiente manera: 16,7% con un nivel de escolarización técnico-profesional, 36,7% universitario, 33% con estudios de postgrado y el 13,6% sin estudios terciarios.

Respecto al ámbito laboral, el 56,1% de las personas que participaron en la muestra desempeñan sus tareas en un centro de salud hospitalario, el 25% en un centro de salud no hospitalario, el 12,2% en otras unidades fuera de un centro de salud y el 6,7% restante lo hace en una unidad administrativa fuera de un centro de salud. Por otra parte, 84,9% de las personas entrevistadas tienen al sistema de salud público como principal empleador. En cuanto a la distribución de la profesión, 23,6% corresponde a Medicina, 14,2% a Enfermería, 12,2% a personal administrativo y 10,9% a Psicología, el 39,1% restante está conformado por trabajadores sociales, trabajadores comunitarios, agentes sanitarios,

personal de limpieza y mantenimiento, nutricionistas, auxiliares, técnicos de laboratorio y de farmacia.

2.1 Resultados

Se utilizaron 2 escalas psicológicas para inferir las condiciones respecto a la salud mental de las personas participantes. Si bien los dos cuestionarios utilizados se diseñaron originalmente para realizar diagnósticos clínicos, en este caso solo se los utilizó para indagar el sufrimiento mental de las personas trabajadoras de salud. Uno de los tests empleados fue el PHQ-9, es un instrumento que se utiliza para identificar la gravedad de los síntomas en personas con trastornos depresivos, con una puntuación de 0 a 27 puntos. La reciente validación del PHQ-9 en Argentina propone considerar como puntos de corte para evaluar la intensidad de los síntomas la siguiente escala: nula (0 a 5 puntos), leve (6 a 8 puntos), moderada (9 a 14 puntos) y grave (15 a 27 puntos) (Urtasun et al., 2019). Las encuestas analizadas arrojaron un promedio nacional de 6.8 puntos (5.3 DE), con una distribución del 46.2% sin síntomas, 23.4% con intensidad leve, 21% con intensidad moderada y 9.4% con intensidad grave.

Estos resultados sugieren que un 53.8% de las personas encuestadas presentan algún sufrimiento asociado con síntomas de depresión. Por ejemplo, 38.7% de las personas indicó sentir un enlentecimiento del

habla o de sus movimientos, el 56.6% manifestó dificultades para concentrarse y el 68.1% dificultades para dormir; 66.2% presentaron una disminución de la sensación habitual de disfrute de sus actividades cotidianas y el 48.3% una disminución de la sensación habitual subjetiva de felicidad (considerando todos los aspectos de sus vidas); el 56.5% manifestó evitar recuerdos, pensamientos y/o sentimientos angustiosos cuando no está trabajando.

De manera complementaria, se utilizó el GHQ-12 para valorar los niveles de salud mental, detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos. La validación argentina considera los valores de 0 a 14 del GHQ como indicadores de ausencia de psicopatología, de 15 a 18 como psicopatología subumbral, y de 18 a 36 puntos como indicativos de presencia de psicopatología (Burrone et al., 2015). Los resultados de la encuesta llevada a cabo señalaron un promedio de 14.7 puntos (DE 6.2), con 21% de las personas encuestadas coincidiendo con niveles de morbilidad subumbral y 25.5% con niveles de presencia de morbilidad. La sumatoria de ambos puntajes arroja valores muy similares a los del PHQ-9. Es decir, 53.8% de personas con algún grado de intensidad de síntomas de depresión. Este dato toma mayor relevancia si observamos que el 92.3% de las personas encuestadas indicaron que no tenían ningún tipo

de diagnóstico de salud mental previo a la pandemia.

En la encuesta se evaluó también el miedo a contagiarse y contagiar a seres queridos. En lo referente al temor del contagio propio, el 19.8% de las personas encuestadas respondieron que el temor era muchísimo, el 35.2% que el temor era mucho, mientras que el 40.4% manifestó que le preocupaba poco y 4.6% nada. El miedo aumentó cuando se preguntó sobre el temor de contagiar a sus seres queridos. En este caso, el 57.9% respondió que era muchísimo, el 29.4% era mucho, 11% poco y el 1.6% nada. Es decir, que el 55% tenía “mucho o muchísimo” temor a contagiarse, mientras que sentir “mucho o muchísimo” temor a contagiar a seres queridos es del 87.3%. Ambos miedos podrían considerarse estresores de relevancia, ya que se observaron 2 correlaciones positivas significativas de $\rho = 0.194$ ($p < 0.01$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de preocupación en contagiarse, y de $\rho = 0.21$ ($p < 0.01$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de preocupación en contagiar a sus seres queridos. En otras palabras, el miedo a contagiarse o contagiar podría contribuir de manera directa en el aumento de los síntomas de la depresión. En relación con los contagios y potenciales factores protectores, cabe mencionar que se consultó sobre la formación y entrenamiento recibido para evitar el contagio por COVID-19. El 72.4% respondió que recibió formación en su lugar de trabajo, el 24.4% fue-

ra del lugar de trabajo y el 16.1% manifestó no haber recibido entrenamiento o formación específica. Es importante aclarar que en esta pregunta las personas encuestadas podían responder a más de una opción, por lo que la sumatoria porcentual excede el 100%. En otras palabras: hubo personas que recibieron formación tanto en su lugar de trabajo como fuera del mismo.

También, en cuanto a factores protectores, respecto a la necesidad de apoyo psicológico (independientemente de haberlo recibido o no desde el inicio de la pandemia), el 45.5% de las personas encuestadas expresó la necesidad de recibirlo, aunque solo el 39% lo recibió efectivamente. El 16.1% indicó que recibió apoyo psicológico presencial y el 22.9% a distancia. Entre los que lo recibieron en formato presencial, el 52.6% consideró que le ayudó en alguna medida y el 12.8% cree que le ayudó mucho; mientras que el 47.8% de los que recibieron apoyo psicológico a distancia consideró que le ayudó en alguna medida y el 24.7% cree que le ayudó mucho.

A su vez se preguntó acerca de la confianza en el Gobierno Nacional para enfrentar la pandemia, el 14.3% respondió que no confía nada en absoluto, el 27% que confía un poco, el 26.7% que confía algo, el 26.4% que confía mucho y el 5.2% que confía muchísimo. Estas cifras mejoraron cuando se preguntó por la confianza para enfrentar la pandemia en la institución

en donde trabajan: 8.6% respondió nada en absoluto, 20.1% un poco, 27.3% algo, 37.3% mucho y 6.7% muchísimo. Es fundamental acotar que existió una correlación negativa significativa de $\rho = -0.182$ ($p < 0.01$) entre la confianza en la capacidad del lugar de trabajo para enfrentar la pandemia de COVID-19 y la puntuación con el PHQ-9. Una posible interpretación de este resultado es que a mayor confianza en la institución de trabajo es ligeramente menor la intensidad de los síntomas depresivos (*ver Tabla 1*), lo que resulta un elemento relevante para el diseño de políticas públicas de cuidados destinadas al personal de salud.

Otros factores protectores que surgen de las respuestas se relacionan con que el 81.8% de las personas encuestadas señala que siente que cuenta con una red fiable de compañeros y compañeras de trabajo y el 93.6% considera que tiene seres queridos que le apoyan cuando lo necesita. Estas dos redes de apoyo se revelan como factores de protección personal, ya que se observó una correlación significativa negativa de $\rho = -0.182$ ($p < 0.01$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de acuerdo con la red de apoyo laboral y de $\rho = -0.202$ ($p < 0.01$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de acuerdo con la red de apoyo de seres queridos. Las mismas se interpretan que a mayor fortaleza entre los vínculos laborales y personales, habría una menor presencia de síntomas depresivos (*ver Tabla 2*).

Tabla 1: tabulación cruzada entre la variable “¿Cuánto confía en la capacidad de su lugar de trabajo para enfrentar la pandemia de COVID-19?” y la intensidad de los síntomas según PHQ-9

% dentro de Intensidad de los síntomas según PHQ-9						
		Intensidad de los síntomas según PHQ-9				
		Sin Síntomas	Leve	Moderado	Grave	Total
¿Cuánto confía en la capacidad de su lugar de trabajo para enfrentar la pandemia de COVID-19?	Nada en absoluto	6,5	8,5	10,1	15,8	8,6
	Un poco	17,5	21,3	20,1	30,3	20,1
	Algo	23,7	34	32	18,4	27,3
	Mucho	43	33	32	31,6	37,3
	Muchísimo	9,4	3,2	5,9	3,9	6,7
Total		100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia. Tabla realizada con SPSS 22

Tabla 2: tabulación cruzada entre la variable “Cuento con una red fiable de compañeros/as de trabajo” y la intensidad de los síntomas según PHQ-9

% dentro de Intensidad de los síntomas según PHQ-9						
		Intensidad de los síntomas según PHQ-9				
		Sin Síntomas	Leve	Moderado	Grave	Total
Cuento con una red fiable de compañeros/as de trabajo.	Muy en desacuerdo	3,6	4,4	10,7	16,2	6,5
	En desacuerdo	7,4	13,7	17,3	16,2	11,8
	De acuerdo	54	52,5	37,5	48,6	49,6
	Muy de acuerdo	35,1	29,5	34,5	18,9	32,2
Total		100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia. Tabla realizada con SPSS 22

En concordancia con la idea de la existencia de una importante influencia de los vínculos socioafectivos sobre el sufrimiento mental, los trabajadores de salud que respondieron que “sí” ante la pregunta “¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?”, presentaron puntajes más altos tanto en las pruebas de PHQ como en las de GHQ. Esas diferencias fueron significativas, cuando se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis con una significación asintótica del 0.000 y 0.002 respectivamente. Para ser más gráficos podemos señalar que en los puntajes de PHQ, los únicos que aparecieron como “sin síntomas”, son aquellos que dijeron no haber cambiado de equipo y/o de funciones desde el inicio de la pandemia, mientras que los que manifestaron haber cambiado de equipo y/o funciones tuvieron mayores resultados para los síntomas “Leve, moderado y Grave”, llegando en este último a una diferencia de 61,8% contra 38,2%. En los resultados de GHQ, quienes no cambiaron de equipo y/o funciones durante la pandemia presentaron un 56,8% de ausencia de psicopatología, contra un 43,2% de quienes lo habían hecho. Resultados que se invierten para los que tienen presencia de psicopatología con un 39,3% y 60,7% respectivamente.

Estos resultados apoyan una concepción de la salud mental vinculada con lo comunitario y no solo con aspectos biomédicos, resaltando la importancia de

lo vincular, lo local y las redes afectivas como factores protectores para disminuir el sufrimiento mental.

3. Discusión

Este estudio aporta información sobre la intensidad del impacto de la pandemia en las personas trabajadoras del sistema de salud, quienes ya se encontraban en una situación de vulnerabilidad estructural previa al brote de coronavirus. Se detectó un aumento del malestar subjetivo en el personal sanitario, en donde el 53,8% de las personas encuestadas presentaron algún sufrimiento asociado con síntomas de depresión, cuando menos del 10% reportó presentar algún tipo de diagnóstico de salud mental previo a la pandemia. Esto apoya la idea de que en las crisis se profundizan los problemas que ya estaban de base, generando una mayor demanda y reclamo de ayuda en el plano de lo emocional. En salud mental no basta con atender sólo el síntoma, porque los determinantes suelen ser múltiples e impactan en la vida cotidiana de las personas.

Resulta importante destacar que frente a esta situación se observó como principal factor protector la fortaleza de los vínculos sociales, tanto entre los mismos colegas como en la red de seres queridos que brindan apoyo. Las correlaciones efectuadas indicaron que los síntomas de depresión podrían disminuir en un entorno donde aumenta la confianza entre las redes de

Tabla 3: tabulación cruzada entre la variable “¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?” y la intensidad de los síntomas según PHQ-9

% dentro de Intensidad de los síntomas según PHQ-9						
		Intensidad de los síntomas según PHQ-9				
¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?		Sin Síntomas	Leve	Moderado	Grave	Total
	NO		58,3	47,3	46,7	38,2
SI		41,7	52,7	53,3	61,8	48,6
Total		100	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia. Tabla realizada con SPSS 22

Tabla 4: tabulación cruzada entre la variable “¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?” y la intensidad de los síntomas según GHQ-12

% dentro de Intensidad de los síntomas según GHQ-12					
		Intensidad de los síntomas según GHQ-129			
¿Ha cambiado de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia?		Ausencia de psicopatología	Psicopatología subumbral	Presencia de psicopatología	Total
	NO		56,8	52,3	39,3
SI		43,2	47,7	60,7	48,6
Total		100	100	100	100

Fuente: elaboración propia. Tabla realizada con SPSS 22

trabajadores y en la institución en donde se trabaja. Resulta necesario generar algún tipo de mecanismo que permita intercambiar, compartir, socializar, apoyarse mutuamente, que permita de alguna manera comprender grupalmente lo que se está atravesando. En todo espacio grupal de trabajo se juegan relaciones de poder entre lo subjetivo y lo intersubjetivo y es justamente el equilibrio interno del equipo lo que jugará a favor como un factor de protección frente al estrés que se presenta en situaciones tan difíciles como son la de trabajar en contexto de pandemia.

Para eso resulta indispensable que las instituciones garanticen los elementos de protección personal, el acceso a los servicios de bienestar mental y apoyo social (incluidos el asesoramiento sobre el equilibrio entre el trabajo y la vida privada y la evaluación y mitigación de riesgos), los niveles apropiados y seguros de dotación de personal en los centros de atención de la salud, la duración apropiada y justa de las asignaciones a determinadas labores, las horas de trabajo y las pausas de descanso, y se reduzcan al mínimo las cargas administrativas sobre los trabajadores de la salud, entre otras recomendaciones. Es necesaria una capacitación constante a todos los trabajadores esenciales dado que el sentimiento de autorresponsabilidad entra en resonancia con los lineamientos propuestos cuando hay un Estado que cuida. Queremos destacar que estos

“cuidados integrales” son la base fundamental para que las personas trabajadoras de la salud puedan atravesar estos momentos con un mayor apoyo y capacidad de resiliencia.

Como dijimos al comienzo, la perspectiva de *salud mental comunitaria* implica diversas herramientas a tener en cuenta al momento de implementar estrategias de cuidados y atención. Existen una serie de recomendaciones destinadas a mejorar aspectos ligados a la calidad de vida dentro del ámbito laboral. El trabajo suele ser menos estresante si existe una motivación, un trabajo en equipo, relaciones de respeto y compañerismo en el grupo de trabajo, la vivencia de pertenecer a un proyecto compartido y por supuesto el reconocimiento económico equivalente a la tarea. Todos son indicadores que se verán reflejados en un mejor trato con los pacientes.

Para lograrlo es muy importante que las instituciones implementen un espacio de cuidado para las personas trabajadoras, más allá de los protocolos, las normas y el material de protección. Como vimos, en nuestro estudio se evidenció que el 45.5% de las personas encuestadas expresaron la necesidad de apoyo psicológico, pero solo el 39% de ellos lo recibió efectivamente. Es necesario contar con espacios de escucha, ya sea individual o grupal, dentro de la institución, donde todos y todas puedan acudir si lo desean. A veces, tan

solo con generar breves encuentros antes de comenzar el día laboral y al finalizar la tarea, es suficiente para favorecer la contención, la circulación de la palabra y el tener en cuenta el componente afectivo de los y las trabajadoras. También se puede buscar alternativas de rotación de tareas dentro de los equipos para aliviar tensiones y exposiciones que puedan generar un alto nivel de estrés. En definitiva, fomentar el intercambio de opiniones y una óptima comunicación entre el equipo, garantiza en mayor nivel de cuidado de la salud mental de los y las trabajadoras. En todo momento está la salud mental presente, en el autocuidado, en el apoyo mutuo de la familia, de agentes comunitarios, de médicos de la atención primaria, y luego los servicios especializados, por lo que es necesario incorporar esta temática en los análisis que a diario se realicen. Más allá de la disposición de camas, de respiradores y medicamentos, están las personas que cuidan, que trabajan y que además tienen su vida privada que está atravesada también por la pandemia. Por lo que el componente más importante en cualquier análisis es el humano, son las personas.

La pandemia conllevó una situación extrema de incertidumbre y consecuentemente de malestar y angustia. De alguna manera significó una crisis que podría erigirse en una ventana de oportunidad que redunde, como ha quedado pautado en la agenda político-social, en modificaciones progresivas y evolutivas del

sistema de salud. Como dijimos, es preciso “reconocer lo nuevo”, aprehender lo extraordinario de la coyuntura y dimensionar las causas y consecuencias de la misma, que no es sino una invitación a “salir de la caparazón de la normalidad”. Porque acontece un emergente con base sistémica que no debiera soslayarse. No hay seguridad sobre si es factible hablar en términos de “salida” de este escenario y si ésta sería gradual, cíclica, lineal; si auspiciosa o frustrante. Ciertamente es que nos hallamos ante la posibilidad de gestionar no sólo lo adverso, sino también lo resolutivo en tanto aprendizaje y en tanto consolidación de derechos. Las políticas y programas que surjan tienen que incluir el *cuidado* como paradigma, prestando especial atención a que los recursos no se focalicen solamente en resolver el daño, como ocurre en el modelo médico hegemónico, sino atendiendo a todo el universo de las personas (social, psicológico, biológico, económico, ambiental), como propone el modelo psicosocial.

Queremos agradecer a todas las personas trabajadoras de la salud que se tomaron el tiempo de completar el cuestionario, y por su dedicación día a día en los centros de salud para combatir la pandemia. También agradecemos y destacamos la participación de la RASIC (Red Argentina de Salud Integral y Cuidados) y la red internacional COVID-19 Health Care Workers Working Group, que posibilitaron las con-

diciones y la estructura para llevar a cabo la encuesta.

Bibliografía

Almeida Filho, N. y Silva Paim, J. (1999). “La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud colectiva en Latinoamérica”. En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 75. Rosario: CESS 1999. pp. 5-30.

Almeida-Filho, N. (2006). “Complejidad y Transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones”. *Salud Colectiva*. Buenos Aires, 2(2): 123-146, mayo-agosto, 2006.

Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). “Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes”. *Ciencia, Docencia y Tecnología | Año XXIV* N° 46 mayo de 2013, pp. 123-143. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/25710>

Batista Franco, T. y Merhy, E. (2016). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Buenos Aires. Lugar editorial.

Boletín Oficial de la República Argentina (2020). Recuperado de: shorturl.at/gmtS7

Burrone, M. S., Abeldaño, A., Lucchese, M., Susser, L., Enders, J., Alvarado, R. y Fernandez, R. (2015). “Evaluación psicométrica y estudio de fiabilidad del cuestionario general de Salud (GHQ-12) en consultantes adultos del primer nivel de atención en Córdoba-Argentina”. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 72(4), 236-242. Recuperado de: <https://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/rfcm/article/view/8239>

Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G. J. (2020). “The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence”. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.

Casa Rosada-República Argentina. (2020/05/26). Homenaje del presidente Alberto Fernández a trabajadores esenciales por el 25 de mayo. [Archivo de Vídeo]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=3tprJ8oaqXk>

Coronavirus Research Center. (s.f). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems

Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Johns Hopkins University & Medicine. Recuperado de: <https://coronavirus.jhu.edu/>

De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido.* Santiago: LOM Ediciones.

Decreto 260/2020 (2020/03/12). Emergencia Sanitaria. Poder Ejecutivo Nacional (P.E.N.). Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-260-2020-335423/texto>

Insider Latam (2020/04/27). OSDE Gracias! 2020 [Archivo de Vídeo]. Recuperado de: <https://youtu.be/BGjqnqT6jRk>

Levav, I. (1992). *Temas de salud mental en la comunidad.* Washington: Paltex.

Matumoto, S.; Martins Mishima, S.; Fortuna, C. M.; Bistafa Pereira, M. J. y Puntel de Almeida, M. C. (2009). “Preparando la relación para atender al paciente: una herramienta para el acogimiento en Unidades de Salud”. *Rev Latino-am Enfermagem, novembro-dezembro*; 17(6). Recuperado de: www.eerp.usp.br/rlae

Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M. y Montaguti, C. (2020). “At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation”. *NEJM Catalyst*, 1(2).

Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2020). Fuerza de trabajo en el sector Salud en Argentina. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_fdt_datos2019_vf-1.pdf

OMS (2020): Garantizar la seguridad de los trabajadores de la salud para preservar la de los pacientes. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Estudio comparativo de las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores de la salud en Argentina, Brasil, Costa Rica y Perú.* Washington, D. C.: OPS.

Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. y Katsaounou, P. (2020). “Prevalence of depression, anxie-

ty, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis". *Brain, behavior, and immunity*, S0889-1591(20)30845-X. Publicación anticipada en línea. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

Pérez Sarmenti, I.(2020/04/15). Pandemia en Argentina: unos aplauden a los médicos, otros los amenazan por ser sus vecinos. CNN. [Nota medio online]. Recuperado de: shorturl.at/iqD27

Prensa GCBA. (2020/12/23). *Rodríguez Larreta agradeció a los "hérojes" de la pandemia.* [Archivo de Video]. Recuperado de: <https://youtu.be/m5HuYcpPZhk>

Rovere, M. (1999). *Redes En Salud: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.* Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR.

Santoro, S. (2020/04/03; última actualización 2020/04/06). "Consortios de la Ciudad pretenden aislar a los que trabajan en Salud. Coronavirus: bullying contra los médicos". Página 12. [Nota medio online]. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/257083-coronavirus-bullying-contra-los-medicos>

Sinay, J. (2020/04/10). "Cómo fue que de un

día para otro los argentinos empezamos a aplaudir a las nueve de la noche". *Redacción Periodismo Humano.* [Nota en medio online]. Recuperado de: <https://www.redaccion.com.ar/aplausos-en-los-balcones-una-costumbre-que-llego-pronto-a-argentina-y-se-hizo-viral/>

Stolkiner, A. (1987). "De interdisciplinas e indisciplinas". En: Elichiry, N. (Comp.) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental, I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: "Estrategias Posibles en la Argentina de hoy", 7 y 8 de octubre de 2005, Posadas, Misiones, Argentina.

Urtasun, M., Daray, F. M., Teti, G. L., Coppolillo, F., Herlax, G., Saba, G. e Irazola, V. (2019). Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-10. Recuperado de: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2262-9>

Ministerio de Salud. (2020/10/28 SE 44). Sala de Situación COVID-2019. Nuevo Coronavirus 2019. Trabajadores de la salud. Informes Especiales. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/>

informes-diarios/sala-de-situacion/informes-especiales

Notas

1) Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657.

2) Decreto 260, del 12 de marzo de 2020. EMERGENCIA SANITARIA. CORONAVIRUS (COVID-19) - DISPOSICIONES. Resumen: ampliase la emergencia pública en materia sanitaria establecida por ley n° 27.541, en virtud de la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con el coronavirus covid-19, por el plazo de un (1) año a partir de la entrada en vigencia del decreto. En la misma se indican disposiciones, facultades de la autoridad sanitaria, se declara el aislamiento obligatorio, acciones preventivas y suspensión temporaria de vuelos.

3) El Ministerio de Salud de Argentina el 26 de febrero de 2020, en página oficial de gobierno, publicaba información acerca de las supervisiones que llevó a cabo en el aeropuerto de Ezeiza. Los agentes sanitarios evaluaron a los pasajeros dentro del avión, los mismos debían completar una declaración jurada de salud, en la cual se comprometían a reportar síntomas en el caso de que los mismos se desarrollen con posterioridad al ingreso al país.

