



RASIC
Red Argentina de Salud Integral y Cuidados
Informe 01. Serie "Salud mental, cuidados y trabajo en contexto de pandemia". Colección Investigaciones. Editorial Universidad del Chubut.

Factores estresores y protectores en las personas trabajadoras de la Salud

Investigación internacional multicéntrica: "El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud"



SALUD MENTAL EN PERSONAL DE SALUD

Informe N°1 Argentina

Factores estresores y protectores en las personas trabajadoras de la Salud

Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (RASIC)

Investigación internacional multicéntrica: "El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud"



Con el apoyo de:



Con el financiamiento de:



Factores estresores y protectores en las personas trabajadoras de la Salud / Red Argentina de Salud Integral y Cuidados (RASIC) - 1a ed - Rawson: Universidad del Chubut, 2020.

Libro digital, PDF. Archivo Digital: descarga y online. ISBN XXX-XXX-XXXX-X-X



Licencia Creative Commons Atribución - NoComercial - CompartirIgual 4.0 Internacional.
Sitio web: <https://saludmental covid19.org> - Correo: saludmental covid19@udc.edu.ar

ÍNDICE

Introducción	1
Contextualización epidemiológica	2
Metodología de la investigación	6
Participantes	8
Miedos y malestar psicológico	10
Factores protectores	15
Aspectos Destacados	19
Próximos pasos de la investigación	20
Referencias	21
Lecturas recomendadas	21
Integrantes de RASIC	22

Diseño y maquetación: Rodrigo Jaldo.

Fotografías de tapa e interiores: Aníbal Aguaisol.

Sobre la accesibilidad digital en este libro:

La Universidad del Chubut, pretende adecuar su producción documental institucional con el objetivo de garantizar la accesibilidad a la información más allá de la condición física o las facultades cognitivas de los lectores. En esta primera etapa, se contemplan tres aspectos que permiten planificar y elaborar recursos digitales de calidad:

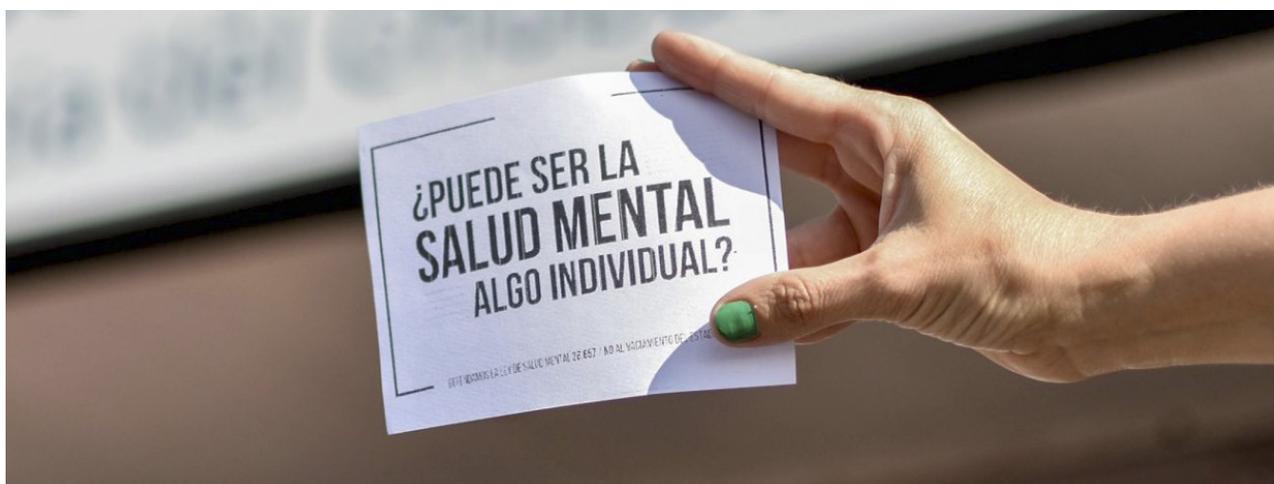
- Algunas pautas del diseño universal o **diseño sin barreras**;
- La experiencia del Usuario centrada en el **destinatario** con eficiencia, considerando la comodidad en la accesibilidad;
- La **lectura fácil** que considera aspectos de la discapacidad cognitiva, y el Tratado de Marrakesh y la discapacidad visual.

En esta oportunidad, se aplican las Normas APA para las citas y referencias bibliográficas. Se implementa en el documento algunas buenas prácticas universales que son recomendadas considerando al destinatario de la obra. Para ello, utiliza lenguaje conocido por la audiencia, fuente sin serifa, espaciado entre líneas y entre párrafos, **no justifica el texto**, ni utiliza columnas. Además, utiliza un buen contraste entre texto y fondo e incorpora los índices interactivos respetando el azul como color para los hipervínculos. Otorga además a los textos de anclaje, la información del destino. Nuestra Universidad promueve el compromiso de producir documentos de calidad académica e impulsa la accesibilidad digital ya que facilita la inclusión, la lectura y el aprendizaje.

INTRODUCCIÓN

El proyecto “**El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud. Estudio internacional multicéntrico**” se lleva a cabo por una red de colaboración internacional. Dicha red está 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), Europa y países vecinos (España, Italia, Holanda, Alemania, Armenia), Medio Oriente y África del Norte (Líbano, Turquía y Túnez), en África Subsahariana (Nigeria), así como en Asia (India, Japón) y Oceanía (Australia).

El estudio se originó en Chile y su objetivo principal consiste en evaluar el impacto de la pandemia del COVID-19, tanto en la salud mental como en otros aspectos psicosociales, de los trabajadores de diversos dispositivos sanitarios. En **Argentina** participan equipos que abarcan cuatro provincias: Chubut, Río Negro, Mendoza y Buenos Aires (incluyendo Tandil y partido de San Martín). Al día de la fecha se propusieron nuevos convenios con instituciones de otras regiones del país para sumarse al estudio. Los participantes hemos creado la red RASIC, que se integra a la red internacional, y viene desarrollando fuertes lazos de colaboración y la construcción de acciones colectivas que impacten en el bienestar de las comunidades de nuestras regiones.



Fotografía 1: ¿Puede ser la Salud Mental algo individual? El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

CONTEXTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La pandemia originada por la propagación del Coronavirus SARS-CoV-2, causante del COVID-19, generó desde diciembre de 2019 una **crisis sanitaria mundial**. Esta nueva forma de coronavirus tuvo un impacto sin precedentes, tanto en la población general como en los sistemas sanitarios de los países afectados. Para ampliar la capacidad de respuesta a la pandemia, los servicios de salud tomaron medidas que incluyen el incremento de camas, la adquisición de los equipamientos necesarios para proveer a terapia intensiva, la convocatoria a profesionales de la salud retirados y estudiantes de la salud y la reorganización de los equipos de trabajo, entre otras. Esta serie de modificaciones en la estructura y funcionalidad de los servicios de salud implicó en las personas trabajadoras de los diferentes centros sanitarios un aumento considerable de la carga laboral y del estrés. A lo anterior se le suma la situación de **vulnerabilidad estructural** previa a la pandemia, 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. En este contexto, el personal sanitario suele sentirse abrumado por la carga laboral, la falta de insumos y materiales para proveer tratamiento apropiado, por el miedo a contagiarse y de contagiar a otras personas significativas (familia, amigos), por la falta de orientaciones técnicas y guías clínicas que le permitan operar apropiadamente, y por los sentimientos de aislamiento y soledad. Algunas investigaciones indican que estos efectos negativos pueden 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. 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. Hasta los dirigentes políticos de diferentes corrientes elogiaban sus esfuerzos y reconocían su vocación de servicio. Sin embargo, desde cartas, carteles y notas anónimas, algunos de sus vecinos les pedían de manera simultánea que no convivan en los mismos edificios o barrios que ellos, porque los veían como una

fuelle potencial de contagio. Incluso en el presente, 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 los responsabiliza del contagio, se transforma luego en una forma de estigma, y algunas de sus consecuencias son 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.

En la **República Argentina**, el 12 de marzo de 2020 se estableció por el Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020 la Emergencia Sanitaria por el plazo de un año. Esto fue motivado por la pandemia declarada por la Organización Mundial De La Salud (OMS) en relación con el coronavirus COVID-19. En ese momento en el mundo, el número de personas infectadas por COVID-19 llegaba a 118.554 y el número de muertes era de 4.281. Los países afectados hasta ese momento eran 110, pertenecientes a distintos continentes y la pandemia comenzaba a impactar en nuestra región. El decreto 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. Hasta el 19 de marzo hubo en Argentina un solo deceso por COVID-19 y se registraron 31 casos. 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 pertenecía a CABA y al conurbano, mientras el restante 50% correspondía al resto del país. El viernes 9 de octubre, la pandemia afectaba a gran parte del territorio nacional y ese día se reportaron 15.099 nuevos casos y 515 nuevas muertes, lo que acumuló un total de 871.468 infectados y 23.225 decesos. Según datos de asociaciones sindicales (ATE), para el 23 de octubre, entre los trabajadores y trabajadoras de salud las infecciones eran cerca de 50.000 y se superan las 260 muertes.

En la provincia de **Buenos Aires**, la encuesta se tomó principalmente en la ciudad de Tandil, ubicada en la zona centro-sur de la provincia, y en el Partido de San Martín, que limita con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y forma parte del denominado AMBA. El 9 de octubre Tandil había tenido 1.612 casos y 22 fallecidos. En esta ciudad, el primer caso confirmado de COVID-19 fue el 29 de marzo y se mantuvo en un bajo nivel de propagación hasta el 20 de agosto, cuando estos empezaron a aumentar de manera exponencial. En el Partido de General San Martín, hasta el 20 de octubre los casos acumulados eran 1.468 y los fallecidos 89, cabe destacar que en este distrito se generó una fuerte alarma debido a los contagios de trabajadores de salud en el mes de abril. Cuando el 12 de marzo se declaró por medio del Decreto de Necesidad y Urgencia 260/2020 la Emergencia Sanitaria, la provincia de Buenos Aires estaba entre las zonas más impactadas. Hasta el mes de septiembre la provincia estaba dividida en dos grandes áreas, una compuesta por los partidos cercanos a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otra con distritos más alejados y con menor densidad poblacional. La gobernación administró las prohibiciones, permisos y disposiciones sanitarias en cada partido según la incidencia del virus. El 14 de abril se dispuso la obligatoriedad del uso del barbijo/tapa boca, nariz y mentón. El 8 de mayo se rectificó el aislamiento en algunas provincias, entre las que se encontraba Buenos Aires y se relajaron algunos controles en el resto del país. Para el 9 de octubre en la Provincia de Buenos Aires había 5.346 nuevos casos y 239 nuevas muertes, para ese día los casos acumulados eran 461.813 y la provincia alcanzaba el total de 23.225 fallecimientos.

En la provincia de **Mendoza**, desde el 12 de marzo al viernes 9 de octubre, se dictaron 2 leyes provinciales, 65 decretos y 93 Resoluciones ministeriales, de las cuales 28 son del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes. En las mismas se establecieron diferentes medidas vinculadas a la pandemia por Coronavirus. Por ejemplo, el 16 de marzo el Ministerio tomó medidas importantes para el personal de salud, tales como la suspensión de licencias anuales, capacitaciones y actividades de docencia, las rotaciones de residencias, y la potestad de las autoridades de asignar funciones, horarios y lugar de desempeño a todos los agentes. A partir del 18 de marzo, se restringieron las actividades vinculadas con las aglomeraciones de personas. El 13 de abril se estableció la obligatoriedad de circular con el tapabocas o barbijo. A partir de mayo, comenzó la apertura gradual de actividades con protocolos de actuación y la autorización de reuniones familiares. El 8 de junio se estableció en la provincia el distanciamiento social y la circulación por número de finalización de DNI para compras, actividades recreativas y deportivas. El 18 de septiembre se retrotrajo por 3 días la cuarentena a fase 1 con la finalidad de reducir las salidas por el día del estudiante. Hacia el viernes 9 de octubre, se mantenía la ampliación gradual de actividades y del horario

de atención al público y se comenzó a evaluar la apertura de los jardines maternos, las escuelas de todos los niveles educativos, el aeropuerto y el turismo interprovincial. Para esa fecha se reportaron 566 casos positivos en trabajadores de la salud y 11 fallecidos.

En la provincia de **Chubut** se dictaron acciones preventivas vinculadas a la pandemia desde el 13 de marzo, día en que se declara la emergencia sanitaria a nivel provincial. A partir de ese día se dictaron 12 decretos y 6 leyes, mediante las cuales buscó dar respuestas a cuestiones sanitarias, laborales y actividades no esenciales. El primer reporte provincial se publicó el 19 de marzo, en donde se registró a nivel nacional un total de 97 casos confirmados de COVID-19 y 3 fallecidos/as, pero ningún contagio en la provincia. El primer caso se confirmó el 15 de abril en la ciudad de Comodoro Rivadavia, en una persona que se encontraba cumpliendo el aislamiento social preventivo obligatorio luego de regresar de un viaje al exterior. El 10 de junio se reportó el primer fallecido en la provincia, que se encontraba internado en la Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital Zonal de Trelew. Al 9 de octubre se reportaron 8.439 casos positivos y 116 fallecidos por COVID-19 en la población general, y no se disponen de estadísticas oficiales específicas sobre el personal de salud. Resulta relevante aclarar que la provincia está atravesando una crisis económica y social desde hace más de 2 años que implica, entre otras cosas, que se abonen los salarios estatales provinciales de manera escalonada, demorada y con una deuda acumulada a la fecha de 2 salarios y medio.

En la provincia de **Río Negro**, desde marzo se establecieron acciones normativas vinculadas a la pandemia, a partir de los Decretos N° 236 de Alerta Sanitaria y N° 1 de Emergencia Sanitaria. El 24 de marzo se decretó la prohibición de circulación en sitios de esparcimiento públicos y reducción en los horarios de comercios. En abril se dispuso la obligatoriedad del uso de protectores faciales a todas las personas que circulen en la vía pública y se implementaron cordones sanitarios en algunas de las principales ciudades. En junio el gobierno nacional anunció los primeros departamentos que pasaban a la fase de distanciamiento social preventivo y obligatorio. La pandemia afectó a la ciudad de Bariloche, en la semana epidemiológica N° 13 (del 22-28 de marzo), principalmente en el personal de seguridad y de salud con sus contactos estrechos. Hacia la semana epidemiológica N° 20 (primer pico), los contagios ya se habían extendido hacia barrios vulnerables y centros religiosos. Hasta el viernes 9 de octubre, los casos positivos acumularon 19.520 personas contagiadas, de las cuales el 33% corresponden al grupo etario de 40 a 59 años y el 16% a mayores de 60 años. Además, hasta la fecha indicada se registraron 651 casos positivos de agentes de salud y 11 fallecidos.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A finales de marzo del 2020 se formó un **grupo internacional multicéntrico**, de más de 20 países de los 5 continentes, para estudiar el impacto del COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras de la salud. La investigación propuesta consistió en un diseño de cohorte prospectivo durante un año, con una evaluación al inicio y un seguimiento a lo largo de 1 año. El estudio está destinado a personal sanitario de diferentes dispositivos y labores (atención de la salud, administración, mantenimiento, transporte, etc.). 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 permite desplegar preguntas adicionales en función de las respuestas previas. Esto implica que no todas las personas tienen 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, jamás se deben obtener conclusiones por sí mismos. Para la presente investigación solo se utilizó el GHQ-12 y el PHQ-9 con fines de cribado (screening) en la detección precoz de posibles patologías.

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 de la encuesta, mediante el uso de correos electrónicos, redes sociales y mensajes de Whatsapp a contactos personales y referentes de cada área. Aquellas personas interesadas en participar completaron primero un pequeño formulario de contacto en donde facilitaban su email, y posteriormente el equipo de investigación les enviaban un correo electrónico con la información detallada de la investigación y sus derechos como participantes. 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. 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 encuesta.

Esto se realizó con la finalidad aumentar la participación en la encuesta. De esta manera, los datos recabados hasta el 30 de septiembre incluyen información sobre 979 participantes, fecha del cierre parcial del estudio para la redacción del presente informe.

Se realizó un análisis de datos exploratorio para examinar valores perdidos y valores atípicos (outliers). Se observó que, por la misma naturaleza de la encuesta de presentar algunas preguntas adicionales en función de las respuestas anteriores, todas las entradas presentaron **valores perdidos**. Por esta razón, no se pudo utilizar como criterio borrar todos los casos que presentan datos ausentes. Como alternativa, se calculó la cantidad de valores perdidos en los test PHQ-9 y GHQ-12, eliminando todos los casos que tuvieran más de 3 valores ausentes (se observó que la mayoría de los participantes que abandonaron la encuesta lo hicieron en algún punto de dichos tests). De esta manera, la muestra final a analizar quedó conformada por 767 casos (se desestimaron 212 encuestas incompletas). El paso siguiente fue la revisión de **valores atípicos**. Por ser una encuesta estructurada en casi su totalidad, solo se observaron datos atípicos en la variable “Días en aislamiento por sospecha o confirmación de COVID-19”. Esto pudo deberse a una confusión en la interpretación de la pregunta, ya que la población argentina estuvo aislada de manera preventiva y obligatoria durante las primeras fases de la cuarentena, independientemente de tener sospecha o confirmación de COVID-19. Para resolver este problema, todos los casos que presentaron un valor mayor a 30 (2 veces el tiempo de aislamiento por sospecha o confirmación de COVID-19) fueron borrados y convertidos en el símbolo NaN (“Not a Number”).

A continuación, se utilizó el método de **imputaciones multivariadas** para sustituir los valores perdidos. Esta técnica consiste en crear múltiples simulaciones iterativas (20 para esta investigación), en las cuales cada variable se modela en función de las variables restantes que mejor correlacionan con la primera (20 mejores variables para esta investigación). Luego, todos los modelos se combinan para generar estimadores robustos e inferir específicamente el valor para cada caso y variable particular. Para realizar las imputaciones con el método aquí descrito se utilizó la función “IterativeImputer” del paquete scikit-learn 0.23 ejecutado en Python 3.7.4. Como estimador se utilizó “Random Forest”, un algoritmo de aprendizaje automático supervisado no lineal y no paramétrico. Se seleccionaron 90 variables candidatas para imputar, elegidas desde criterios teóricos, y por presentar al menos 75% de valores presentes. Medina y Galván (2007) informaron que la aplicación de simulaciones con imputaciones multivariadas permite lograr una eficiencia en la estimación de parámetros del 98% con 20 simulaciones realizadas en variables con menos del 50% de datos perdidos. Cabe destacar que para la imputación de variables del PHQ-9 y el GHQ-12 solo se utilizaron como predictores las propias variables de cada test.

PARTICIPANTES

La distribución de los participantes por **provincias** sigue el siguiente orden: Mendoza (39.9%), Río Negro (22.1%), Buenos Aires (19.1%), Chubut (15.7%), otras provincias (2.9%). Respecto a la distribución por género de quienes participaron, 80.9% de las personas participantes se identificaron con el **género** femenino, 19.0% con el género masculino y un 0,13% otro género. Para la lectura y el análisis de la información aquí relevada, es importante resaltar la composición profesional por género del sector Salud en Argentina, que se encuentra altamente feminizada y representada en los niveles con menor jerarquía (Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, 2019). Otra situación que resulta importante visibilizar que en la muestra fueron incluidas como personal de Salud a las personas trabajadoras especializadas no técnicas (personal de servicio), compuesta en su mayoría por mujeres.

Entre quienes respondieron a la encuesta el 15.7% poseen un nivel de **escolarización** técnico-profesional, 69.8% nivel de escolarización universitario, y una edad promedio de 41.2 años (DE: 9.5; rango [20;69]). Respecto al **lugar de trabajo**, 55.9% de las personas que participaron en la muestra, lo hacen en un centro de salud hospitalario, 26.7% en un centro de salud no hospitalario, 10.8% en otras unidades fuera de un centro de salud y 6.5% en una unidad administrativa fuera de un centro de salud.

Por otra parte, 85.6% de las personas entrevistadas trabajan en el sistema de salud público como principal empleador. En cuanto a la distribución de la **profesión**, 24.3% corresponde a Medicina, 12.9% a Enfermería, 12.5% a personal administrativo y 11.9% a Psicología. El 38.2% restante está conformado por trabajadores sociales, trabajadores comunitarios, agentes sanitarios, personal de limpieza y mantenimiento, nutricionistas, auxiliares, técnicos de laboratorio, farmacia, etc. Por último, las personas que trabajan en contacto directo con pacientes lo hacen el 61.8% con población general, 23.9% trabaja exclusivamente con población adulta, 11.1% con población infanto-juvenil y 1.4% con adultos mayores.

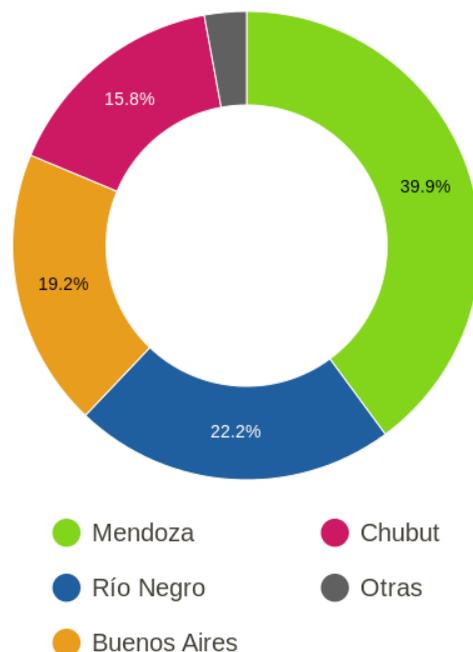


Gráfico 1: Distribución de participantes por provincias.

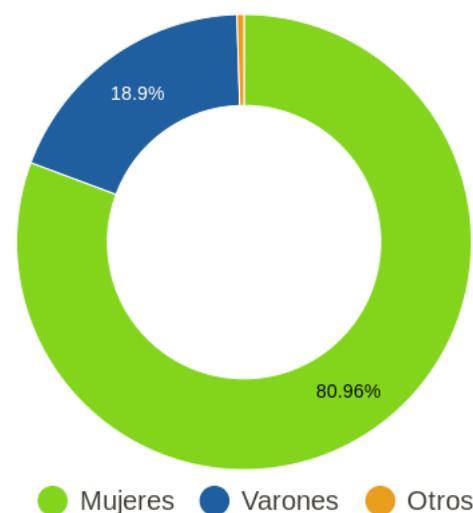


Gráfico 2: Distribución de participantes por género.

Elaboración propia, basada en los datos relevados en la primera encuesta de la Investigación multicéntrica: "El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud".

Página 8.

Factores estresores y protectores en las personas trabajadoras de la Salud.

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA: “EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

Tabla 1: Distribución de las profesiones representadas en la encuesta y su distribución por género (en porcentajes).

Profesión	Porcentaje General	Porcentaje de mujeres	Porcentaje de varones
Medicina	24,3	18,8	5,5
Enfermería	12,9	10,9	1,9
Administración	12,5	9,2	3,2
Otro	12,2	9,7	2,4
Psicología	11,9	10,4	1,5
Trabajo Social	6,1	5,5	0,5
Limpieza	2,4	2,4	0,0
Gestión / Dirección no Clínica	2,0	0,9	1,1
Odontología	1,9	1,5	0,4
Técnica/o de laboratorio	1,8	1,5	0,2
Gestión / Dirección Clínica	1,6	1,4	0,2
Nutrición	1,4	1,4	0,0
Técnica/o de Radiología	1,4	1,1	0,2
Terapeuta Ocupacional	1,3	1,1	0,2
Matrona	1,0	1,0	0,0
Terapeuta o Kinesiología respiratoria	1,0	0,6	0,4
Transporte de pacientes	0,7	0,0	0,7
Fonoaudiología	0,6	0,6	0,0
Primeros auxilios	0,6	0,2	0,4
Auxiliar de enfermería	0,5	0,4	0,1
Terapeuta o Kinesiología Física	0,5	0,5	0,0
Alimentación / Hostelería	0,2	0,1	0,1
Mantenimiento	0,1	0,0	0,1

Elaboración propia, basada en los datos relevados en la primera encuesta de la Investigación multicéntrica: “El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud”.

MIEDOS Y MALESTAR PSICOLÓGICO

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 no se pueden extraer este tipo de conclusiones, se los utilizó con el fin de indagar el malestar psicológico. Uno de los tests empleados fue el **PHQ-9** (Patient Health Questionnaire), 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 6.7 puntos (DE 5.2), con una distribución del 46.1% con intensidad nula, 23.4% con intensidad leve, 21.2% con intensidad moderada y 9.1% con intensidad grave. Estos resultados sugieren que un 53.8% de las personas encuestadas presentan algún grado de morbilidad psicológica asociada con síntomas de **depresión**. Por ejemplo, 38.4% de las personas indicaron sentir un enlentecimiento del habla o de sus movimientos, 56.8% manifestaron dificultades para concentrarse y 68.1% indicaron dificultades para dormir.

Cuando se diferencia la puntuación del PHQ-9 por **género** (ver gráficos 3 y 4), se observa una distribución desigual en perjuicio de las mujeres. En los gráficos de violín, el ancho de la figura indica la probabilidad de puntuar determinado valor del PHQ-9 (a mayor ancho, mayor probabilidad), el punto blanco indica la mediana (la mitad de las observaciones está por encima de la mediana, y la otra mitad está por debajo), la barra gris gruesa

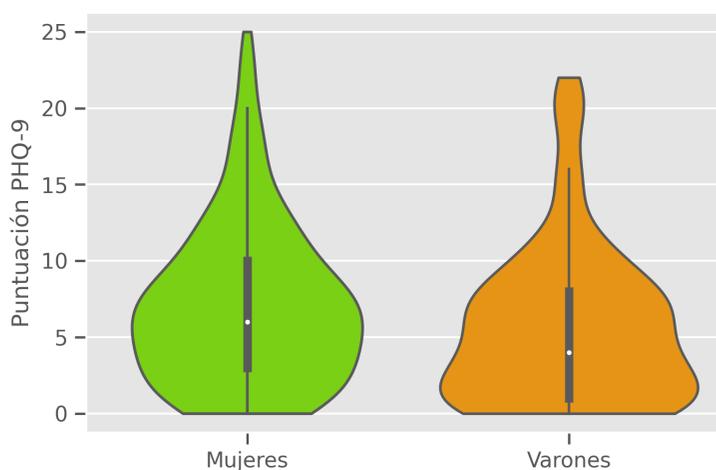


Gráfico 3: Distribución nacional del PHQ-9 según género.

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA: “EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

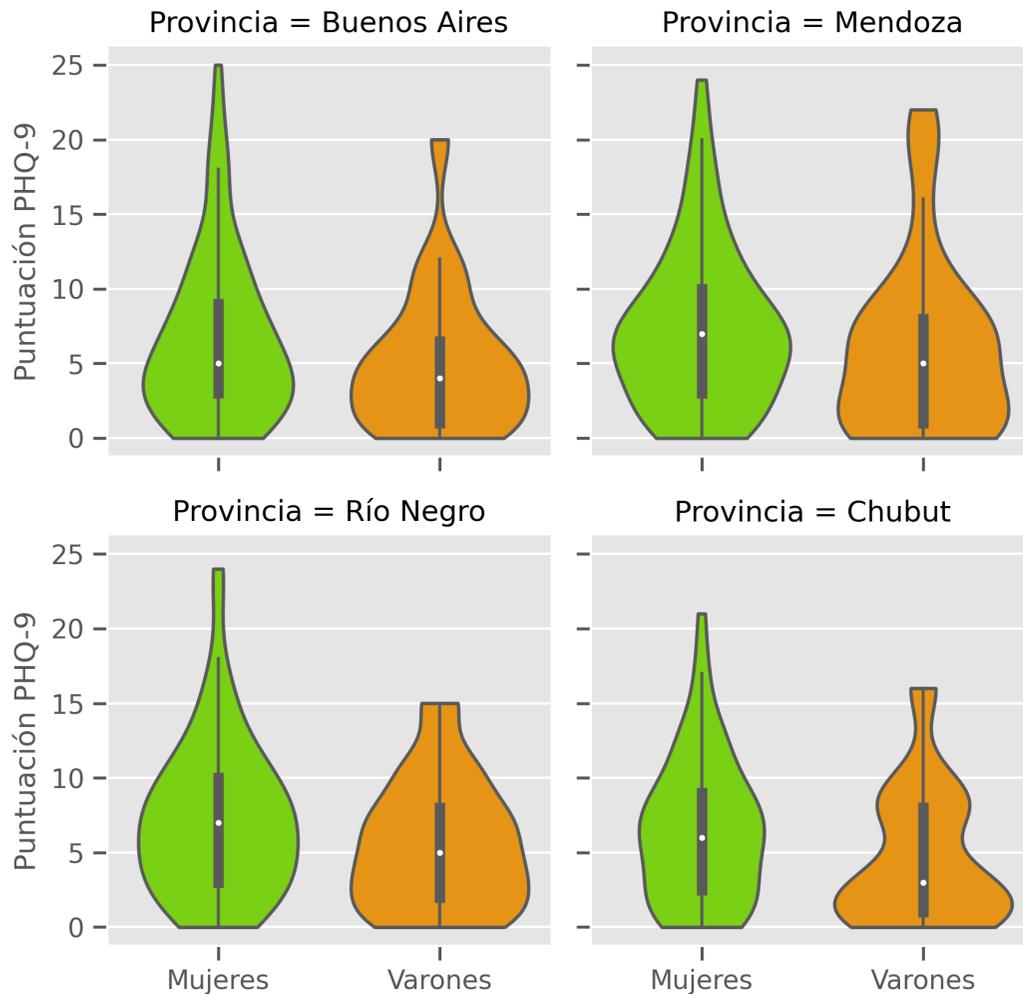


Gráfico 4: Distribución provincial del PHQ-9 según género.

en el centro representa el intervalo intercuartil (donde se distribuye el 50% de los casos) y las líneas grises finas representan los intervalos de confianza que incluyen al 95% de los casos. Por ejemplo, en el gráfico nacional se observa que el ancho máximo en los varones se ubica por debajo de los 2.5 puntos, mientras que en las mujeres el ancho máximo se encuentra en los 6 puntos. Si se observa la totalidad de la forma de ambas distribuciones, la de los varones es más corta, baja y achatada que en las mujeres, lo que por contraposición indicaría una presencia mayor de los síntomas de depresión en **trabajadoras mujeres**. Algo similar sucede con la mediana, tanto en el gráfico nacional como en los provinciales, donde el 50% de los varones se ubica por debajo de los 5 puntos (en el rango de sin trastorno depresivo), mientras que en las mujeres se ubica por encima de los 5 puntos (trastorno depresivo leve).

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA: “EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

De manera complementaria, se utilizó el GHQ-12 (Cuestionario de Salud General) 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 5.25) a nivel nacional, con 21.2% de las personas encuestadas coincidiendo con niveles de morbilidad subumbral y 25.6% con niveles de presencia de morbilidad. La sumatoria de ambos casos es de 46.9%, valores muy similares a los arrojados por el PHQ-9. Es relevante destacar que el 92.5% de las personas indicaron no tener diagnóstico de salud mental previo a la pandemia. Además, se reitera que si bien estos dos cuestionarios que se utilizan para el diagnóstico clínico, jamás se pueden extraer conclusiones por sí mismos.

Del análisis de las preguntas individuales de los cuestionarios de evaluación mental parece importante resaltar que el 67.1% de las personas encuestadas presentaron una disminución de la sensación habitual de disfrute de sus **actividades cotidianas**, que el 29.3% indicó una disminución la sensación habitual subjetiva de felicidad (considerando todos los aspectos de sus vidas), y que el 57.2% manifestó evitar recuerdos, pensamientos y/o sentimientos angustiosos cuando no está trabajando (24.2% de las personas indicaron que lo evitaban todos o casi todos los días).

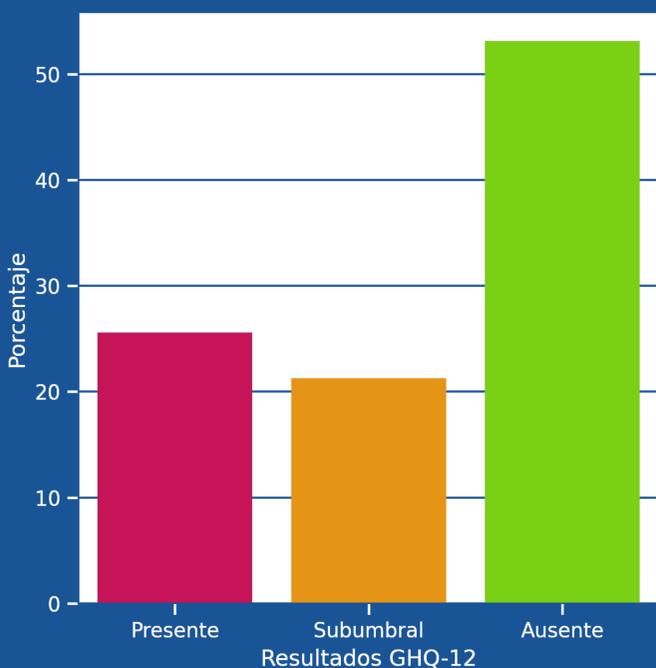


Gráfico 5: Distribución nacional de la presencia de morbilidad psicológica.

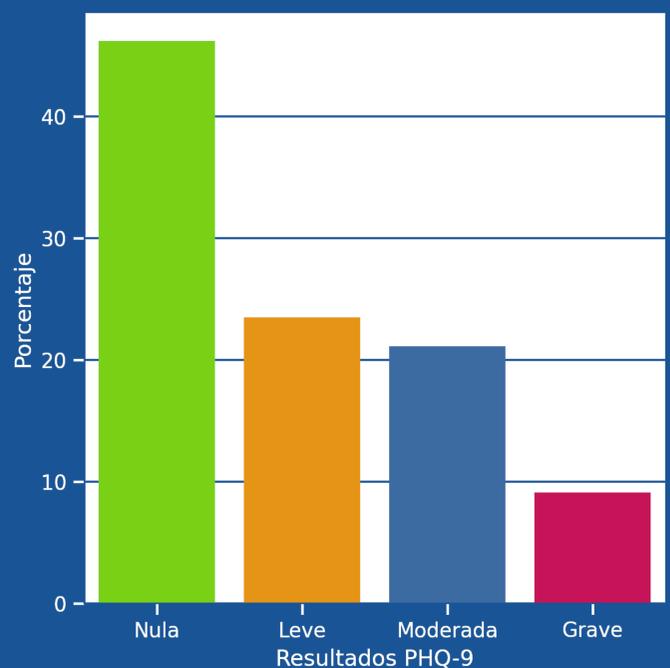


Gráfico 6: Distribución nacional de intensidad de los síntomas del PHQ-9.

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA: “EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

Si se tiene en cuenta que el disfrute de las actividades cotidianas y la posibilidad de cortar con el trabajo constituyen factores de protección, porque permiten conectar con otras áreas vitales para el ser humano, resulta relevante pensar políticas de cuidado destinadas al descanso y a la desconexión de las tareas laborales.

Un resultado relevante fue que el 45,7% de las personas encuestadas expresaron la necesidad de **apoyo psicológico** (independientemente de haberlo recibido o no desde el inicio de la pandemia). Sin embargo, de este porcentaje que necesitó apoyo psicológico, solo el 52.1% lo recibió efectivamente. El 15.1% indicó que recibió apoyo psicológico presencial y el 22.9% que recibió apoyo psicológico a distancia. Entre los que recibieron apoyo psicológico presencial, el 89.9% consideró que le ayudó en alguna medida (54.7% cree que le ayudó mucho o muchísimo), mientras que el 93.1% de los que recibieron apoyo psicológico a distancia consideró que le ayudó en alguna medida (73.4% cree que le ayudó mucho o muchísimo). Es importante destacar que antes de la pandemia, el 92.5% de las personas encuestadas no tenía un diagnóstico de salud mental y que el 84.6% no tomaba ningún medicamento para su situación de salud mental.

En la encuesta se evaluó también el **miedo a contagiarse** y contagiar a seres queridos. En lo referente al temor del contagio propio, el 19.6% de las personas encuestadas respondieron que el temor era muchísimo, el 34.1% que el temor era mucho, mientras que el 41.8% manifestó que le preocupaba poco y 4.3% nada. El miedo aumentó cuando se preguntó sobre el temor de **contagiar** a sus seres queridos. En este caso, el 58% respondió que era muchísimo, el 29.1% era mucho, 11.2% poco y el 1.6% nada.

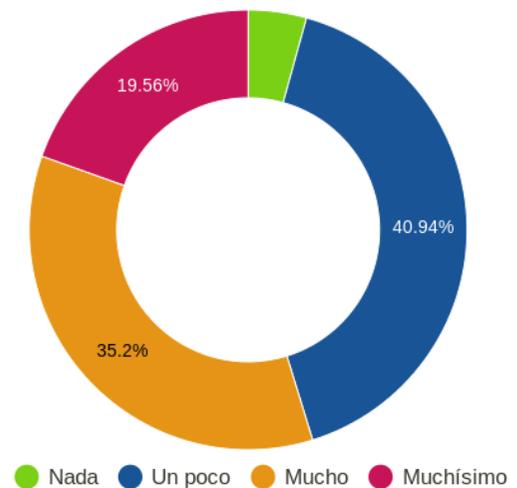


Gráfico 7: ¿Cuánto le preocupa contagiarse?

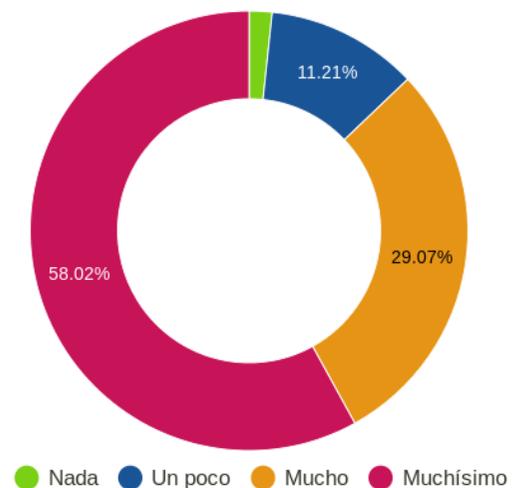


Gráfico 8: ¿Cuánto le preocupa contagiar a sus seres queridos?

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA: “EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

En otras palabras, el temor a contagiarse “mucho o muchísimo” es del 54.1%; mientras que el temor a contagiar a seres queridos “mucho o muchísimo” es del 87,0%. Ambos miedos podrían considerarse estresores de relevancia, ya que se observaron 2 **correlaciones** positivas significativas de $\rho = 0.193$ ($p < 0.001$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de preocupación en contagiarse, y de $\rho = 0.216$ ($p < 0.001$) 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.



Fotografía 2: 18.64% de las personas encuestadas refieren estar realizando alguna instancia de formación profesional de posgrado en calidad de residente, concurrente o becario.

FACTORES PROTECTORES

En consonancia con el miedo a contagiar o contagiarse, se indagó sobre la disponibilidad de contar con **elementos de protección personal** en el lugar de trabajo. En este sentido, contar con los mismos se considera un factor de protección directo, ya que reducen la exposición al virus y al estrés que esto genera. Ante la pregunta sobre si los equipos de protección personal con los que cuentan les parecen suficientes para evitar el contagio, un 47.8% de los/las encuestados/as respondieron que sí son suficientes, mientras que un 32.4% indicaron que son algo insuficientes, 5.6% que son muy insuficientes y 8.2% que son completamente insuficientes. Consultados de manera específica sobre los **insumos faltantes** durante la semana previa a responder la encuesta (ver Tabla 2), 14.7% indicaron necesidad de mascarillas y/o barbijos, 13.8% de gafas protectoras, 11.4% de trajes y/o batas desechables, 11.1% de pantallas protectoras, 10.5% de productos desinfectantes y alcohol gel, 6.78% de equipos de ventilación mecánica, 6.7% de agua y/o jabón, 6.2% de guantes, 4.1% de tanques de oxígeno y 8.3% de otros equipos o materiales médicos. En cambio, estos porcentajes llegan a triplicarse cuando se evaluaron los insumos faltantes desde el inicio de la pandemia. Además, el 77.7% respondió que los equipos de protección para utilizar en sus actividades laborales fueron provistos por la institución en la que trabajan. Otro dato significativo fue que el 74.5% indicó que la institución reemplaza o limpia de forma regular los equipos de protección personal. Es menester que las instituciones garanticen a todas las personas trabajadoras de la salud los recursos necesarios y su mantenimiento adecuado para proteger su salud mental y física.

Otro aspecto consultado fue respecto a la **formación y entrenamiento** recibido para evitar el contagio por COVID-19. El 73% respondió que recibió formación en su lugar de trabajo, el 24.1% fuera del lugar de trabajo y el 15.9% 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. En la misma línea, se indagó solo entre las personas encuestadas que están en contacto directo con pacientes si habían recibido formación específica sobre el **abordaje clínico** de casos con sospecha o confirmación de COVID-19. El 38.3% indicó que habían recibido

Tabla 2: Distribución de los elementos de protección personal que ha necesitado y no ha tenido disponibles en su lugar de trabajo (en porcentajes).

Insumo	Porcentaje faltante desde el inicio de la pandemia	Porcentaje faltante en la última semana
Mascarillas y/o Barbijos	42.37	14.73
Productos desinfectantes y alcohol gel	31.68	10.56
Gafas protectoras	28.68	13.82
Pantallas protectoras	25.81	11.08
Trajes y/o batas desechables	24.9	11.47
Jabón y/o agua	23.86	6.78
Guantes	19.43	6.26
Otros equipos o materiales médicos	11.08	8.34
Equipos de ventilación mecánica	8.60	6.78
Tanques de oxígeno	6.13	4.04

Elaboración propia, basada en los datos relevados en la primera encuesta de la Investigación multicéntrica: "El impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras en los servicios de salud".

formación en su lugar de trabajo, el 19.8% fuera de su lugar de trabajo, mientras que el 21.1% no recibió formación sobre el abordaje clínico con pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19. Además, a este mismo grupo de personas en contacto directo con pacientes, se les consultó si habían recibido directrices específicas sobre cómo priorizar la **ventilación mecánica** en casos de pacientes con COVID-19, y el 44.1% manifestó no haber recibido directrices sobre esta práctica. Este dato, más el porcentaje de personas sin formación sobre el abordaje clínico del COVID-19 estarían indicando un déficit en las capacitaciones que recibe el personal de salud, haciéndolos propensos a cometer errores e intensificando las fuentes de estrés. Por tal motivo resulta urgente garantizar el acceso a capacitaciones y entrenamiento, por el respaldo que brinda a los trabajadores de la salud, constituyéndose en un factor de protección de la salud mental.

Por otra parte, respecto a la confianza en el Gobierno Nacional para enfrentar la pandemia, el 13.7% respondió que no confía nada en absoluto, el 27.5% que confía algo, el 27.6% que confía un poco, el 25.8% que confía mucho y solo el 5.8% que confía muchísimo. Estas cifras mejoraron cuando se preguntó por la **confianza para enfrentar la pandemia** en la institución en donde trabajan, quienes respondieron 8.6% nada en absoluto, 27.5% algo, 19.9% un poco, 37.2% mucho y 6.6% muchísimo. De manera comparativa, quienes respondieron que la confianza en el lugar de trabajo para enfrentar la pandemia de COVID-19 era mucha o muchísima suman un 43.9%, mientras que los mismos niveles de confianza para el Gobierno Nacional suman un 31.6%. Además, se observó una correlación negativa significativa de $\rho = -0.176$ ($p < 0.001$) 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 interpretación de este resultado es que a mayor confianza en la institución de trabajo es ligeramente menor la intensidad de los síntomas depresivos, por lo que resulta un elemento relevante a trabajar si se piensan políticas públicas de cuidados destinadas al personal de salud.

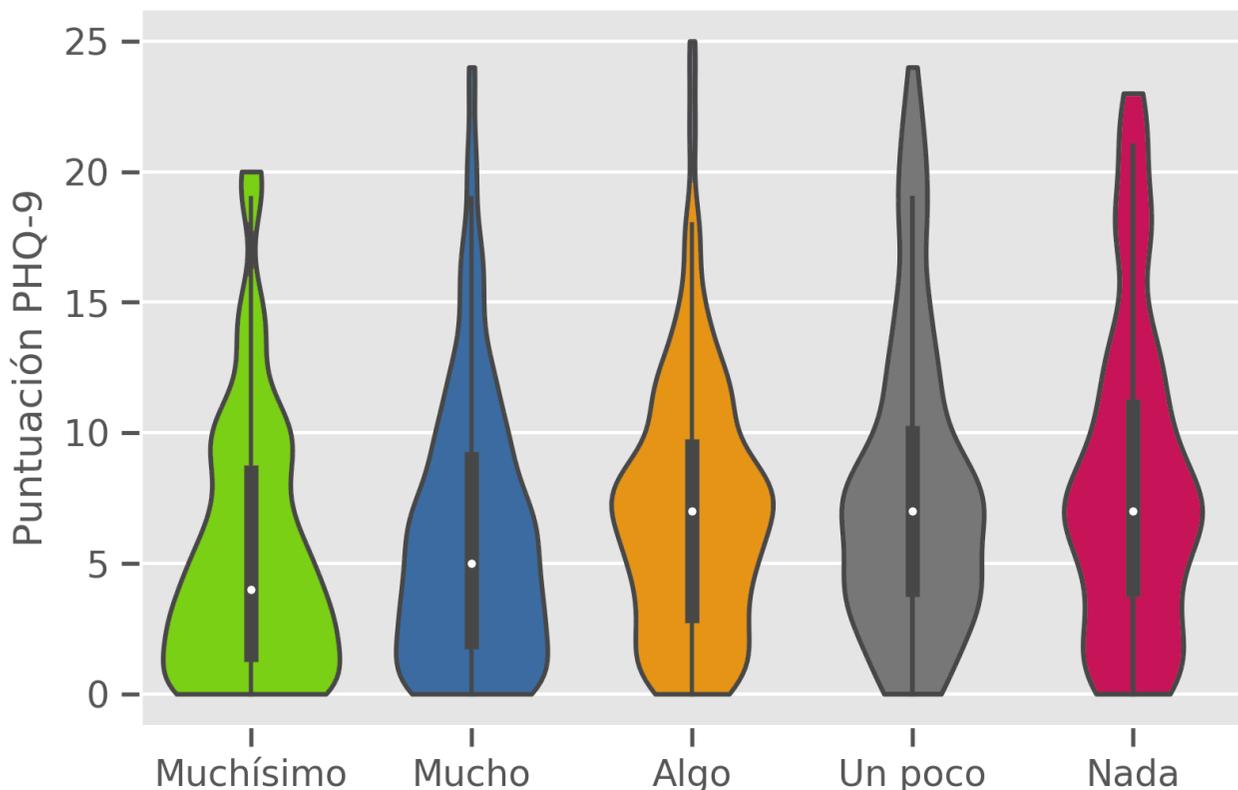


Gráfico 9: Distribución de la confianza en el lugar de trabajo en relación al PHQ-9.

INVESTIGACIÓN INTERNACIONAL MULTICÉNTRICA: “EL IMPACTO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD”

Otro dato que va en la misma dirección es que el 81.8% de las personas encuestadas siente que cuenta con una red fiable de compañeros y compañeras de trabajo, y el 94% siente que tiene seres queridos que le apoyan cuando lo necesita. Ambas **redes de apoyo** resultan relevantes como factores de protección personal, ya que se observó una correlación significativa negativa de $\rho = -0.166$ ($p < 0.001$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de acuerdo con la red de apoyo laboral y de $\rho = -0.194$ ($p < 0.001$) entre la puntuación del PHQ-9 y el grado de acuerdo con la red de apoyo de seres queridos. Aunque estas correlaciones no se deben interpretar de manera lineal o causal, las mismas sugieren que a mayor fortaleza de las redes de apoyo resulta menor la intensidad o presencia de los síntomas depresivos.

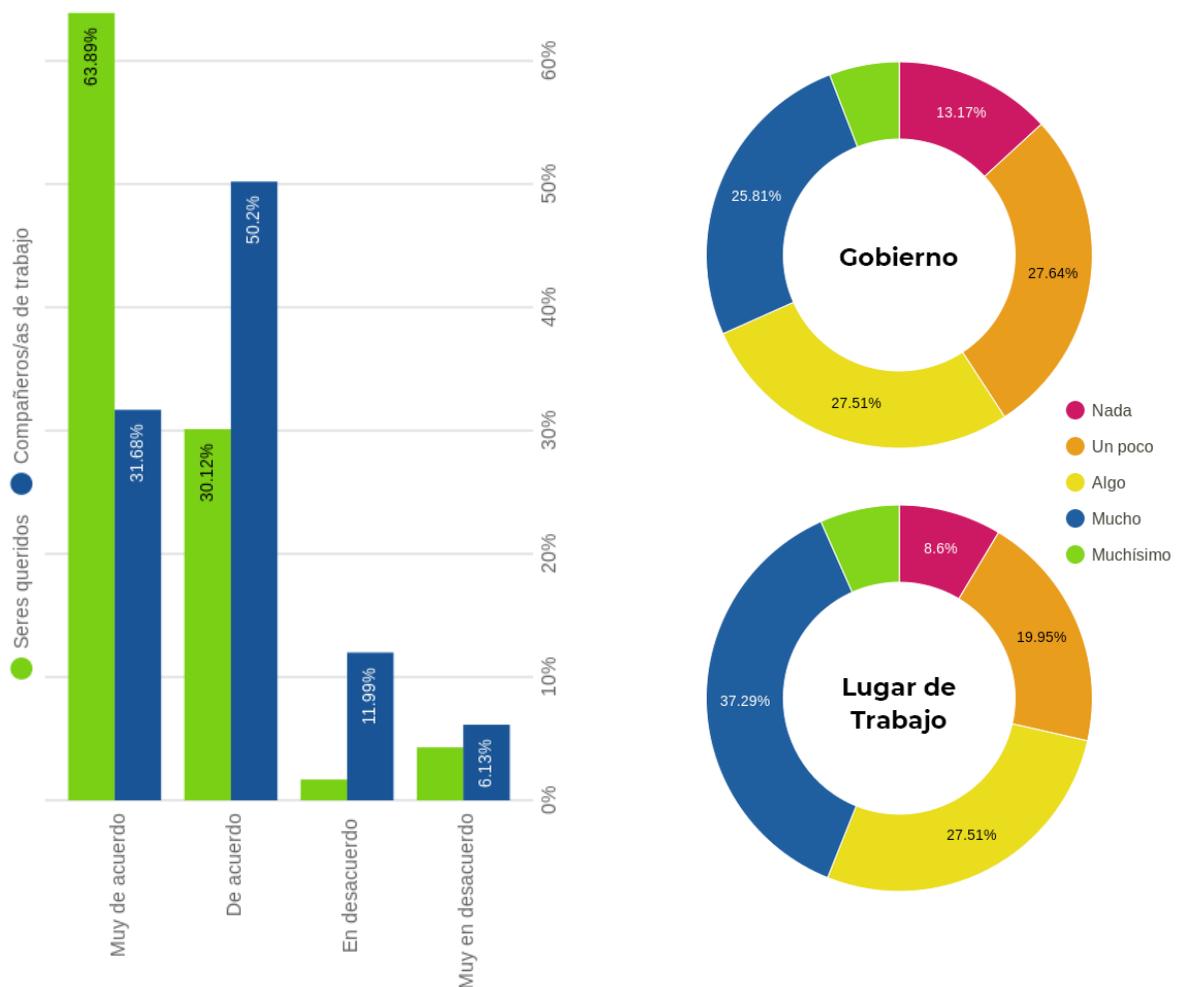


Gráfico 10 (izquierda): Red fiable de seres queridos y compañeros/as de trabajo.
Gráfico 11 (derecha): Confianza en las instituciones para enfrentar la pandemia.

ASPECTOS DESTACADOS

Miedos y malestar psicológico

- 53.8% de las personas encuestadas presentan algún grado de **morbilidad psicológica** asociada con síntomas depresivos.
- El 67.1% de las personas presentaron una disminución de la sensación habitual de disfrute de sus **actividades cotidianas**, 56.8% manifestaron dificultades para concentrarse y 68.1% indicaron dificultades para dormir.
- El 45,7% de las personas encuestadas expresaron la necesidad de **apoyo psicológico** (independientemente de haberlo recibido o no desde el inicio de la pandemia). Sin embargo, de este porcentaje que necesitó apoyo psicológico, solo el 52.1% lo recibió efectivamente.
- El **temor a contagiarse** “mucho o muchísimo” es del 54.1%; mientras que el temor a contagiar a seres “mucho o muchísimo” es del 87,1%. Ambos miedos podrían considerarse estresores de relevancia.

Factores protectores

- El 47.8% de las personas encuestadas respondieron que los **equipos de protección** personal son suficientes.
- El 77,7% indicó que los equipos de protección para utilizar en sus actividades laborales fueron provistos por la **institución** en la que trabajan.
- El 74,5% señaló que la institución reemplaza o **limpia de forma regular** los equipos de protección personal.
- El 73% respondió que recibió **formación** en su lugar de trabajo.
- El 81.8% de las personas encuestadas siente que cuenta con una **red fiable** de compañeros y compañeras de trabajo. Se observó una correlación significativa negativa de $\rho = -0.166$ ($p < 0.001$) entre estas 2 variables.
- El 43.9% respondió que la **confianza en el lugar de trabajo** para enfrentar la pandemia de COVID-19 era mucha o muchísima. Se observó una correlación negativa significativa de $\rho = -0.176$ ($p < 0.001$) entre estas 2 variables.

Análisis preliminar de Género

- Porcentaje de personas encuestadas en razón de Género: 81% mujeres, 19% varones, 0,13% otro. Nota: el **sector Salud** es altamente feminizado.
- Los resultados preliminares indican una presencia mayor de los **síntomas depresivos** en trabajadoras mujeres.
- Tanto a nivel nacional como en las provincias, el 50% de los casos masculinos se ubica por debajo de los 5 puntos del **PHQ-9** (trastorno depresivo nulo), mientras que en las mujeres se ubica por encima de los 5 puntos del PHQ-9 (trastorno depresivo leve).

Importante: existen factores multidimensionales e interseccionales que pueden estar influyendo en el desarrollo diario laboral, y que deben ser corregidos a través de medidas de cuidado específicas y singulares destinadas a las trabajadoras mujeres. El siguiente informe de la RASIC estará destinado a profundizar estas cuestiones.

PRÓXIMOS PASOS DE LA INVESTIGACIÓN

Dado el gran caudal de datos y las amplias posibilidades de análisis que la encuesta brinda, este equipo tiene entre sus objetivos generar una **serie de informes**, que tendrán como finalidad alentar políticas de cuidado para los trabajadores de salud e implementar acciones tendientes a protegerlos. Nuestro próximo informe estará basado en un análisis que contemple las perspectivas de **género**. Buscaremos explorar las brechas de género existentes en los escenarios laborales y sus vínculos con el sufrimiento mental durante la pandemia. También indagaremos sus posibles relaciones con condiciones preexistentes, con realidades extralaborales y multidimensionales. Para esto haremos análisis que desagreguen la información en razón de género, considerando las necesidades prácticas y específicas que puedan brindar recomendaciones fiables para implementar políticas públicas de cuidado singulares.

Basados en los resultados de esta primera encuesta y de las próximas, los miembros de la red nuevas publicaciones basadas en reflexiones y propuestas para el diseño de **políticas públicas**. Este informe es parte de un estudio cuyo objetivo principal consiste en evaluar el impacto de la pandemia del COVID-19, tanto en la salud mental como en otros aspectos psicosociales, de los trabajadores de diversos dispositivos sanitarios. Para eso se diseñó una investigación que constará de cuatro encuestas, las próximas tres serán efectuadas en el año 2021.

REFERENCIAS

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.

Burrone, M. S., Abeldaño, A., Lucchese, M., Susser, L., Enders, J., Alvarado, R., Valencia, E. 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.

Medina y Galván (2007). *Imputación de datos: teoría y práctica*. Santiago de Chile, Chile. Ed. Naciones Unidas.

Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (12 de enero de 2019). <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio>

Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (2018). *Género en el sector Salud: Feminización y brechas laborales. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina*. Cuaderno N° 9. 1ª ed. Buenos Aires.

Urtasun, M., Daray, F. M., Teti, G. L., Coppolillo, F., Herlax, G., Saba, G., Rubinstein, A., Araya, R. y Irazola, V. (2019). *Validation and calibration of the patient health questionnaire (PHQ-9) in Argentina*. BMC psychiatry, 19(1), 1-10.

LECTURAS RECOMENDADAS

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2020) *Recomendaciones de salud mental para los Equipos de Salud por la pandemia COVID-19*. Informe. N F-2020-18135387-APN-DNSMA.MS

De la Aldea, E., & Lewkowicz, I. (1999). La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud. <https://www.xpsicopedagogia.com.ar/la-subjetividad-heroica-un-obstaculo-en-las-practicas-comunitarias-de-la-salud.html>

Franco T.B., y Merhy E.E. (2011). *El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado*. Salud colectiva, Buenos Aires, 7(1):9-20.

Michalewicz, A., Pierri, C., y Ardila-Gómez, S. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Anuario de investigaciones, 21, 217-224.

Molinier, P. (2015). *Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible?*. Revista Hospitalaria Niños, 57(257), 132-140.

Zaldúa, G., Bottinelli, M., y Nabergoi, M. (2005). *Reflexiones sobre la investigación de procesos de salud enfermedad de los trabajadores de la salud*. Revista Ocupación Humana, 11(1 y 2), 78-88.

INTEGRANTES DE RASIC

Nodo Chubut: el equipo está conformado por integrantes de la Universidad del Chubut y la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, quienes sirven de puente entre la red internacional de la investigación “Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en centros de salud”, la red Argentina y proyectos derivados (“Trabajadores esenciales”, “Cooperativas de cuidados”, “Red de Prácticas y Experiencias de Cuidado”). **Integrantes:** Marcela Inés Freytes Frey, Juan Manuel Díez Tetamanti, Rodrigo Jaldo, Andrés Mecha, María Belén Pastrian, Cecilia Russo, Amanda Gotti, Verónica Vila, Constanza Canali, Eliana Cesarini, Leticia Baéz, Marina Veleda, María de los Ángeles Jaimes, Carlos Barria, Beatriz Escudero, Monica Borile, Juliana Andrieu, María Cecilia Pedernera, Maura Rojas, Andrea Casadei, Mariana Lopez, Viviana Acuña, Mirta Antipán y colaboradores. **Contacto:** saludmental covid19@udc.edu.ar

Nodo Río Negro: el equipo está conformado por un conjunto de profesionales y trabajadores/as del Hospital Zonal Bariloche y de la Universidad Nacional de Río Negro de la Sede Andina y la Comisión Asesora en Discapacidad. Se constituyó como grupo a partir del convenio entre la Universidad mencionada y la Universidad provincial de Chubut y diferentes actividades de articulación que se han desarrollado en años anteriores. **Integrantes:** Mirta Elvira, Monica Delgado, Jovita Díaz, María Florencia Dilema, Gaston Vera, Juan Manuel Zorzoli, Diana Prandi, Gabriela Vazquez, Bibiana Mischia. **Contacto:** comisiondiscapacidad@unrn.edu.ar

Nodo Mendoza: El equipo de investigación de la provincia de Mendoza es un equipo multidisciplinar de profesionales del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de Mendoza, integrado por tres profesionales de la psicología, una licenciada en farmacología, una licenciada en trabajo social, un licenciado en sociología y un médico psiquiatra. En la elección del mismo se han priorizado incluir una adecuada combinación de conocimientos, experiencia y actitudes sobre la temática de fondo y la investigación en salud del Ministerio de Salud Mendoza. **Integrantes:** Cecilia Sottano, Jorgelina Álvarez, Valeria Amicone, Leandro Picighelli, Gabriel Sendra, Roxana Tambutto, Diego Pocognoni. **Contacto:** heroesmza@gmail.com

Nodo San Martín (Buenos Aires): el proyecto se desarrolla desde la UNSaM en el marco del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento. Participan docentes investigadore/as del ICRM/UIS y de la Escuela de Humanidades, de las carreras de Enfermería, Terapia Ocupacional y Psicopedagogía. En cogestión con el equipo de Gestión e Investigación del Programa de Salud Mental, Secretaria de Salud del Municipio de San Martín y referentes de espacios asistenciales municipales de diferente nivel de atención y hospitales de dependencia provincial. **Integrantes:** Hugo Mercer, Mariela Nabergoi, Patricia Vila, Patricia Laura Alvarez, Mariana Moreno, Sandra Cerchiaro, Florencia Diaz Arana y Nadia Dovgan. **Contacto:** hmercerc@unsam.edu.ar

Nodo Tandil (Buenos Aires): está conformado por un conjunto de licenciadxs en Psicología y en Enfermería, que desarrollan sus tareas profesionales principalmente en distintos ámbitos de la Salud Pública local, algunos dedicados a la asistencia y otros a tareas de gestión. Se constituyó como grupo en el año 2017 a raíz de la participación en un proyecto de investigación multicéntrico en el marco de las becas Salud Investiga. **Integrantes:** Luciano Grasso, Walter Ríos, Sofía Loitegui, Nieves Mansilla, Lucía Dinolfo. **Contacto:** luciano_grasso@yahoo.com.ar

Nodo Región Sanitaria VIII (Buenos Aires): se encuentra inserto en el área de Docencia e Investigación Regional. El mismo hará parte de la 2da cohorte del estudio y tiene como propósito principal, en función del perfil de la encuesta, conocer la distribución y las características de los equipos de trabajo en salud en la región. De este modo se sumarían indicadores, rasgos y categorías de utilidad para contextualizar los territorios en el que se desenvuelven, a fin de establecer un diálogo constructivo con los tomadores de decisión en el marco del diseño de políticas públicas que propendan por el bienestar de lxs trabajadorxs y de las comunidades a quienes prestan los servicios de salud integral. **Integrantes:** Luz Mary Castaño, Romina Casali, Gastón Vargas, Florencia Pérez, Mariela Kifer, Ayelén Alianak, Malena García. **Contacto:** nodoprojectoheroes@gmail.com

Nodo Goya - Lavalle - Santa Lucía (Corrientes): el proyecto se impulsa en la provincia desde Fundación Jóvenes a partir de su programa de Salud Comunitaria y de su área de formación, docencia e investigación. Participan en él docentes, psicólogas, psicopedagogas y operadores psicoterapéuticos, todos ellos voluntarios de la Fundación. Con colaboración de referentes de espacios asistenciales municipales de diferentes niveles de atención de los municipios de Goya, Lavalle y Santa Lucía, con posibilidades de ampliar la muestra y la extensión territorial, con la difusión de la encuesta, a otras localidades de la provincia. **Integrantes:** Maria Fernanda Esmay, Pedro Ignacio Cardozo, Florencia Tomasella Balestra, Jose Alberto Arrozpide, Cynthia Carnevale, Marcos Aguirre, Victoria Bibiana Gonzalez, Soledad Fernandez. **Contacto:** fundacionjovenes33@gmail.com

Redes de colaboración:

<https://saludmental covid19.org> (sitio web del nodo argentino)

<https://mentalnet.cl> (sitio web de la red internacional multicéntrica)

<https://practicasyexperienciasdecuidadosm.udc.edu.ar> (proyecto derivado)

