



Salud Mental en Pandemia: intervenciones en CeTeC-U MdP

Arrayago, Lucia Belén

luarrayago18@gmail.com

41171109

Navarro González, Estefanía G

navarro.estefi91@gmail.com

36110423

Eje: Abordaje de la Salud Mental.

Palabras clave: CeTeC-U; Acompañamiento Psicosocial Telemediado; Malestar subjetivo; Causas de Malestar Subjetivo; Niveles de Complejidad.

Resumen:

El CeTeC-U (Centro de Telemedicina Covid-Universitario) surgió en el 2020 y estuvo vigente hasta el mes de diciembre de 2021 como respuesta del Estado Nacional al contexto de emergencia sanitaria por COVID-19. Este dispositivo, tuvo su marco institucional en el trabajo de articulación entre Universidades Nacionales y el Estado, con el propósito de dar atención al malestar social desde sus distintas dimensiones, permitiendo que estudiantes avanzadxs y graduadxs de diferentes disciplinas realicen un seguimiento telemático a personas en situación de ASPO y DISPO. La función principal desde el equipo de Salud Mental, en tanto psicólogxs en formación, fue brindar un acompañamiento psicosocial a través de llamadas telefónicas salientes, a personas en situación de aislamiento.

En el presente trabajo, se verán reflejados cuáles fueron los principales malestares subjetivos experimentados en las personas de 18 a 60 años del partido de General Pueyrredón, que formaron parte de la muestra estudiada. A su vez, se realizará un análisis de los niveles de complejidad que guiaron los acompañamientos realizados, los malestares subjetivos encontrados en la población y sus causas, junto a las variables etarias y de género.

Estos datos fueron analizados y cuantificados en el marco de la realización del TIF (trabajo de investigación final) titulado “Salud mental en pandemia: intervenciones en CeTeC-U MdP” por las autoras del presente trabajo.



Trabajo completo:

Introducción

El CeTeC-U (Centro de Telemedicina COVID-Universitario) fue creado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en conjunto con las Universidades Públicas. En él participaron voluntarixs y becarixs, estudiantes avanzadx, graduadx y docentes de diferentes Facultades de Universidades Nacionales. Dentro del dispositivo, la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud de la Provincia dió lugar al **CeTeC-U Salud Mental** en conjunto con la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) en el marco institucional que brinda la extensión universitaria.

Los acompañamientos en Salud Mental fueron realizados como llamada saliente, siempre en una instancia posterior a un contacto inicial y consentimiento hacia el CeTeC-U Medicina, quienes ofrecían al usuarix ser contactadx por estudiantxs y graduadx de psicología, que utilizaron una estrategia de intervención en salud mental de tipo novedosa denominada Acompañamiento Psicosocial Telemediado (APT), la cual se constituye por algunas cualidades articuladas propias de un acompañamiento terapéutico, terapia tradicional, intervenciones comunitarias y aportes de nuevas tecnologías, conformando una metodología específica.

En Curatti y Perez Lalli (2002), en el desarrollo del concepto de APT se tiene en cuenta la concepción integral del sujeto, con todas sus particularidades y una definición de salud no patologizante. De la misma manera, el encuadre que se plantea en este tipo de acompañamiento necesariamente debe ser flexible y dinámico, teniendo en cuenta que el tipo de comunicación que se tiene con el usuarix es mediado por llamadas telefónicas salientes, dándose la recepción de la misma en contextos donde el usuarix se encuentra, lo cual imprime ciertas especificidades al encuadre de trabajo.

Análisis de datos

En el trabajo de investigación final se analizaron los contactos a personas de 18 a 60 años que aceptaron más de una llamada desde agosto 2020 a diciembre 2021; de esta manera se trabajó sobre los malestares subjetivos autorreferidos al momento del pedido de acompañamiento, causas adjudicadas a estas vivencias y variables como edad y género.

El criterio para la selección de variables a analizar se relaciona con aquellas

cuestiones que más se repetían a lo largo de las diferentes llamadas, teniendo en cuenta que en su mayoría los APT correspondían a un primer y segundo nivel de complejidad. De esta manera, se establecieron dos grandes variables, por un lado, *Malestares Subjetivos* constituida por 4 subvariables, y por el otro, *Causas Adjudicadas de los Malestares Subjetivos* que se compone por 11 subvariables.

Es así que, con *Malestar Subjetivo* se refiere a la percepción, experiencia y reacción emocional, cognitiva y psicológica interna de un individuo frente a un evento o situación específica. Es una interpretación personal e intransferible que toma en cuenta las estructuras de pensamiento, emociones, creencias, valores y contexto sociocultural del individuo. En el marco de la investigación sobre el aislamiento por COVID-19, la vivencia subjetiva se enfoca en cómo cada persona experimentó, interpretó y se sintió durante el período de aislamiento, incluyendo sus respuestas emocionales, pensamientos, miedos, esperanzas y cualquier otro aspecto intrínseco relacionado con esta experiencia.

Las 4 subvariables que conforman los *malestares subjetivos* son: 1. Problemas con el sueño; 2. Frustración/Enojo; 3. Afectación del estado de ánimo/decaimiento; 4. Preocupación/Incertidumbre/Miedo.

Por otro lado, las *Causas Adjudicadas a los Malestares Subjetivos* refieren a las razones, explicaciones o justificaciones que un individuo atribuye a sus experiencias, percepciones y reacciones emocionales, cognitivas y psicológicas frente a un evento o situación específica. En el contexto del aislamiento por COVID-19, estas causas representaron las interpretaciones o argumentos que las personas presentaban para dar sentido a sus malestares subjetivos durante el período de aislamiento. Estas causas pueden ser influenciadas por factores individuales, culturales, sociales o informativos y pueden abarcar desde razones personales (como salud mental preexistente, experiencias pasadas) hasta razones externas (como mensajes mediáticos, consejos de otros, situaciones familiares).

Se encontraron 11 subvariables: 1. Preocupación por el estado de salud de un familiar u otrox significativo en contexto de pandemia y aislamiento; 2. Preocupación/Incertidumbre sobre el resultado del hisopado propio o de un contacto estrecho, en el contexto de la pandemia de COVID-19; 3. Preocupación/Incertidumbre sobre la salud física propia; 4. Preocupación por el aislamiento propiamente dicho y problemas relacionados con el sistema de salud; 5. Culpa por contagiar; 6. Conflictos

familiares/ vinculares en contexto de pandemia/aislamiento; 7. Preocupación e incertidumbre relacionadas con el trabajo; 8. Carga familiar doméstica y adaptación a nuevas responsabilidades domésticas durante el aislamiento; 9. Duelo por fallecimiento de un ser querido; 10. Violencia de Género en contexto de pandemia y aislamiento; 11. Afectación socioeconómica por la pandemia y el aislamiento.

El principal *malestar subjetivo* encontrado en el total de lxs usuarixs fue *Preocupación/Incertidumbre/Miedo*, arrojando una frecuencia del 47% del total de la muestra; en este caso, la *Causa Adjudicada* que más recurrencia tuvo fue *preocupación por la salud física propia*, en segundo lugar, estuvo *malestar por el propio aislamiento* y en tercer lugar *preocupación por la salud de un familiar u otrx significativo*. El segundo lugar lo ocupa la vivencia *Afectación del Estado de Ánimo/Decaimiento*, con el 42,4%; aquí la *Causa Adjudicada* la principal fue *preocupación por la salud de un familiar u otrx significativo*, en segundo lugar, *el fallecimiento de un otro significativo* y en tercer lugar *la salud física propia*. En tercer lugar, se encuentra *Frustración/Enojo*, que apareció en un 6,5% de la muestra; pudo observarse que dentro de las *Causas Adjudicadas* en primer lugar se encontró *preocupación por la salud física propia* junto con *afectación socioeconómica*, en segundo lugar, apareció *preocupación/incertidumbre relacionada con el trabajo* y por último *fallecimiento de un otrx significativo* y *el malestar relacionado al propio aislamiento*. Nos encontramos con un 4% de usuarixs que tuvieron *Problemas con el Sueño*; entre ellxs las *Causas adjudicadas* que más se dieron fueron *preocupación por la salud de un familiar u otrx significativo* que compartió el lugar con *preocupación por la salud física propia*, en segundo lugar, encontramos *culpa por contagiar* y en tercer lugar *preocupación por el aislamiento*.

Es interesante ver la predominancia de las dos primeras variables en comparación con las dos últimas. Se puede pensar cierto estado de malestar general, producido por la propia situación pandémica.

Niveles de Complejidad

En cuanto al registro de los casos y las pautas de evaluación iniciales, desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública, se elaboró un instructivo de acción a seguir en los llamados de SM abordando cada caso según 3 niveles de complejidad:

1. Orientación, o consultas breves, donde se espera que, al usuari, su estructuración subjetiva le permite hacer algo con lo que le está sucediendo.
2. Asistencia telefónica prolongada requiriendo más de un llamado realizando primeros auxilios Psicológicos y/o contención psicológica.
3. Asistencia y contención psicológica con seguimiento o derivación a la Red Local de Salud Mental. Si la persona lo deseaba, podía recibir un acompañamiento prolongado. Son situaciones que requieren una asistencia específica que atienda a ese mayor nivel de complejidad.

En ocasiones, para el segundo y tercer nivel de complejidad, además del acompañamiento se requirieron gestiones de derivación e incluso de urgencia. Para esto, se estableció un recursero de contactos varios (Urgencias médicas, Psicología y Psiquiatría, Desarrollo Social, Justicia, Violencia de género, Protección a Menores, Protección a Adultos Mayores, entre otros). Se contó también con un circuito municipal de provisión alimenticia y medicamentosa en casos que fuera necesario.

En general, los acompañamientos se llevaron a cabo en un promedio de tres llamadas a partir de la derivación o por la misma finalización de la situación problemática producto del aislamiento, aunque en algunas ocasiones por la complejidad del caso fueron requeridos más contactos.

A lo largo de los llamados se pudo diferenciar como las intervenciones fueron divididas en dos grandes grupos: *seguimientos* y *acompañamientos*.

Los *seguimientos* se entendieron como aquellos llamados realizados con objetivos de control a corto plazo, donde generalmente se realizaban orientaciones con respecto a sintomatología propia del COVID-19, pedidos de certificados laborales, entre otras. También casos psiquiátricos donde era necesario un seguimiento, por ejemplo, para saber si consiguió la medicación, en los que las intervenciones eran acotadas ya que había un profesional tratante. Teniendo en cuenta los niveles de complejidad con los que trabajamos, podemos pensar a los seguimientos en un primer nivel de complejidad, más orientativo y/o de consultas breves.

Se entiende por *acompañamiento* a un espacio de escucha, contención, elaboración y empoderamiento de los sujetos, de esta manera pueden ser pensados como pertenecientes a un segundo y tercer nivel de complejidad donde la atención fue realizada como una escucha activa, señalando en algunas oportunidades cuestiones particulares, realizando una contención que se dio por intermedio de una disposición

empática y por el aval del malestar manifestado.

Niveles de complejidad y malestares subjetivos:

Dentro del nivel de complejidad 1 se ubicó el 57,8% de la muestra, y la *vivencia subjetiva* que más se registró fue preocupación/miedo/incertidumbre y *la causa adjudicada de los malestares subjetivos* que más aparece es la preocupación por la salud física propia en el contexto de covid-19.

Al Nivel 2 de complejidad lo conformó el 39,5% de la muestra, siendo *el malestar subjetivo* más recurrente la *afectación del estado de ánimo/decaimiento*, y la *causa adjudicada a los malestares subjetivos, salud de un familiar/otro significativo*.

Comparando los resultados entre el nivel 1 y el nivel 2 de complejidad se pueden ver reflejadas las diferencias que se describieron anteriormente entre acompañamiento y seguimiento. En el primer nivel de complejidad, relacionado con los seguimientos, se encontró una fuerte preocupación por la salud propia. En muchos casos fueron APT orientados a hacer un seguimiento del ASPO/DISPO, acompañando la evolución de la persona. Mientras que, en el segundo nivel de complejidad hay preponderancia por la preocupación por la salud de un familiar/otrx significativo, lo que ameritaba un APT más prolongado en el tiempo para acompañar ese proceso, con los respectivos sentimientos de decaimiento del estado de ánimo.

Por último, en el tercer nivel de complejidad solo se ubicó el 2,7% de lxs usuarixs. Se observó una significativa diferencia en la cantidad distribuida. Es así como, de los *malestares subjetivos*, la que más recurrencia muestra es *preocupación/incertidumbre/miedo* y dentro de las *causas adjudicadas a estos malestares subjetivos* se encuentra *violencia de género*.

Edad y género

La muestra estuvo conformada por 513 usuarixs que se encuentran dentro de la franja etaria de 18 a 60 años, siendo residentes de General Pueyrredón. La población estudiada se dividió en tres franjas etarias, donde los grupos de edades se distribuyeron de la siguiente manera: 18-32, 33-48 y 49-60 años. En el primer rango encontramos 101 usuarixs, en el segundo rango 216 y en el tercero 196. De esta manera, se ve como la mayor parte de usuarixs quedan ubicados entre la segunda y la tercera franja etaria.

En relación a los niveles de complejidad antes mencionados, nos encontramos que los rangos etarios se distribuyeron de la siguiente manera: del primer rango etario 64

usuarixs son del nivel 1, 32 usuarixs corresponden al nivel 2 y 5 usuaries al nivel 3. Del segundo rango etario, 120 usuarixs son del nivel 1, 91 usuarixs corresponden al nivel 2 y 5 usuarixs al nivel 3. Por último, del tercer rango etario 112 usuarixs son del nivel 1, 79 usuarixs corresponden al nivel 2 y 4 usuarixs al nivel 3.

Del total de la muestra, el 74,1% se identificó como mujeres y el 25,9% como varones. En cuanto a la diferencia de género una gran cantidad de mujeres aceptó el ATP. En relación a los *malestares subjetivos* se encontraron diferencias ya que en las mujeres la subvariable *afectación del estado de ánimo/decaimiento* fue la más frecuente, seguida por *preocupación/incertidumbre/miedo*; y las dentro de las *causas atribuidas al malestar subjetivo*, fueron las subvariables *salud de un familiar u otrx significativo*, y *preocupación por la salud propia* las más frecuentes.

En el caso de los varones, se pudo observar como el *malestar subjetivo* que más recurrencia tuvo fue *preocupación/incertidumbre/miedo* y su causa fue *preocupación por la salud física propia*.

Del total de la muestra, 380 fueron mujeres. Se distribuyeron en los niveles de complejidad de la siguiente manera: 203 ubicadas en un nivel 1, 164 en un nivel 2, y 13 en el tercer nivel (ocupando casi el total de este nivel).

El total de los varones en la muestra fue de 133, ocupando 93 el primer nivel de complejidad, 38 el nivel dos, y solo 1 varón en nivel tres.

Conclusiones

Teniendo en cuenta lo desarrollado anteriormente, es posible ver cómo hay una relación inversa en las variables que más recurrencia presentaron entre mujeres y varones, donde gran parte de la muestra de mujeres se presentaba preocupada por un otrx sobre su salud propia reforzando el lugar que culturalmente ocupa como cuidadora y, por otro lado, los varones reforzando su lugar como proveedores del hogar, teniendo como mayor preocupación su propio bienestar.

Se encontraron similitudes con un informe realizado por el Ministerio de Sanidad de Madrid (López Rodríguez y Soriano Villarroel, 2022) donde se pueden ver reflejadas diferencias de género en relación a los roles de cuidado y carga laboral. De esta manera, las mujeres se encuentran con roles de cuidado más activos que los varones, también marcan la diferencia en la división sexual del trabajo y los roles de género; explican a su vez que, si bien los hombres aumentaron su participación en las tareas domésticas y en el cuidado de lxs hijxs, la mayor parte recayó en las mujeres, que ya

realizaban este tipo de tareas antes de la pandemia. Las mujeres, así, asumen un rol de cuidadoras como naturalizado, un rol propio, que para los hombres es un rol prestado y altruista. Por esta sobrecarga, creemos que, se dio la diferencia de género en la aceptación del APT durante el aislamiento por COVID-19.

Volviendo a los resultados arrojados en la presente investigación, resulta significativo ver la cantidad de personas que ocupan el segundo (33-48 años) y el tercer rango (49-60 años) etario, comparado al primero, siendo casi el doble que este. Esto podría deberse a que, la mayoría de las personas de esas edades, cargaban con más responsabilidades durante el aislamiento, siendo sostén de hogar, proveedores económicos, responsables de un otro (hijo o adulto mayor) y además ellos, siendo personas dentro de lo considerado como grupo de riesgo.

En relación a los niveles de complejidad trabajados en la presente investigación, el 57,8% se ubica en un primer nivel de complejidad, siendo el que más preponderancia tuvo dentro del dispositivo y a su vez sirvió para garantizar la accesibilidad a salud mental y descongestionar la red de Salud Mental Municipal.

Para finalizar, queremos remarcar la importancia que tuvo este dispositivo que alojó con una escucha atenta y empática a casi mil usuarios, quienes tuvieron un primer acercamiento a un espacio de salud mental y que, a su vez, posibilitó a nivel social un cambio en la manera de entender la salud, no reduciendo ésta a la dimensión física.

Bibliografía:

Arrayago, L.B; Catini, F; Navarro González, E.G (2024). Informe Final del Trabajo de Investigación O.C.S: 559/2009. Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología. *Salud Mental en Pandemia: intervenciones en CeTeC-U MdP.*

Curatti, J. C., Perez Lalli, M. (2022). *Acompañamiento psicosocial y atención telemática en Salud Mental*

López Rodríguez, R. M., y Soriano Villarroel, I. (2022). Informe de salud y género 2022. *Aproximación multidisciplinar a la pandemia por COVID-19.* Madrid: Ministerio de Sanidad.