



COVID-19 EN CHUBUT: Salud mental en personas trabajadoras de servicios esenciales y población en situación de vulnerabilidad psicosocial. Evaluación de estado de situación e intervenciones en redes y dispositivos de cuidados

Informe Final: CHU 01 COVID FEDERAL EX-2020-38902360

COVID-19 EN CHUBUT: Salud mental en personas trabajadoras de servicios esenciales y población en situación de vulnerabilidad psicosocial. Evaluación de estado de situación e intervenciones en redes y dispositivos de cuidados

Informe Final: CHU 01 COVID FEDERAL EX-2020-38902360

Juan Manuel Diez Tetamanti y Marcela Inés Freytes Frey

Serie “Salud Mental, cuidados y trabajo”. Colección Investigaciones UDC. Editorial Universidad del Chubut.

Este proyecto fue financiado por el Programa de articulación y fortalecimiento federal de las capacidades en ciencia y tecnología COVID-19 - Consejo Federal de Ciencia y Tecnología - COFECyT - Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la República Argentina.

Proyecto: CHU 01 COVID FEDERAL EX-2020-38902360 - -APN-DDYGD#MECCYT // TRAM - PDTS 00685 de Banco Nacional de Proyectos de Desarrollo tecnológico y Social.

Unidad Ejecutora: Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Instituto de Investigaciones Geográficas de la Patagonia - Grupo de Investigación Geografía Acción y Territorio.

Unidad Co-Ejecutora: Universidad del Chubut - Unidad Académica de Salud Social y Comunitaria



Directores:

Juan Manuel Diez Tetamanti y Marcela Inés Freytes Frey

Responsables de núcleos de trabajo:

- *Encuestas y articulación multicéntrica:* Marcela Inés Freytes Frey y Rodrigo Jaldo
- *Diagnóstico comunitario:* Verónica Vila y Amanda Gotti
- *Acompañamiento:* Amanda Gotti y Verónica Vila
- *Capacitación:* Constanza Canali y Eliana Cesarini
- *Técnico:* Rodrigo Jaldo

Integrantes y organizaciones participantes:

- Alfredo Carballeda (UBA, Cooperativa Margen.)
- Amanda Gotti (Universidad del Chubut)
- Ana María Rodríguez (IAE "Dr. Arnoldo Gabaldón" – Venezuela)
- Brenda Maier (UBA - UNLa)
- Carlos Barria Oyarzo (UNPSJB - CONICET)
- Cecilia Maricel Russo (Universidad del Chubut)
- Constanza Canali (UBA - Municipalidad de San Vicente - Cooperativa Margen)
- Cristina Massera (UNPSJB)
- Eduardo Rocha (Universidade Federal de Pelotas)
- Eliana Cesarini (UNPaz)
- Fernanda Molina (Universidad Nacional de Tres de Febrero)
- Guillermina González (UBA)
- Gustavo de Oliveira Nunes (UFPel - UNPSJB – CONICET -)
- Haydeé Beatriz Escudero (UNPSJB)
- Ivana Cruz (Universidad del Chubut)
- Jorge Bragulat (Universidad Nacional de Tres de Febrero)
- Juan Manuel Diez Tetamanti (UNPSJB – CONICET)
- Juliana Andrieu (Universidad del Chubut)
- Leticia Marcela Báez (Universidad del Chubut)
- Maia Klein (UNMoreno)
- Marcela Bottinelli (UNLa)

INTEGRANTES

Integrantes y organizaciones participantes (cont.):

- Marcela Inés Freytes Frey (Universidad del Chubut)
- Marcela Raiden (UBA)
- Marcelo Fabián Vaccaro (Universidad del Chubut)
- María Belénn Pastrian (Universidad del Chubut)
- María Cecilia Pedernera (Universidad del Chubut)
- María de los Ángeles Jaimes (Universidad Nacional de Tres de Febrero. Jefatura de Gabinete de la Nación Argentina)
- Mariela Nabergoi (Universidad Nacional de San Martín)
- Marina Veleda (Universidad del Chubut)
- Maura Rojas (Universidad del Chubut)
- Monica Elba Borile (Universidad del Chubut)
- Nancy G. Copa (Universidad del Chubut)
- Pablo Grane Raheb (UNPSJB)
- Rodrigo Jaldo (Universidad del Chubut)
- Ruben Alvarado (Universidad de Chile)
- Silvia Gianni (UBA)
- Soledad Fabiana Peña (Universidad del Chubut)
- Verónica Alejandra Cortes Santinelli (Ministerio de Salud- Área Programática Comodoro Rivadavia)
- Verónica Vila (Universidad del Chubut)

Integrantes de apoyo a la investigación:

Listado de residentes de la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria de la provincia del Chubut que participaron en el Diagnóstico comunitario.

Agustina Corradi; Analia Guido; Bárbara Anabel Despuy; Cristian Llanos Barja; Daiana Andrea Torres; Daniela Bolpe; Fernanda Gabriela Llanos; Gilda Austa; Gisel Alexandra Schmunk; Luisina María Gurioli; Mayra Giselle Bovcon; Sebastián José Bonacina; Víctor Daniel Calvo; y Yanina Soledad Ziade.

INTEGRANTES



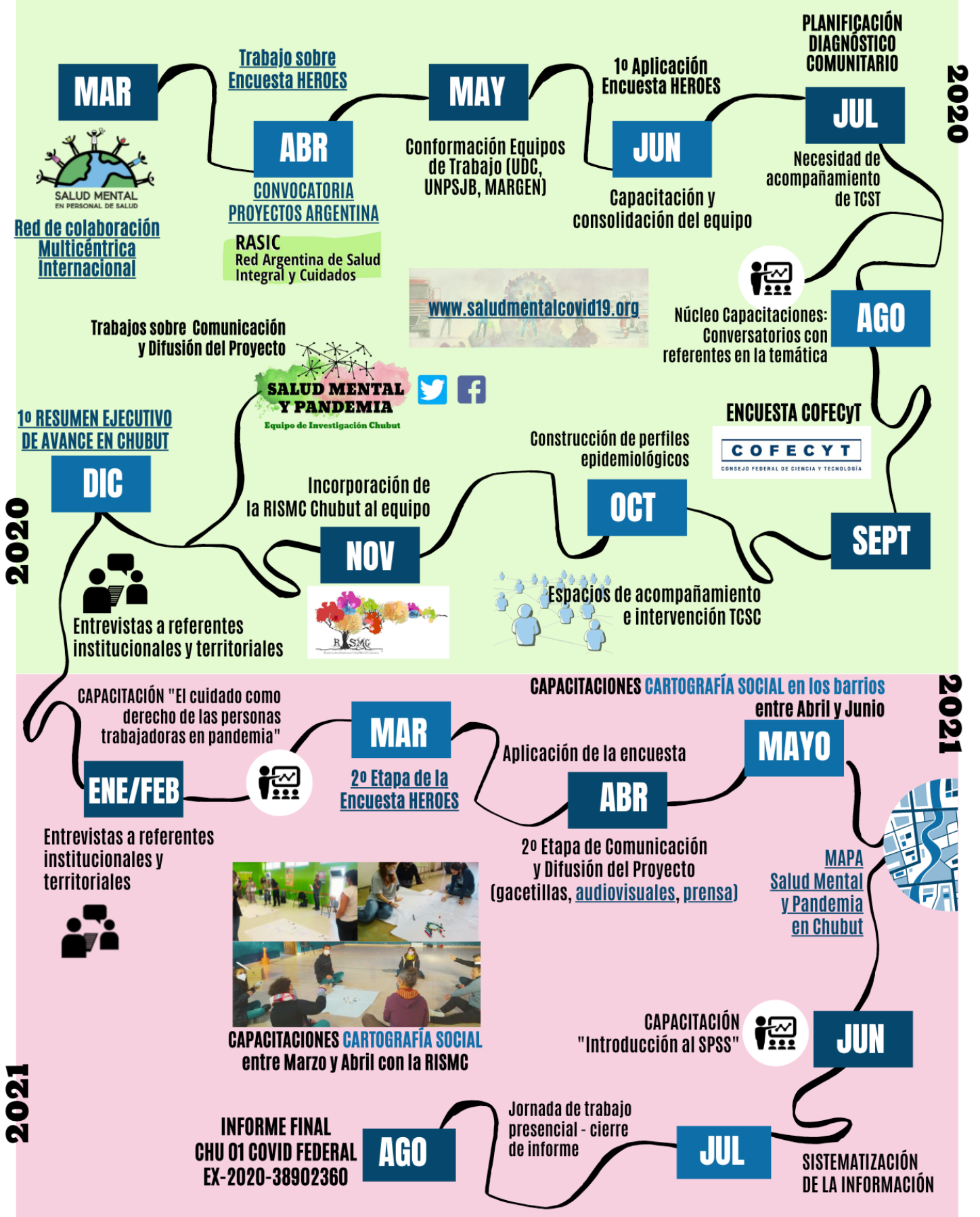
ÍNDICE

Línea de Tiempo	1
Fundamentación	2
Metodología	5
La organización en Núcleos de Trabajo	5
Núcleo de encuestas y articulación multicéntrica	6
Núcleo Diagnóstico Comunitario	8
Cartografía Social en los barrios	9
Núcleo Intervención	11
Núcleo de Capacitación	12
Resultados	15
Impacto en la salud mental de la exposición al COVID-19 en personas trabajadoras esenciales y delimitación de factores estresores y protectores	15
Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad psicosocial	24
Productos	42
Página web	42
Comunicación y difusión del proyecto	43
Capacitaciones	43
Cartografías y mapeos	46
Continuidades	47
Recomendaciones	49
Bibliografía	52

RECORRIDO TEMPORAL

Momentos del proyecto

Pandemia mundial COVID19 (Argentina 13 de Marzo 2020)



Fundamentación

Desde diciembre de 2019 el mundo atraviesa un proceso sin precedentes con el COVID-19. Esta nueva forma de coronavirus SARS-COV-2, declarada **pandemia**, generó un impacto tanto en la población general, como en los sistemas sanitarios de los países afectados. Los servicios de salud debieron ampliar sus capacidades de respuesta, incluyendo medidas como el incremento de camas, la adquisición de equipamientos necesarios para proveer terapia intensiva; la convocatoria a profesionales de la salud retirados/as y estudiantes de la salud, entre otras modificaciones. 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 asociado en las personas trabajadoras que se desempeñan en diferentes centros sanitarios. Existen investigaciones anteriores realizadas en escenarios de brotes de otras enfermedades infecciosas que indican que estos efectos negativos pueden perdurar en el tiempo y conllevar el desarrollo de problemas de padecimiento mental de mayor gravedad en comparación a la población general (Brooks et al., 2020).

Entre las primeras **medidas de respuesta**, se implementó a nivel poblacional una política de aislamiento social preventivo y obligatorio (DNU 260/2020). La cual excluyó a personas trabajadoras de actividades inicialmente categorizadas como esenciales (salud, farmacias, supermercados, recolectores de residuos, etc.) y a referentes de organizaciones sociales, que continuaron trabajando en contacto directo con personas, por lo que potencialmente, también estaban expuestos/as a una situación de sobrecarga laboral y estrés.

El escenario configurado a partir de la pandemia, puede conllevar efectos negativos en diferentes dominios de la salud, particularmente en relación a la **salud mental**; así como en otros aspectos psicosociales en quienes que tienen una mayor exposición al contagio del COVID-19, cómo son las personas que trabajan en las llamadas actividades esenciales. Las primeras medidas de contención para evitar la propagación del virus, pueden producir efectos negativos no deseados (OPS, 2020) entre los que se incluyen


la pérdida de organizadores comunitarios como el trabajo o la escuela. Esto impacta en la población en general pero la mayor criticidad, se produce en grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial¹, que histórica y estructuralmente, están limitados en términos de acceso al ejercicio real de derechos.

En la provincia del **Chubut**, la pandemia profundizó una situación de crisis socioeconómica que venía instalando desde el año 2017. El 14 de enero de 2020 se había declarado el estado de emergencia económica, financiera y administrativa a través de la sanción de la Ley Provincial VII N° 91. Frente a este escenario de alta vulnerabilidad psicosocial, las personas trabajadoras y la comunidad en general construyeron diversas redes y estrategias de cuidado. Conocer el estado de esta situación y las estrategias desplegadas, resulta fundamental para diseñar e implementar programas de intervención basados en evidencia científica. Estas acciones resultan de utilidad para la protección de la salud mental tanto de los equipos que intervienen en la atención directa de la población como en grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad psicosocial en la provincia del Chubut.

Entendemos la **vulnerabilidad** a través de la perspectiva de la determinación social de la salud “*que propone una herramienta para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir*” (Breilh, 2013:14). La pandemia por COVID-19 como fenómeno epidemiológico emergente hizo necesario considerar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado en su integralidad. En este sentido, el proceso de investigación se desarrolló desde una perspectiva desde los Derechos Humanos, considerando que la salud es uno de ellos (OMS, 1978) y que su ejercicio depende de la interrelación con la totalidad de los derechos.

¹ Se entiende como “grado de fragilidad psíquica” que la persona tiene por haber sido desatendida en sus necesidades psicosociales básicas: seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación; como así también, comida, agua potable, trabajo y salud. La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente frente a lo social, ya que se genera como una falla en la contención (grupal y comunitaria), al no poder garantizar el efectivo acceso a los derechos humanos fundamentales” (Domínguez Lostaló y Di Nella, 2009).





Este informe presenta los **resultados finales** del proyecto “Covid-19 en Chubut: Salud mental en personas trabajadoras de servicios esenciales y población en situación de vulnerabilidad psicosocial. Evaluación de estado de situación e intervenciones en redes y dispositivos de cuidados”, cuyo objetivo fue el de analizar el impacto en la salud mental, y otros aspectos psicosociales de los diferentes grupos de personas trabajadoras y grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad psicosocial; con el propósito de desarrollar e implementar estrategias para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de los mismos en la provincia del Chubut. El desarrollo de la investigación fue realizado por un equipo de investigación integrado por docentes-investigadores/as de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco; la Universidad del Chubut; la Universidad Nacional de Lanús, el CONICET; la Universidad Nacional de Tres de Febrero; la Universidad Nacional de José C. Paz; la Universidad Nacional de San Martín, la Universidad Nacional de Buenos Aires, el Municipio de San Vicente; el Instituto de Altos Estudios Dr. Arnoldo Gabaldón; la Universidad Federal de Pelotas, la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y la Cooperativa Margen.

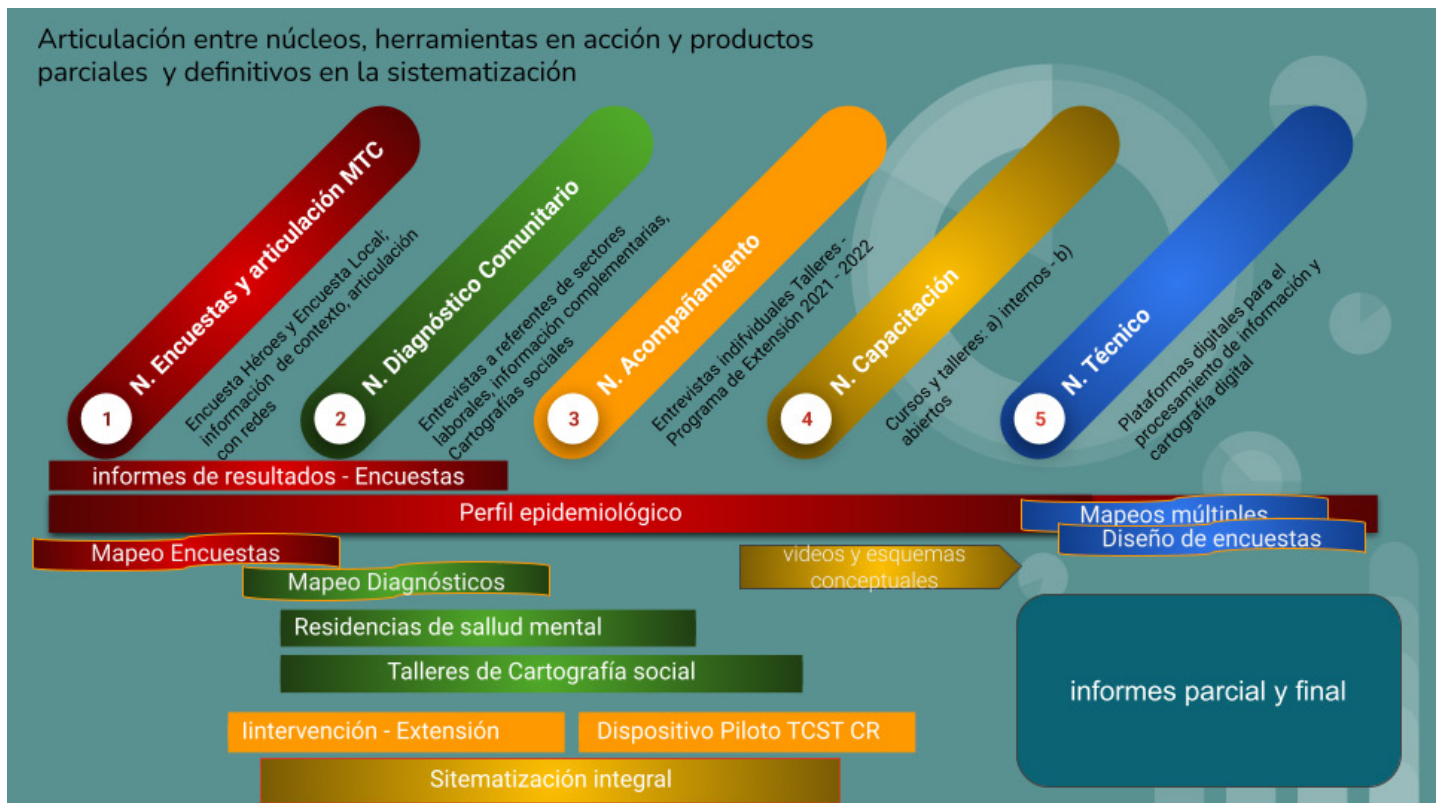
El proyecto de investigación que sostiene este trabajo, ha sido financiado por el **Consejo Federal de Ciencia y Tecnología** dependiente de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica, en contraparte con las universidades del Chubut y Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.

Metodología

El abordaje metodológico que se presenta en este proyecto adopta un enfoque de trabajo **transdisciplinar**, que pone en diálogo teorías, conceptos y múltiples abordajes. Esta diversidad se organizó a través de núcleos de trabajo que fueron transversales a diferentes localidades de Chubut en articulación con participantes del equipo en otras provincias.

La organización en Núcleos de Trabajo

La singular integración del proyecto por diferentes tipos de abordaje: analítico - cuantitativo / comunitario / acompañamiento - extensión y la diversidad de profesionales que lo integran, requirió un proceso de triangulación metodológica, cómo así también un esquema de capacitación interna y un espacio dedicado integralmente al desarrollo de soluciones técnicas requeridas por el proyecto. Los núcleos de trabajo son: Encuestas y articulación multicéntrica; Diagnóstico comunitario; Acompañamiento; Capacitación; y Técnico.



Núcleo de encuestas y articulación multicéntrica

A finales de marzo del 2020, se creó una red de colaboración multicéntrica internacional de diferentes Universidades con el propósito de estudiar el impacto del COVID-19 en la salud mental de las personas trabajadoras de los sistemas de salud. Argentina formó parte del estudio y a nivel local, se replicó la lógica de trabajo conformando una red de varias provincias (**Red Argentina de Salud Integral y Cuidados**). En la provincia del Chubut, se anidó el estudio a un proyecto más amplio, que incorporó además, a otros grupos de personas trabajadoras. De esta manera, a partir de la propuesta inicial de la red internacional, se abrieron varias líneas complementarias, consistentes en **encuestas** de diseño prospectivo con una evaluación inicial y seguimientos posteriores. La metodología usada para la selección de las muestras fue la de muestra homogénea combinada con la muestra de casos tipo con participantes voluntarios, en donde las personas poseían un perfil similar sin considerarlos estadísticamente representativos de la población (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014). También se incluyeron participantes con la metodología “bola de nieve”, ya que al finalizar la encuesta se invitaba a compartir la misma entre sus colegas laborales. Se realizaron así 5 operativos de encuestas con 3 grupos destinatarios.

En el primer grupo se evaluó la encuesta de base y de seguimiento en personas que trabajaron en diferentes **dispositivos sanitarios** (centros de atención primaria, unidades de emergencia, unidades de atención especializada, unidades de atención de pacientes hospitalizados, unidades de pacientes críticos, entre otros) en cinco regiones del país (Buenos Aires, Río Negro, Chubut, Mendoza, Corrientes y Córdoba). En el segundo grupo, se evaluó la encuesta de base y de seguimiento en otras personas que trabajaron durante la pandemia en **Chubut en sectores no sanitarios**.

En el tercer grupo, se evaluó la encuesta con base en personas integrantes de las **cooperativas de cuidados** de todo el territorio argentino. Consideramos que la forma cooperativa representa una respuesta desde la economía social y solidaria a la cuestión de la organización social del cuidado que, mediante una modalidad innovadora de gestión colectiva de los servicios de cuidados, permite el acceso a derechos, económicos y sociales, y contribuye a la desmercantilización y desfamiliarización del cuidado. La coordinación del trabajo en Argentina quedó bajo responsabilidad del equipo de trabajo de la Universidad del Chubut.

Específicamente en el marco de este proyecto, se desarrollaron tanto las encuestas a personas trabajadoras del sector salud como de otros sectores. Sin perjuicio de lo cual, el trabajo se realizó en articulación tanto a la red Argentina, como a la red internacional desde la cual se gestó la iniciativa de desarrollo más local.

En función de lo explicitado en el párrafo anterior, el 1 de junio de 2020 se inició en Argentina la difusión previa de las encuestas, para comenzar a visibilizar el estudio. Posteriormente, el 23 de junio se enviaron las primeras invitaciones a **participar** de la encuesta de base de personas trabajadoras de la salud; el 27 de agosto se comenzó a evaluar la encuesta de base a trabajadores de Chubut y el 28 de septiembre se inició el trabajo con las cooperativas.

En todos los casos se contactaron a los **participantes** mediante 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 enviaba 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. Las encuestas de seguimiento en Chubut se comenzaron a enviar el 23 de febrero de 2021, esto se hizo tanto para las personas trabajadoras de salud como de otros sectores.

Núcleo Diagnóstico Comunitario

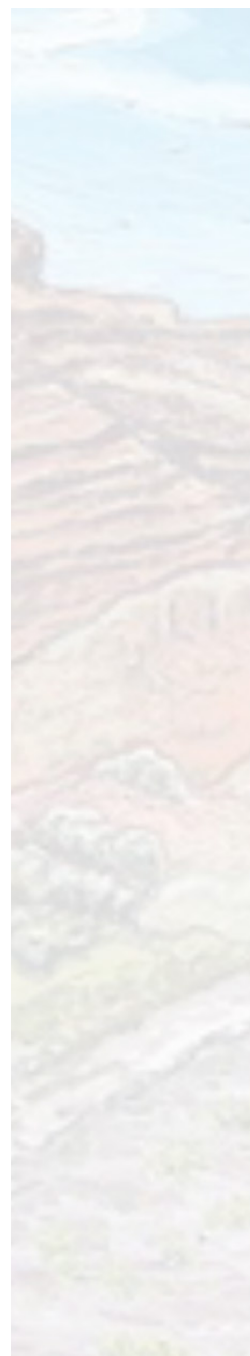
El esquema por núcleos de trabajo permitió avanzar sobre la elaboración del diagnóstico comunitario como metodología de trabajo participativo que permitió, de modo gradual, sistematizar información sobre la **situación en barrios** de las cinco localidades de la provincia del Chubut. Para llevar adelante el trabajo de campo se incorpora al proyecto de investigación el equipo la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria, cubriendo las cuatro áreas programáticas². El proceso de diagnóstico se realizó en cinco localidades de la provincia cubriendo un total de diez barrios: Rawson (Área 12 y Área 16); Trelew (Don Bosco); Puerto Madryn (Malvinas Argentinas, Perón y San Miguel); Esquel (Ceferino y Mataderos) y Comodoro Rivadavia (San Cayetano y Abel Amaya)³.

La metodología promovió la **participación comunitaria**, generando espacios de diálogo como parte del proceso. El diagnóstico comunitario permite conocer las problemáticas emergentes y recursos comunitarios para transformar la realidad, donde el papel protagónico está en de los/las actores sociales, sus interrelaciones, sus recursos, potencialidades y valoraciones (Ceraso, 2002:28). Dentro de las técnicas y medios de recolección de información se realizaron **entrevistas semidirigidas** a referentes institucionales, comunitarios/as y vecinos/as, notas de campo y cartografías sociales, estrategia metodológica que se describe en profundidad en el apartado siguiente. La organización del diagnóstico comunitario por etapas y como producto se divide en: 1- Parte objetiva y cuantitativa; 2- Realización de la parte subjetiva/cualitativa ; 3- Organización de la información y redacción final; 4- Publicación, devolución de los resultados y socialización.

2 Operativamente la provincia se divide en cuatro jurisdicciones denominadas Áreas Programáticas de Salud: Esquel (Tehuelches Languiñeo Futaleufú Cushamen); Trelew (Ameghino, Rawson, Gaiman, Mártires y Paso de Indios); Biedma (Gastre, Telsen, Biedma); Comodoro Rivadavia (Escalante, Sarmiento Río Senguer), las cuales están a cargo de un director provincial que depende directamente del ministro de salud.

3 De acuerdo al programa de trabajo, los talleres se realizaron: a) 12 de marzo: Rawson y Trelew Madryn (UDC - Madryn); b) 17 de marzo: Comodoro Rivadavia (UNPSJB); c) 19 de marzo: Esquel (UDC - Esquel); d) 5 de abril: Taller de socialización pleno en Trelew.

Los diez **barrios** de la provincia de Chubut se definieron de acuerdo a los objetivos que guían la investigación para poner el foco sobre estos espacios que componen el universo de estudio de este núcleo, ubicados en la periferia de las ciudades, en situación de vulnerabilización, donde una parte de la población está estigmatizada (Baeza, 2013) y otras asociadas a la criminalidad (delitos, conflictos, consumos). Se caracterizan por ser barrios con problemas estructurales (Bachiller; Baeza; Vásquez; Freddo; Usach, 2015; Kaminker; Laztra, 2015) con déficit en los servicios, falta de infraestructura urbana, inestabilidad laboral y consecuente precarización del trabajo; déficit de saneamiento ambiental; limitaciones de acceso a los servicios de salud (cierres parciales y/o totales de los servicios de salud en los barrios, modificación de las rondas sanitarias por afectación a otros servicios y/o reasignación de funciones); distancias de los servicios hospitalarios y de los servicios de transporte. Así se constituyó una muestreo teórica e intencional (Martínez-Salgado, 2011) abordaje que incluyó el trabajo con grupos y personas de los barrios a partir de la elaboración de un mapa de actores (Algranati; Bruno; Iotti, 2012) como parte del proceso de interacción en un escenario concreto donde se participa en la producción de conocimientos. Por lo tanto el mapeo de actores es una herramienta de indagación que permite identificar y caracterizar una diversidad de actores sociales existentes en el escenario de intervención.



Cartografía Social en los barrios

A partir del mes de febrero de 2021, se desarrolló una serie de **talleres** de Cartografía Social⁴ que se desplegaron en las localidades de Puerto Madryn, Trelew, Rawson; Comodoro Rivadavia y Esquel. Los talleres se enmarcaron en la metodología de Carballada (2014), Bedin da Costa, L (2019) y Diez Tetamanti, J (2018). Estos talleres tuvieron un doble universo.

4 De acuerdo al programa de trabajo, los talleres se realizaron: a) 12 de marzo: Rawson y Trelew Madryn 9-13hs (UDC - Madryn); b) 17 de marzo: Comodoro Rivadavia 15-17 hs (UNPSJB); c) 19 de marzo: Esquel 9-13hs (UDC - Esquel); d) 5 de abril: Taller de socialización pleno en Trelew.

Primer universo de abordaje, con residentes de Salud Mental vinculados al proyecto. Objetivos:

a) Complementar el diagnóstico realizado. Trabajo interno de integración territorial con los residentes vinculados al proyecto.

b) Abordar cuestiones de cambios en la organización del trabajo, el tiempo y el espacio y lo sensible en el marco de los diagnósticos llevados a cabo en cada área programática con los residentes vinculados al proyecto.

Segundo universo, con población de los barrios de abordaje. Objetivo: Mapear el impacto de la pandemia en la vida cotidiana del barrio.

Aspectos de abordaje:

Para cada uno de los universos se puso en marcha un derrotero particular y singular, replicado en cada una de las localidades.

Los aspectos cartografiados fueron:

1. Recorte territorial aplicado al diagnóstico comunitario.
2. Contexto del recorte, en función de aspectos estructurales.



Foto: Carlos Oyarzo. 2021.
Se observa un grupo de personas sentadas en el suelo, realizando una Cartografía Social (una obra colectiva acerca del territorio donde vivimos).

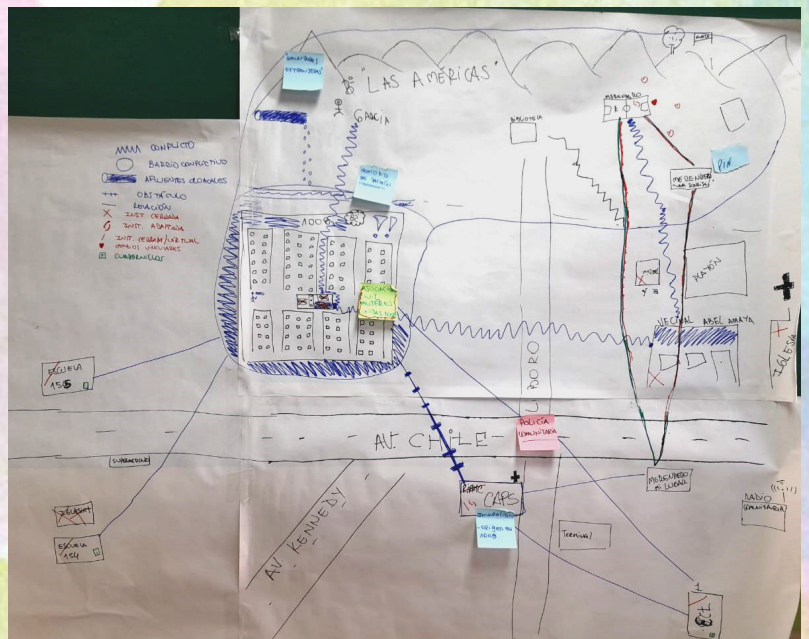


Foto: J. M. Diez Tetamanti. 2021.
Se observa el producto terminado de una Cartografía Social: un papel afiche blanco escrito con fibrones, indicando los principales elementos del barrio y sus conexiones.

3. Cambios en experiencias y singularidades al respecto de la organización del trabajo, el tiempo y el espacio, a partir del contexto de la pandemia.
4. Dispositivos, estrategias y acciones que se pusieron en marcha.

Sistematización de las cartografías:

La sistematización se realizó de modo interrelacional y multitextual, vinculando la oralidad y las cartografías con cada aspecto aplicado en el derrotero. De este modo, las cartografías sociales complementaron como insumo de acompañamiento e investigación el proceso de entrevistas y revisión documental de diagnóstico.

Núcleo Intervención

En el mes de septiembre 2020, a partir de la difusión de la investigación, se recibió el pedido de la coordinadora del equipo de Trabajadores/as Comunitarios/as de Salud en Terreno del Área Programática Sur de acompañamiento al mismo ubicando la necesidad de contar con un espacio de reflexión sobre la situación coyuntural. Se diagramó un **dispositivo de acompañamiento** a través de espacios de encuentros virtuales que se enmarca en la lógica de la investigación-acción por lo cual se consideró parte del diagnóstico comunitario⁵.

Asimismo se sostuvo un enfoque en **investigación implicada y situada** donde el análisis del posicionamiento del equipo y su producción práctico-teórica es parte del proceso de investigación. Cabe destacar la particularidad que supone realizar una investigación de estas características estando el equipo de investigación atravesado por la misma crisis político-sanitaria que transita la provincia.

5 Una descripción del mismo puede encontrarse en el Informe Parcial del Proyecto.

Se desarrollaron cuatro **encuentros virtuales**⁶ a través de la plataforma meet, donde las personas que participaron accedieron desde sus lugares de trabajo o sus domicilios, en horario laboral. Inicialmente, la participación fue activa, con 43 participantes⁷ que se sumaron a las propuestas de trabajo y reflexión, donde fue posible la circulación de la palabra y los afectos. Se trabajó sobre la historización de su práctica laboral, las transformaciones en el contexto de pandemia, las herramientas de cuidado y autocuidado grupales y singulares y las afectaciones emocionales que fueron surgiendo. Se emplearon técnicas de observación participante y registro. Por último, se realizó un cuestionario donde los/las participantes pudieron realizar una devolución y se documentó la experiencia brindando sugerencias técnicas hacia el equipo.

Núcleo de Capacitación

Atendiendo al enfoque de trabajo transdisciplinar propuesto en el presente proyecto de investigación, se constituyó un núcleo de capacitación, con la finalidad de generar instancias de **formación y diálogo**, principalmente en relación a la utilización y elección de categorías conceptuales, así como de enfoques teóricos y metodológicos.

El objetivo principal de este núcleo se vinculó a la **articulación** de las necesidades y potencialidades del equipo de investigación, los datos y emergentes del trabajo del campo empírico y la aplicación de herramientas conceptuales/ metodológicas con la construcción de conocimientos científicos en el marco de la pandemia por covid 19.

⁶ Los días 9/10, 23/10, 6/11 y 20/11 de 2020.

⁷ Se inscribieron un total de 43 participantes y la asistencia a los encuentros fue decreciendo con el tiempo. Consideramos que diferentes factores pueden relacionarse con esto y es de destacar que, principalmente, las últimas semanas de encuentros se realizaron en el contexto de incremento de casos positivos en la zona, brotes en zonas rurales y el desarrollo del Plan Detectar del que muchos/as participaron.

Las **capacitaciones** fueron planificadas y programadas, trabajando en actividades que adquirieron diversas modalidades: Actividades de formación abiertas a la comunidad, rondas de intercambios de experiencias de salud comunitaria (a cargo de profesionales participantes en el equipo), actividades de formación interna vinculadas a diversas temáticas emergentes del proceso de investigación (Género y cuidados, el cuidado de quienes cuidan/ cuidado de las personas trabajadoras de la salud, diagnóstico comunitario, estadística, entre otras).

Temporalmente se trabajó en **dos etapas**. En la primera se profundizó en el proceso de conocimiento de las necesidades y demandas de capacitación del equipo, a fin de delinear la propuesta de capacitaciones, contenidos y cronograma. En la segunda etapa, la cual se inició en el mes de Julio de 2020 y finalizó en junio de 2021, se implementaron las diversas actividades de formación e intercambio propuestas.

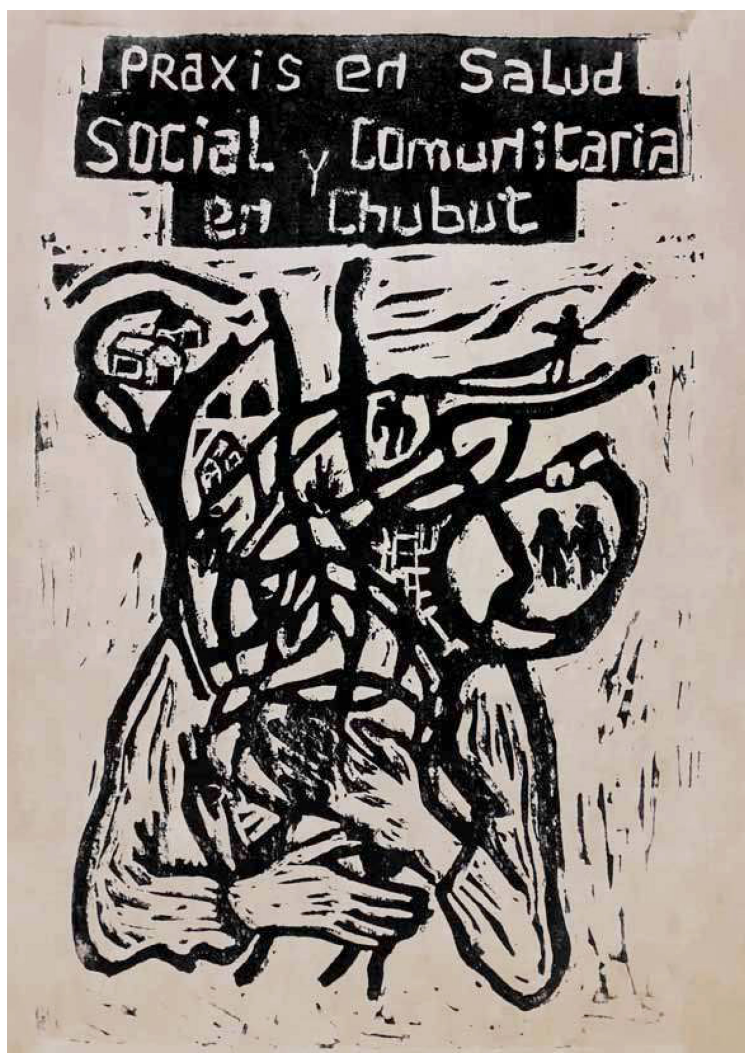


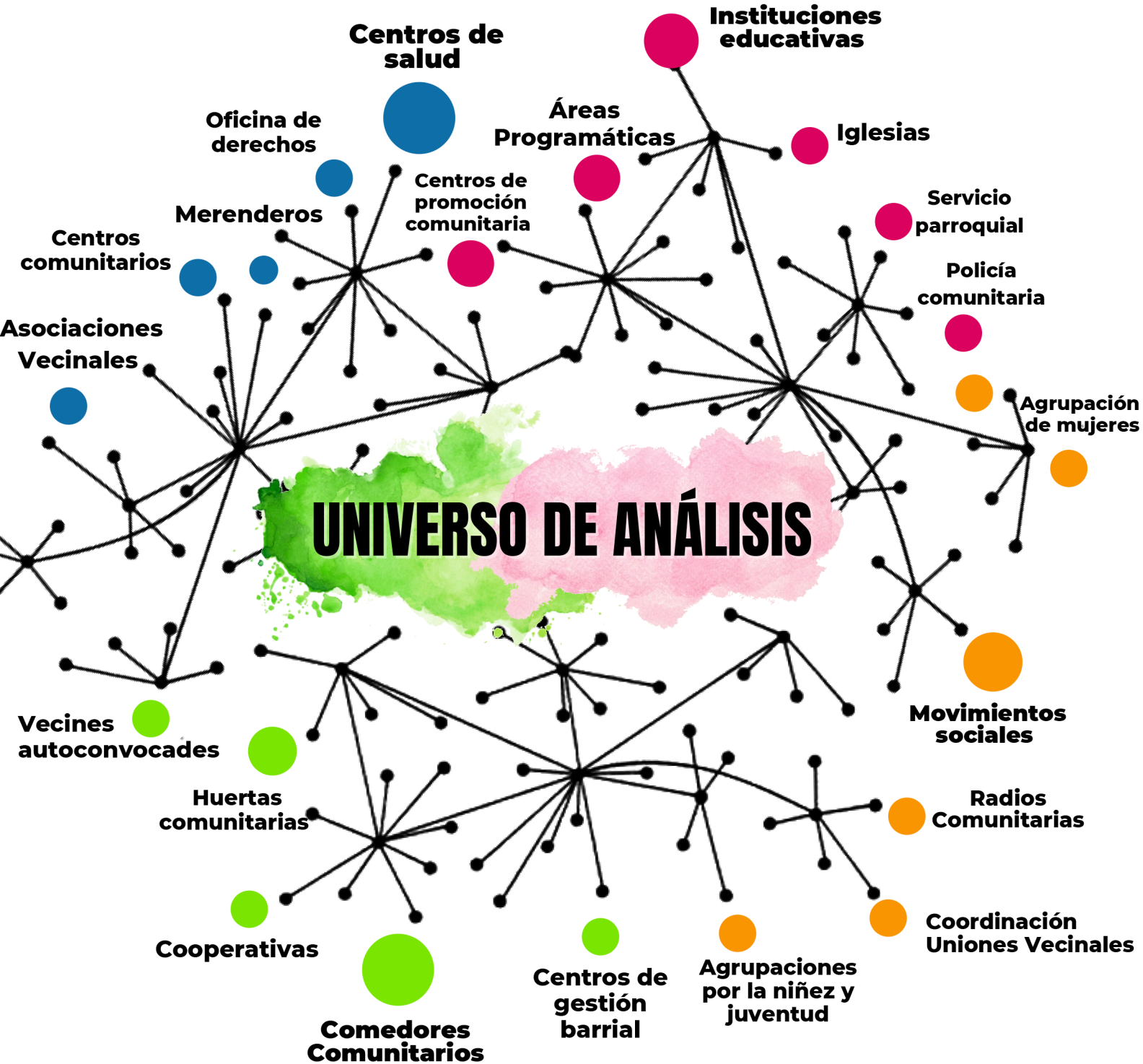
Foto: cuadernillo “Praxis en Salud Social y Comunitaria en Chubut.

El material tiene diferentes contenidos que buscan abrir el intercambio entre diferentes actores/as sobre el cuidado y protección de la salud y la salud mental y la construcción de estrategias comunitarias, con el propósito de promover el debate en torno a las prácticas, saberes y conocimientos en salud y salud mental en la provincia del Chubut, para lo cual propone la reflexión a partir de la situación de pandemia por COVID-19. Es el producto de un proceso de investigación que se realizó entre la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco y la Universidad del Chubut (2020-2021) con el financiamiento del Ministerio de Ciencia y Técnica de la Nación.



MAPA DE ACTORES

Realizado en base a entrevistas, cartografías y notas de campo.



Resultados

Impacto en la salud mental de la exposición al COVID-19 en personas trabajadoras esenciales y delimitación de factores estresores y protectores

Las respuestas a nivel local fueron bajas, lo cual es una situación que se repitió tanto a nivel país como de la red internacional. Este bajo número de respuestas se logró compensar al poner en relación el análisis de las respuestas con la tendencia a nivel país. En función de lo cual, se recogieron en total **2678 encuestas**, distribuidas de la siguiente manera: 1037 encuestas de base en personas trabajadoras del sistema de salud; 1142 encuestas de seguimiento en personas trabajadoras del sistema de salud; 320 encuestas de base en trabajadores de Chubut; 89 encuestas de seguimiento en trabajadores de Chubut; y 90 encuestas en cooperativas de cuidados.

Para conservar sólo los grupos representativos y limpiar la base de datos de casos nulos, se filtraron encuestas a partir de los siguientes criterios: 1) para todas las encuestas, incluir sólo los casos que informaron el género con el que se autopercibe; 2) para todas las encuestas, conservar aquellos casos cuya identidad de género esté representada por al menos 20 participantes dentro de la misma encuesta; 3) eliminar los casos que no se ajustaron a los criterios de inclusión específicos de cada encuesta (por ejemplo, vivir en Chubut y haber trabajado durante la cuarentena para la encuesta sobre trabajadores de Chubut); 4) eliminar encuestas duplicadas. De esta manera, se conservaron **2546 encuestas válidas**: 1017 encuestas de base sobre personas trabajadoras del sistema de salud; 1096 encuestas de seguimiento sobre personas trabajadoras del sistema de salud; 280 encuestas de base sobre trabajadores de Chubut; 83 encuestas de seguimiento sobre trabajadores de Chubut; y 70 encuestas sobre cooperativas de cuidados.

La participación por **provincias** en la totalidad de la muestra fue la siguiente: 26% Mendoza; 22.8% Chubut; 18.9% Buenos Aires; 13.6% Río Negro; 11.1% Córdoba; 7.8% otras provincias. Respecto al género de las personas participantes, el 79.5% se identificaron como mujeres y el 20.5% como varones (no hubo diferencias significativas entre el género de los participantes de Chubut y del resto del país). En cuanto al máximo nivel de estudios finalizados de la totalidad de los encuestados, el 17.4% respondió que cuenta con formación técnico-profesional (18.8% en Chubut); el 37,3% con estudios universitarios (43.8% en Chubut) y el 30,7% estudios de posgrado (21.8% en Chubut).

Cuando se analizó la **convivencia** con al menos una persona menor de edad, mayor de edad o con discapacidad, el 57.7% respondió que sí. Viven por hogar 1.42 personas en promedio (Desviación Estándar: 6.67) menores, mayores o con discapacidad, y 3.06 personas en promedio (Desviación Estándar: 2.44) en total por hogar. No se encontraron diferencias significativas en Chubut respecto al resto del país.

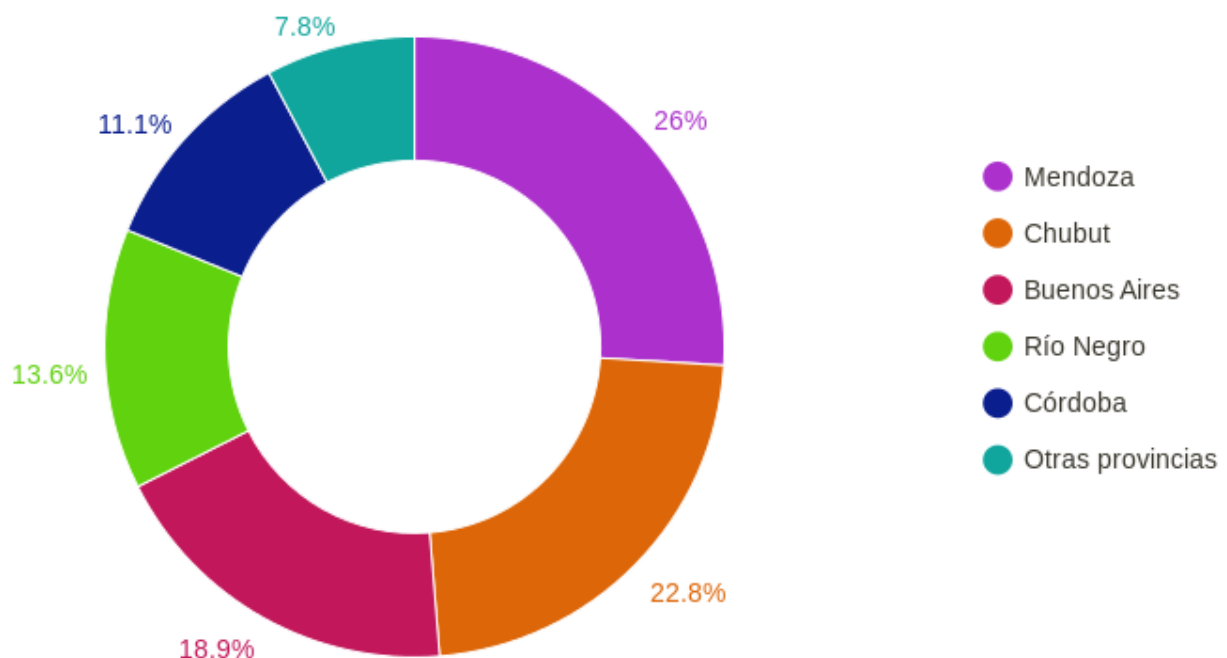


Gráfico N° 1: Participación por provincias en la totalidad de la muestra. R. Jaldo, 2021. Se observa un gráfico de torta con los siguientes valores: 26% Mendoza; 22.8% Chubut; 18.9% Buenos Aires; 13.6% Río Negro; 11.1% Córdoba; 7.8% otras provincias.



Ante la consulta si desde el inicio de la pandemia necesitaron **asistencia** en el cuidado de menores, respondieron que sí el 32.7% de las personas que viven en Chubut frente al 60.3% del resto del país. De las personas que necesitaron asistencia en el cuidado de menores, la recibieron efectivamente el 40.6% en Chubut y el 55.6% en el resto del país. De la misma manera, el 15.8% en Chubut y el 44.6% en el resto del país respondieron que sí necesitaron asistencia en el cuidado de personas mayores y/o con alguna discapacidad. De las personas que necesitaron asistencia en el cuidado de personas mayores o con discapacidad, la recibieron efectivamente el 14.4% en Chubut y el 32.5% en el resto del país. Las diferencias entre Chubut y el resto del país fueron estadísticamente significativas con $p < 0.05$ según la prueba U de Mann-Whitney en todos los casos, excepto en sí recibieron asistencia en el cuidado de menores, donde no se alcanzó a comprobar la diferencia estadística.

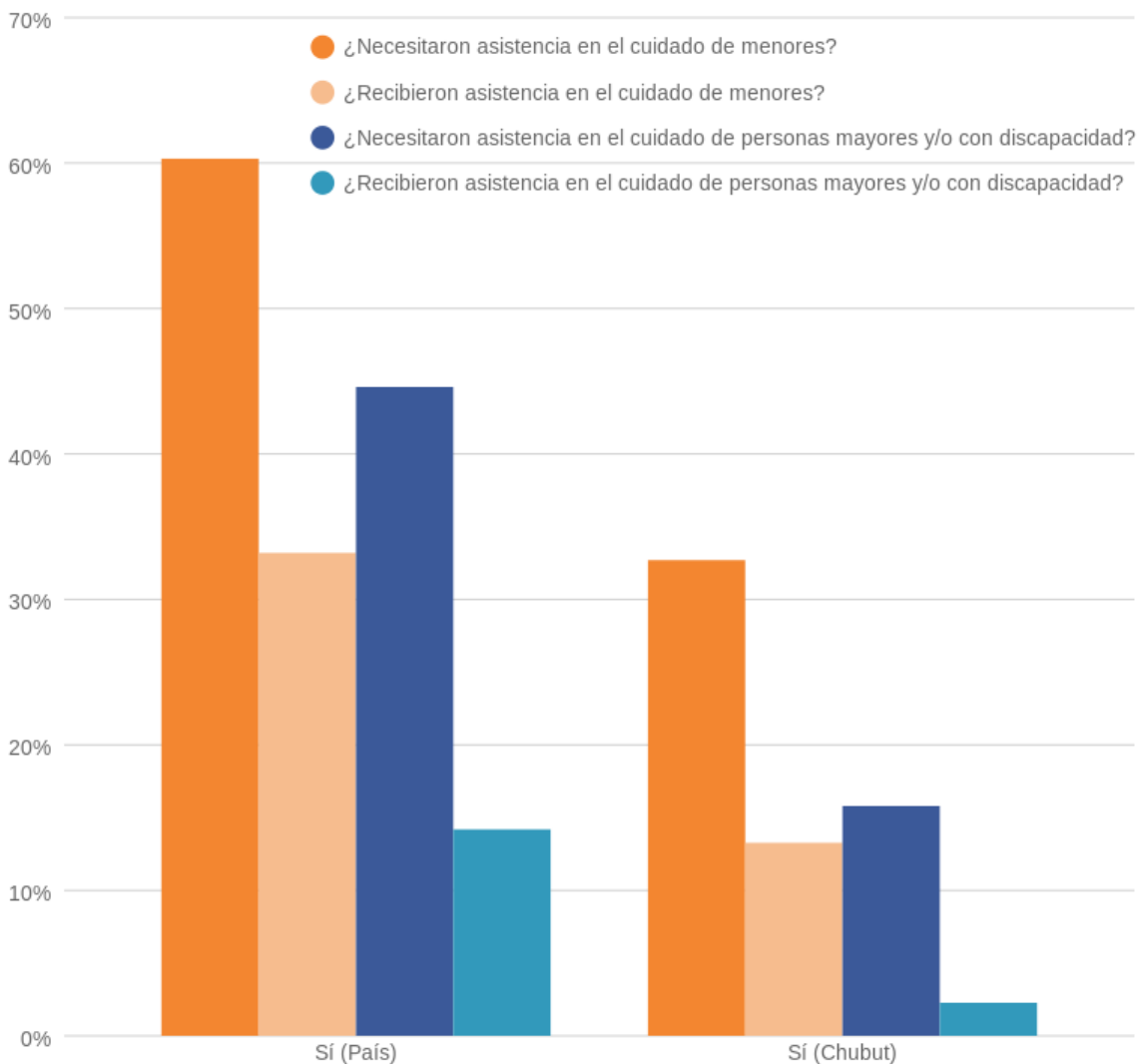


Gráfico N° 2: Necesidad de asistencia en el cuidado de personas menores, mayores y/o con discapacidad. R. Jaldo, 2021. Se observan 2 gráficos de barras, uno para el país y otro para Chubut, con las cifras estadísticas mencionadas en el párrafo superior.

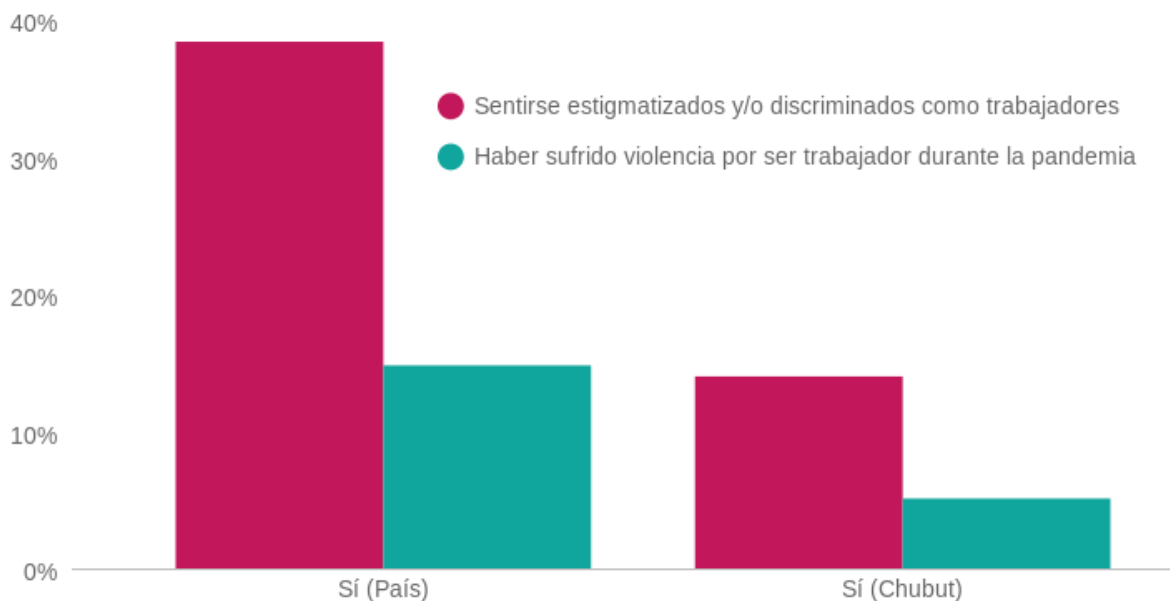


Gráfico N° 3: Discriminación y violencia por ser trabajadores durante la pandemia. R. Jaldo, 2021. Se observan 2 gráficos de barras, uno para el país y otro para Chubut, con las cifras estadísticas mencionadas en el párrafo inferior.

Al analizar el **ámbito laboral**, el 78.7% de las personas respondieron trabajar en el sistema público y el 21.3% en el sistema privado (no hubo diferencias entre Chubut y el resto de país). Además, el 50.8% en Chubut y el 40.8% en el resto del país indicaron que cambiaron de equipo y/o de funciones asignadas desde el inicio de la pandemia. Por otra parte, el 14% en Chubut y el 38.4% en el resto del país manifestaron sentirse estigmatizados y/o discriminados como trabajadores por razones relativas a COVID-19. Incluso, el 5.1% en Chubut y el 14.8% en el resto del país indicaron haber sufrido violencia por ser trabajador durante la pandemia. En ambos casos, las diferencias entre Chubut y el resto del país fueron estadísticamente significativas ($p < 0.01$ medido con la prueba U de Mann-Whitney).

En cuanto a la **confianza** en la capacidad de su lugar de trabajo para enfrentar la pandemia, del total de las personas encuestadas en el país el 9.9% respondió nada; el 21.9% un poco, el 26% moderadamente; el 33.6% mucho y el 8.4% muchísimo (en el caso de Chubut se observó significativamente una mayor desconfianza en el lugar de trabajo). Se observó un hecho interesante en las personas que trabajan en cooperativas de cuidado, en donde el 75.1% respondió confían mucho o muchísimo en su lugar de trabajo, porcentaje superior estadísticamente significativo ($p < 0.01$ según la prueba U de Mann-Whitney) respecto a las modalidades



tradicionales de trabajo (42% entre ambas categorías de confianza). Las cooperativas de cuidados han hecho un gran esfuerzo para desarrollar nuevas formas de organizar el trabajo que respondan a lógicas de inclusión y que valoricen el trabajo de las cuidadoras (Freytes Frey, Veleda, Sosa, Bottini & Nabergoi, 2019). Por ejemplo, una cuestión a destacar que contribuye a ofrecer un servicio de calidad es la presencia de espacios de contención y reflexión para las cuidadoras, considerando que la labor que desarrollan se caracteriza por una profunda carga emocional.

Se analizaron también algunos malestares, miedos y **preocupaciones**. Por un lado, cuando se consultó por el miedo a contagiarse el 8.8% respondió nada; el 41.5% poco, el 33.9% mucho y el 15.9% muchísimo (no se observaron diferencias entre Chubut y el resto del país). En cambio, se observó un aumento de la preocupación de contagiar a sus seres queridos, ya que el 32.2% respondió mucho y el 46.5% muchísimo (78.7% en total). Al analizar las diferencias en Chubut se observó significativamente una menor preocupación por contagiar a sus seres queridos (61.9% de preocupación; 16.8% menos que en el resto del país).

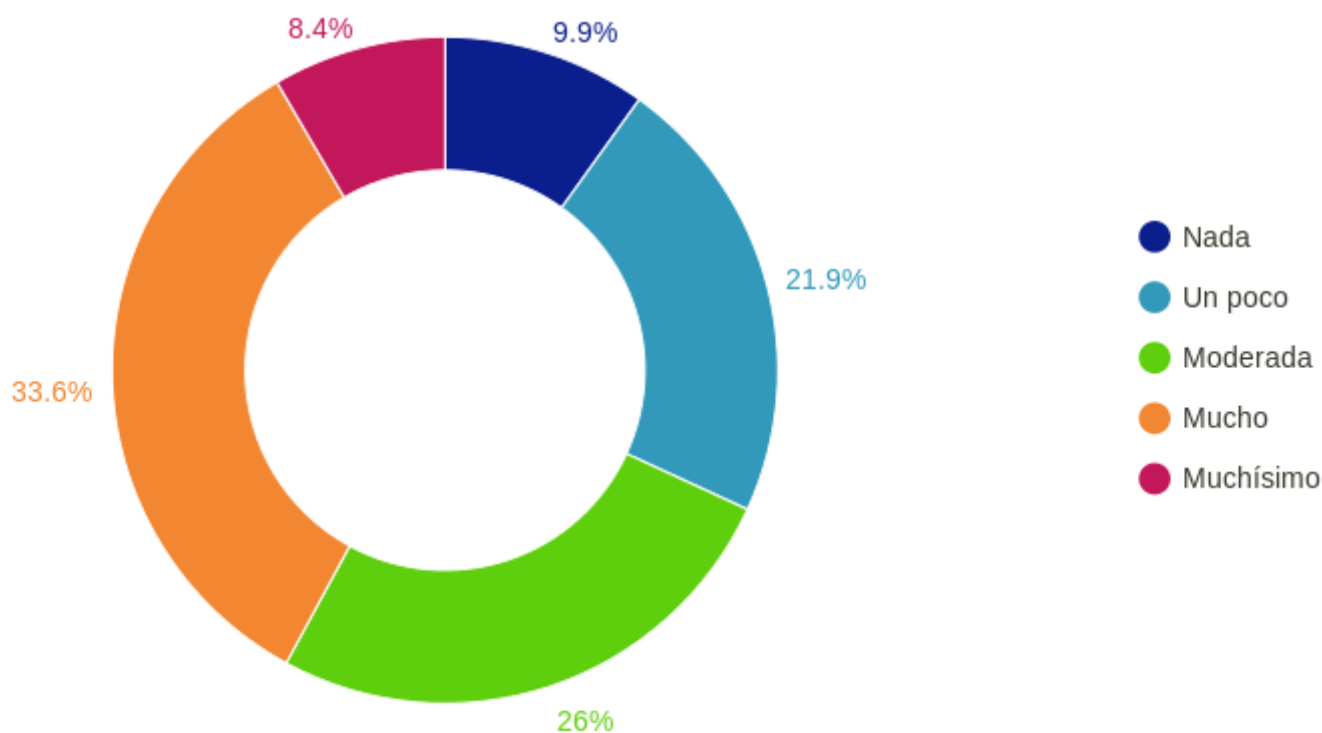


Gráfico N° 4: Confianza en la capacidad de su lugar de trabajo para enfrentar la pandemia, a nivel nacional. R. Jaldo, 2021. Se observa un gráfico de torta con los siguientes valores: 9.9% respondió nada; el 21.9% un poco, el 26% moderadamente; el 33.6% mucho y el 8.4% muchísimo.

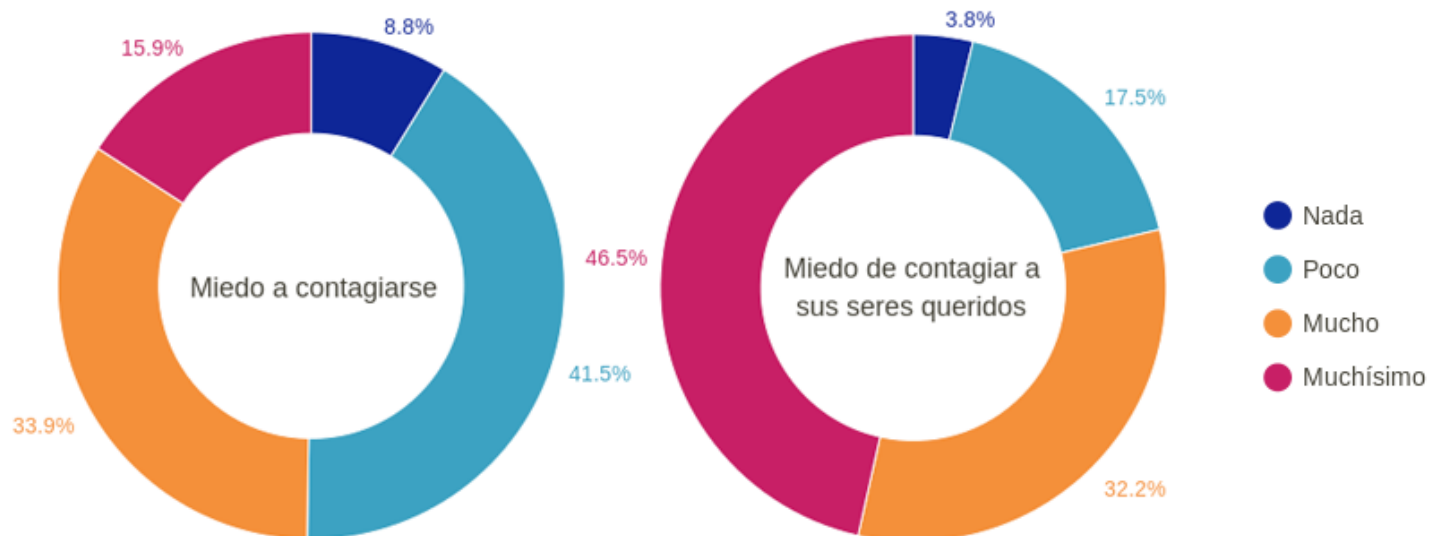


Gráfico N° 5: Miedo a contagiarse y contagiar a sus seres queridos, a nivel nacional. R. Jaldo, 2021. Se observan 2 gráficos de torta con los valores del último párrafo de la página anterior.

Por otra parte, se utilizó la escala psicológica PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)⁸ para inferir las condiciones respecto a la **salud mental** de las personas participantes. Las encuestas analizadas arrojaron un promedio nacional de 6.4 puntos (DE 5.2), con una distribución del 49.6% sin síntomas, 22.4% con intensidad leve, 19.5% con intensidad moderada y 8.5% con intensidad grave. En Chubut se observó una menor puntuación general en el PHQ-9, sin alcanzar el umbral de significación estadística (-1.82 t de student; p = 0.06). En cambio, cuando se comparó la intensidad de síntomas de depresión en personas trabajadoras en cooperativas respecto al resto de los trabajadores, se observó significativamente una menor puntuación en el PHQ-9 (-4.45 t de student; p < 0.001).

En relación a lo anterior, se consultó si las personas entrevistadas necesitaron **apoyo psicológico**, independientemente de haberlo recibido. Contestaron de manera afirmativa el 41.3% en Chubut y el 57.5% en el resto del país (diferencia estadísticamente significativa con p < 0.01 según la prueba U de Mann-Whitney). Entre las personas

⁸ El PHQ-9 es un instrumento que se utiliza para evaluar la presencia e intensidad de los síntomas depresivos, con una puntuación que va 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: sin síntomas (0 a 5 puntos), leve (6 a 8 puntos), moderada (9 a 14 puntos) y grave (15 a 27 puntos).

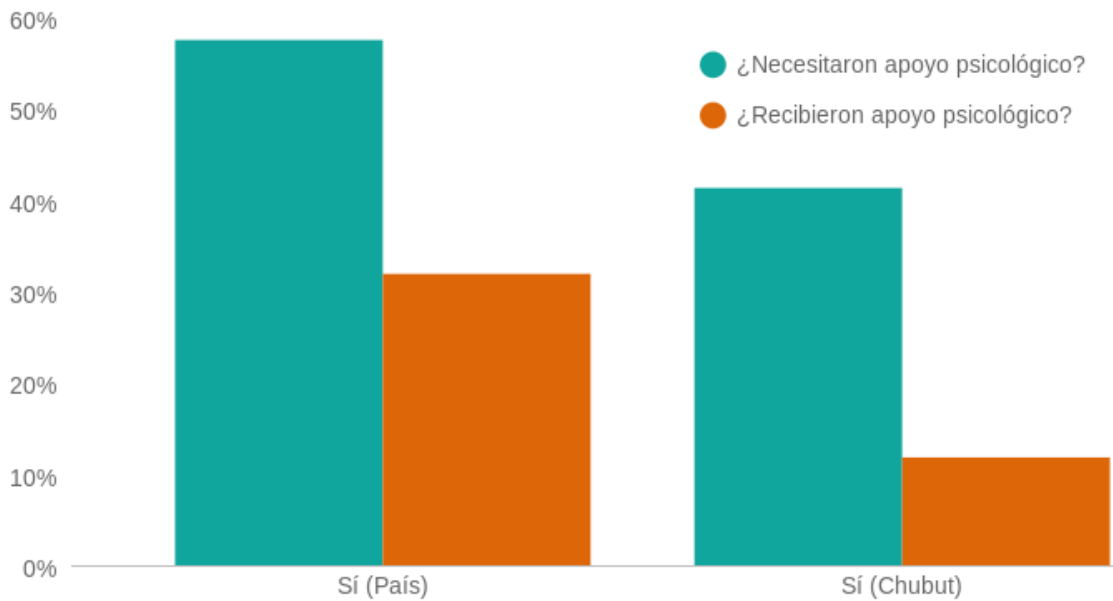


Gráfico N° 6: necesidad de apoyo psicológico, a nivel nacional. R. Jaldo, 2021. Se observan 2 gráficos de barras que muestran las cifras para el país y para Chubut.

que necesitaron apoyo psicológico, recibieron atención presencial el 9.7% en Chubut y el 24.2% en el resto del país; mientras que el 18.9% en Chubut y el 31.3% en el resto de país reportaron recibir apoyo psicológico a distancia (ej. por teléfono, en línea, por videollamada, por videoconferencia, por chat o por una aplicación). De esta manera, entre las personas que necesitaron apoyo psicológico recibieron en alguna modalidad solo el 28.6% en Chubut y el 55.5% en el resto del país ($p < 0.001$ según U de Mann-Whitney). En una línea similar, cuando se preguntó si desde el inicio de la pandemia necesitaron ayudas económicas, independientemente de haberlas recibido, el 37.6% en Chubut y el 49.8% en el resto del país respondieron que sí. Entre ellos, los que necesitaron y efectivamente recibieron ayudas económicas estatales o regionales fueron el 25.8% en Chubut y el 42.6% en el resto del país. Ambas diferencias fueron significativas a nivel estadístico con $p < 0.001$.

Respecto al **consumo de sustancias**, el 12.2% indicó consumir más tabaco, el 18.1% aumentó el consumo de bebidas alcohólicas, el 3.1% más de cannabis y el 9.3% más de sedantes o pastillas para dormir. Cuando se observaron estas diferencias por sector geográfico, se detectó que el aumento del consumo de alcohol y sedantes en Chubut fue menor respecto al resto del país ($p < 0.05$). En cambio, cuando se analizaron estas diferencias según género se observó en todo el país que el aumento del consumo de alcohol se dio



principalmente entre los varones, y el aumento del consumo de sedantes entre las mujeres ($p < 0.05$). Por último, cuando se analizaron los trabajadores de cooperativas frente al resto de los trabajadores se detectó que casi no hubo aumento de consumo de alcohol, cannabis ni sedantes ($p < 0.05$). Desde el lado opuesto, disminuyeron o dejaron de consumir tabaco el 4.6%, alcohol el 13.2%, cannabis el 1.9% y sedantes el 1.9% de los encuestados. No se observaron diferencias en la disminución de consumos ni por zona geográfica, género o formato de trabajo.

Se indagó sobre las **redes de apoyo** de las personas trabajadoras en dos ámbitos: seres queridos que están presente cuando los necesitan; y una red fiable de colegas del trabajo. El 93.7% de las personas manifestaron contar con una buena red de seres queridos que los apoyan, mientras que el 83.1% afirma contar con una red fiable en el trabajo. Al profundizar estas diferencias por grupos se detectó que las mujeres manifiestan ligeramente una mayor confianza en los seres queridos que los varones ($p < 0.05$); y que en Chubut hay una menor confianza en las redes laborales (68,3%; $p < 0.01$). Es importante destacar que las redes de apoyo, con independencia del origen, constituyen factores protectores de la salud mental.

Consumo de sustancias

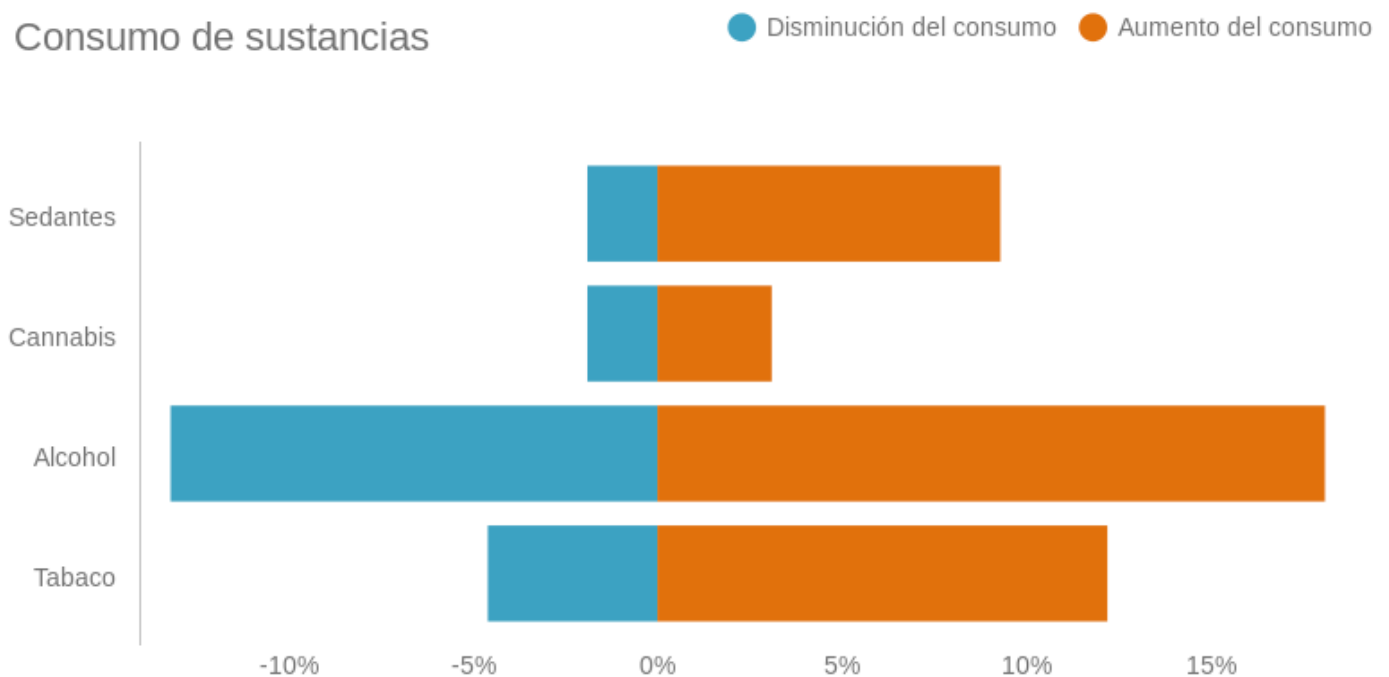


Gráfico N° 6: Cambios en el consumo de sustancias, a nivel nacional. R. Jaldo, 2021. Se observa un gráfico de barras horizontal con el aumento y disminución del consumo de sustancias. Las cifras se pueden ubicar en el último párrafo de la página anterior.

En ese sentido, se examinó cómo correlacionaron todas las variables analizadas con la puntuación del PHQ-9 (escala de depresión) para detectar otros posibles **factores estresores y protectores**. Se observaron correlaciones de Spearman moderadas significativas lineales con $p < 0.001$ entre la mayor puntuación del PHQ-9 y el cambio de funciones o equipo de trabajo ($\rho = 0.14$); la preocupación por contagiarse ($\rho = 0.16$); la preocupación por contagiar a seres queridos ($\rho = 0.24$); sentirse estigmatizado como trabajador ($\rho = 0.24$); haber sufrido violencia ($\rho = 0.18$); y haber necesitado apoyo psicológico ($\rho = 0.39$). Por el contrario, se observaron correlaciones de Spearman moderadas significativas inversas lineales con $p < 0.001$ entre la puntuación del PHQ-9 y la confianza en el lugar de trabajo ($\rho = -0.20$); la red fiable de colegas ($\rho = -0.19$); y la red de apoyo de seres queridos ($\rho = -0.15$). Las correlaciones reflejan la medida de asociación entre variables, pero no implican necesariamente causalidad. Cuando son lineales positivas indican que el aumento de una refleja cierto aumento en la otra, y cuando son negativas (o inversas) se interpretan en que si una aumenta la otra suele disminuir en cierta proporción. Por ejemplo, en este estudio se observó una correlación inversa entre la escala de síntomas de depresión y la confianza en el lugar de trabajo, es decir, que la mayor confianza estaría asociada a una menor puntuación en la escala de depresión. En cambio, sentirse más estigmatizado como trabajador se asociaría con un aumento en los síntomas de depresión.

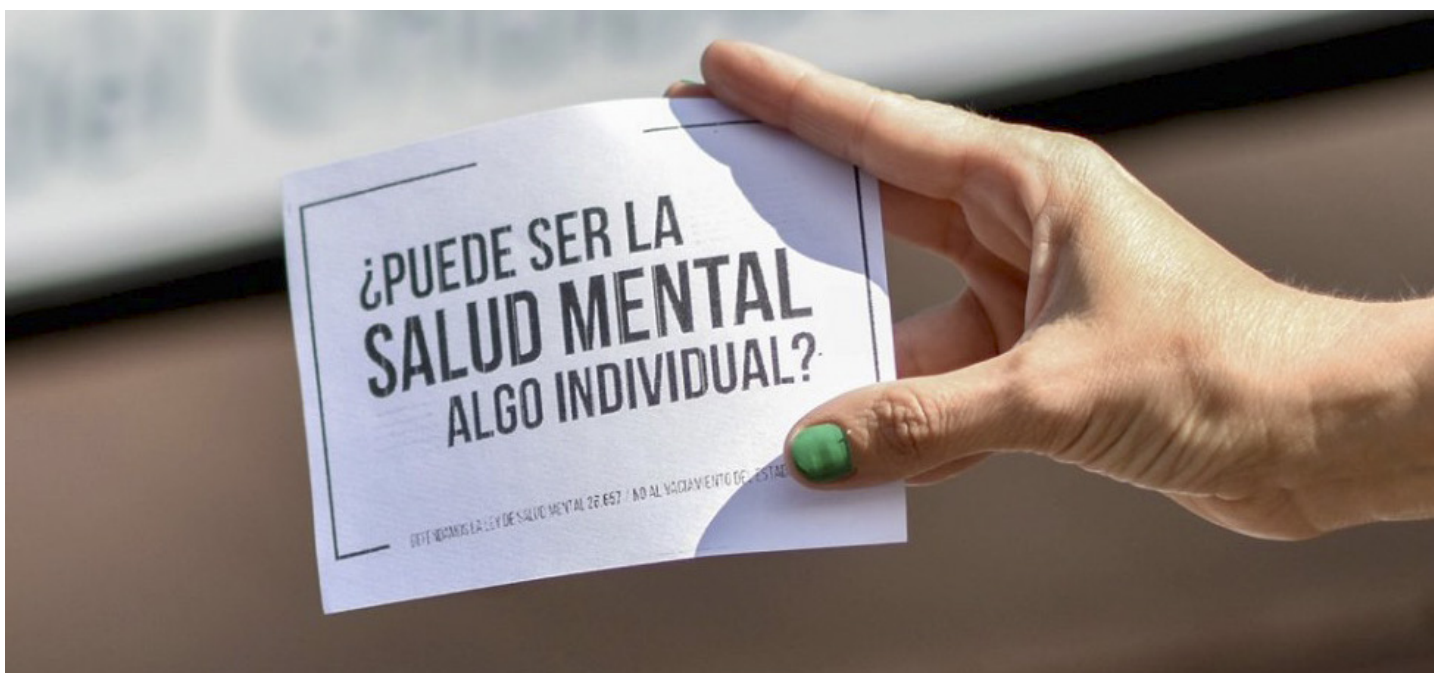


Foto: Aníbal Aguaisol, 2020. Se observa una mano, con las uñas pintadas en verde, sosteniendo un cartel que dice "¿Puede ser la Salud Mental algo individual?".

Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 en grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad psicosocial

El impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19 es entendido como el efecto que la misma tuvo en la vida psíquica de las personas, al verse afectadas sus necesidades psicosociales básicas. El concepto planteado se desprende de la noción trabajada por Dominguez Lostaló y Di Nella (2009) cuando proponen la siguiente definición de **vulnerabilidad psicosocial**: “grado de fragilidad psíquica que la persona tiene por haber sido desatendida en sus necesidades psicosociales básicas: seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación; como así también, comida, agua potable, trabajo y salud”. La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente frente a lo social, ya que se genera como una ausencia o dificultad en la contención (grupala y comunitaria), al no poder garantizar el efectivo acceso a los derechos humanos fundamentales.

A partir de los encuentros con vecinas/os y referentes comunitarias/os y referentes comunitarios e institucionales, se presentan los resultados vinculados al **impacto psicosocial** de la pandemia por COVID-19 en grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial de la pandemia al interior de las comunidades. Las percepciones compartidas por estos actores, se relaciona a cambios en las condiciones estructurales barriales, experiencias de malestar subjetivo, entre otras, analizadas de manera colectiva, evitando reducir la mirada a aspectos individuales.

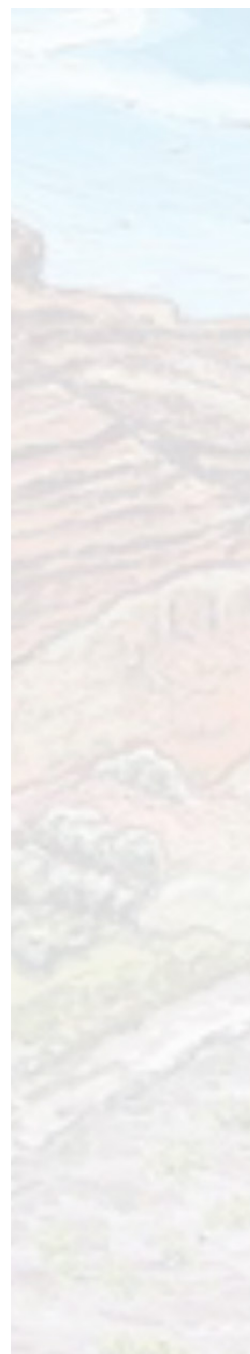
La experiencia que atravesaron los grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial puede leerse en relación a los datos cuantitativos obtenidos: el 31.82% de las personas encuestadas en Chubut necesitaron ayudas económicas. Entre ellas, solo el 59.34% recibieron efectivamente algún tipo de ayuda económica. El origen de esa ayuda fue el gobierno nacional en el 38.46% de los casos, y de otros familiares en el 18.68% de los casos.

En este apartado se presentan los resultados obtenidos en relación a los siguiente **ejes temáticos**: cambios en las condiciones estructurales en los barrios, percepciones sobre la afectación de la salud mental de la comunidad y de las personas trabajadoras esenciales y de salud, reconfiguración territorial como producto de las relaciones y dinámicas sociales, el lugar de mediadores sociales, cambios sociales, estructurales y del uso del territorio, reconfiguración de las dinámicas laborales de trabajadores esenciales y de las personas trabajadoras de salud en los barrios, redes formales e informales de cuidado. Se considera que el interjuego de estas dimensiones permite construir una mirada situada sobre el impacto psicosocial de la pandemia en grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial en Chubut y complementar los datos obtenidos en las encuestas a trabajadores esenciales y de salud.

Cambios en las condiciones estructurales en los barrios

La **desigualdad** en el acceso al ejercicio de derechos se profundizó con la llegada de la pandemia. El acceso al empleo está caracterizado por condiciones precarias de contratación, con un gran porcentaje de la población en situación de informalidad. En la encuesta de las personas trabajadoras en sectores no sanitarios de Chubut, se detectó que el 20.28% de las personas encuestadas indicaron trabajar en el sector informal, y el 25.17% no posee sueldo registrado. Por otro lado, el 45.1% de las personas encuestadas indicaron que empeoró el acceso al trabajo durante la pandemia, y el 60.14% que empeoró su situación económica.

La problemática del **desempleo** tiene consecuencias sobre el acceso a la alimentación en el ámbito doméstico, la cual fue provista por comedores comunitarios. Así también, las viviendas en las comunidades cuentan con un desigual acceso a los **servicios básicos** como el agua potable, la electricidad, el gas, en algunos casos por dificultades estructurales y en otros debido a la imposibilidad de pago de servicios. El 22.38% de las personas indicaron que se dificulta en alguna medida su acceso a servicios básicos (agua, luz, gas), y el 53.15% en el acceso a internet. Estas condiciones impactan negativamente en las prácticas de cuidado promovidas por el Estado y en el acceso a la educación virtual y otros servicios en línea.



Se registraron dificultades en el **acceso a la salud** debido al cierre de muchos centros de salud, así como de la distancia geográfica para acceder al hospital, incluyendo en muchos casos el desconocimiento sobre los modos de funcionamiento (horarios, especialidades disponibles, condiciones para obtención de turnos, acceso a medicamentos, etc). En el caso de la **educación**, las escuelas públicas conllevan una inercia de irregularidades debido a la crisis de la provincia, por lo cual este derecho no está garantizado. El pase forzado a la modalidad virtual acrecentó el desgranamiento de la educación de gestión pública.

Por otro lado, la migración hacia la **virtualidad** de diversas actividades de la vida cotidiana ha generado en muchos casos la vulneración del derecho a la información de las personas que no cuentan con conocimientos o dispositivos necesarios para acceder a la misma. En lo que respecta a la encuesta de trabajadores no sanitarios en la provincia, el 64.56% de las personas encuestadas indicaron realizar alguna modalidad total o parcial de teletrabajo durante la pandemia, pero solo el 10.84% recibió recursos del empleador para realizar su trabajo virtual.

A estas condiciones materiales se suman las características de una **economía informal**, de puestos flexibles, de tiempo parcial o temporal situación que, en contextos de pandemia, contribuyó al debilitamiento de las relaciones laborales ya precarizadas que acentuaron las desigualdades en el marco de aislamiento y distanciamiento social. En este sentido se observa en los barrios de las cinco localidades de la provincia del Chubut un impacto transversal en los sectores vulnerables, donde el principal indicador fue la falta de acceso a los alimentos básicos, al agua potable y a la calefacción. Podemos decir que en este escenario de pandemia se combinan desigualdades múltiples que ponen en evidencia las posiciones sociales, los recursos y las discriminaciones.

En lo que respecta a las dinámicas territoriales la baja presencia de **referentes institucionales** de diversas áreas del Estado (centros de salud, instituciones educativas, dependencias municipales) y de algunas organizaciones de la sociedad civil se vieron afectados por el cierre parcial o total de un alto porcentaje de instituciones

afectando la interdependencia en el espacio comunitario. En muchos casos, este debilitamiento de las relaciones afectó la referencialidad personalizada que mantienen las/los agentes del Estado en la conformación de la trama de la vida comunitaria. Se destaca en este punto, la relevancia de estos vínculos, junto al amplio sistema de intermediación, que viabilizan junto a organizaciones de la sociedad civil una diversidad de servicios y prestaciones entre las cuales se encuentran: el suministro de información, de asistencia, de escucha, acceso a bienes materiales, entre otros.

Podemos decir que esta modificación en los vínculos no se da de igual modo en todas las localidades y barrios debido a que se reconoce una disparidad en la implementación de las **medidas sanitarias** de carácter restrictivo en la tríada localidades-fases-movilidades que tuvieron efectos diferenciados sobre los espacios barriales donde se destacan tres factores centrales en lo referente a las medidas de cuidado: a) disparidad de las medidas, b) disparidad de recursos, c) (re) organización de los servicios de salud por el cierre temporal o total de los efectores agravados por las dificultades para el cumplimiento de las medidas, derivados de las condiciones de infraestructura y medioambientales que acentuaron las condiciones de vulnerabilidad.

Percepciones sobre la afectación de la salud mental de la comunidad y de las/los trabajadores esenciales y de salud

Las/los vecinas/os compartieron experiencias sobre las **percepción** que han tenido respecto al impacto en la salud mental durante la pandemia. El mismo, lo relacionaron con sentimientos de soledad (principalmente en personas adultas mayores), aislamiento, “depresión”, tristeza, irritabilidad, violencia, desgaste cotidiano, duelos, y angustia que relacionan con la pérdida de trabajo, el “encierro”, el exceso de información en los medios masivos de comunicación, estar lejos de las personas queridas, preocupaciones cotidianas y con el haber dejado de realizar determinadas actividades de sus vidas cotidianas. Así mismo, emerge la preocupación compartida sobre los efectos a largo plazo que la situación de pandemia pueda llegar a traer para la salud mental.





Se objetivan estrategias vinculadas al **acompañamiento** desde espacios de escucha propuestos por grupos religiosos en algunas localidades a través de llamadas telefónicas, whatsapp y visitas domiciliarias a las/los vecinas/os. Se desconoce la utilización que han realizado las/los vecinas/os de los espacios formales de asistencia en salud mental que se organizaron desde el sistema de salud en la provincia, ya que no hubieron referencias a los mismos.

Las personas que sostuvieron actividades laborales, formales e informales, reconocen que la modificación de la **dinámica laboral** habitual (nuevas tareas, haber dejado de realizar tareas específicas y en algunos casos, haber tenido que discontinuar la actividad por ser personas de riesgo) generó un impacto subjetivo que podría vincularse con lo que manifestaron como temor al contagio, sensación de exposición, desgaste emocional y, en algunas ocasiones, los roces entre compañeras/os de trabajo. Según los datos de la encuesta a trabajadoras/es el 54.89% de las personas encuestadas indicaron sentir mucho miedo de contagiarse y solo el 51.75% de las personas encuestadas en Chubut indicaron que sus elementos de protección personal eran suficientes. Así mismo, se observó una correlación de Spearman significativa lineal con $p < 0.001$ entre la mayor puntuación en la escala de depresión PHQ-9 y el cambio de funciones o equipo de trabajo ($\rho = 0.14$). [Mayor cambio de funciones, mayor PHQ].



Foto: Aníbal Aguaisol, 2020. Se observa un grupo de trabajadores de la salud en una manifestación pública, reclamando por condiciones sanitarias y salariales.

La dinámica laboral previa a la pandemia se representa como un aspecto clave a la hora de hacer frente a las modificaciones laborales y las posibilidades de acompañamiento, por ejemplo, entre las personas trabajadoras de salud. A partir de la encuesta a trabajadoras/es se observó una correlación de Spearman significativa inversa con $p < 0.001$ entre la mayor puntuación en la escala de depresión PHQ-9 y la confianza en una red fiable de **colegas** ($\rho = -0.19$). [Mayor confianza, menor PHQ].

Se destaca la percepción que las/los vecinas/os comparten mayoritariamente respecto a la situación de las infancias y adolescencias durante la pandemia sobre el incremento del **consumo** de alcohol y otras drogas en el espacio público. Desde sus miradas, relacionan esto con el “encierro” y la necesidad de salir al espacio público. Algunas personas vincularon esta situación a la falta de referentes emocionales. Habitar el espacio público puede entenderse como una respuesta a la necesidad de compartir con pares y la ausencia o disminución de actividades educativas, deportivas o sociales producto de las medidas de aislamiento. En algunas ocasiones, surgieron respuestas espontáneas de grupos comunitarios destinadas a este grupo etario una vez que disminuyeron las medidas de aislamiento social. Se objetiva la ausencia en el relato de las personas de referencias a propuestas deportivas o sociales desde las redes estatales, no así de propuestas educativas que, sin embargo se reconoce que no han sido igualmente accesibles para todas/os.

Lo expuesto permite pensar en la importancia de incorporar al análisis del impacto de la salud mental desde una mirada psicosocial las **determinaciones sociales** de salud para visibilizar que las experiencias de malestar subjetivo y la emergencia de problemáticas de salud mental poseen múltiples componentes vinculados a las dificultades para el ejercicio de los derechos y el acceso a los mismos: trabajo, alimentación, educación, salud, ocio, entre otros. La reconfiguración de las dinámicas laborales pueden entenderse también en este contexto como determinación social de la salud mental, aspecto ampliamente investigado por diferentes corrientes teóricas. Esto nos permite también reflexionar respecto a la importancia que podrían tener las estrategias de prevención, cuidado y acompañamiento en salud mental que recuperen las

lógicas comunitarias en sus diseños e implementaciones aún en situaciones sanitarias como la pandemia por COVID-19. La comunidad ha demostrado que estas estrategias pueden cobrar diferentes modalidades y que se han desarrollado más allá de las propuestas que el Estado había realizado para el abordaje de la salud mental de la población.

Reconfiguración territorial como producto de las relaciones y dinámicas sociales

En este nuevo contexto se modificó la trama de relaciones sociales debido al entrelazamiento de dinámicas espaciales y temporales que se dieron en la etapa de la pandemia, definidas por Jerónimo Pinedo y Ramiro Segura (2020) por la confluencia de **cuatro lógicas** vinculadas a los contagios por COVID-19: las dinámicas de las políticas epidemiológicas; las dinámicas del control de las políticas de aislamiento y prevención y las dinámicas de los cuidados comunitarios (pp 11-24). De este modo la vida en comunidad adquiere ritmos diferenciados como consecuencia de la limitación de las prácticas urbanas ante el riesgo de los contagios, sumado a la reorganización del funcionamiento de las instituciones públicas y la reducción de las movilidades de la población. Estas circunstancias afectaron de modo directo los encuentros entre referentes institucionales y la comunidad.

Ante esta nueva situación se percibe un reordenamiento de las interacciones y de referencias dentro de la trama de la vida comunitaria. En este caso, quienes ocupan el rol de **mediadores sociales**⁹ (Crespi, 1983; Neves, 2008) son partícipes activos en los espacios de mediación que estructuran la institucionalidad (estatal o de organizaciones sociales). Las/os vecinas/os manifiestan en sus relatos que vieron interrumpido el proceso de intermediación que se da entre las/os agentes del estado o grupos de la sociedad civil que participan del flujo de bienes simbólicos-materiales quienes viabilizan una diversidad de servicios y prestaciones, entre las cuales se encuentran: el suministro de información, de asistencia, de escucha, de acceso a bienes materiales, entre otros. De este modo

⁹ Nos referimos a técnicos, políticos, religiosos, trabajadores municipales, trabajadores de la salud, operadores, docentes, entre otros.

las/os vecinas/os encontraron algunas barreras que lograron sortear a través de la organización comunitaria y/o familiar, Más allá de las estrategias implementadas desde lo comunitario, debe destacarse que esta situación evidenció la importancia que tienen las/os mediadores sociales como anclaje de las relaciones personalizadas y como eslabón entre dos universos sociales o de significación diferenciados.

Cambios sociales, estructurales y del uso del territorio

Ante las medidas de confinamiento adoptadas por el Estado se modificaron las rutinas cotidianas, las relaciones interpersonales, la intensidad de los vínculos personales produciendo un doble desplazamiento en las **prácticas de la vida cotidiana**. Por un lado, gran parte de las actividades laborales, educativas, de recreación se concentraron en el espacio de la vivienda familiar produciendo modificaciones en los modos de convivencia. Estas medidas impactan de igual modo en los espacios institucionales sobre la funcionalidad de las mismas, priorizando las necesidades de urgencia. Puede mencionarse que en el caso de las escuelas se dispuso de los comedores y en algunos Centros de Salud se asignaron como Centros de Salud “Centinela”, nomenclatura utilizada para diferenciarlos de los Centros “No COVID”. En este último caso los centros de salud redujeron los horarios para el suministro de medicación destinada a pacientes con enfermedades crónicas.

Desde la organización comunitaria las/os vecinas/os y/o autoconvocados dispusieron de sus viviendas para la producción de alimentos, la entrega de viandas y el armado de roperos comunitarios, actividades que fueron realizadas en las veredas de las viviendas o en espacios abiertos. En este sentido se destaca la red de **colaboraciones** entre comedores ubicados en distintos puntos de las zonas urbanas.

Por lo tanto, las medidas de confinamiento desplazaron las actividades de la vida cotidiana al ámbito familiar, incrementando el trabajo doméstico y las tareas de cuidado; y en lo que respecta a los espacios institucionales se observa una intensa **reorganización de las tareas** y de los espacios.

Puede decirse que las medidas de aislamiento provocaron una **re-funcionalización de los espacios** a escala regional, en especial sobre la dimensión político-institucional modificando las dinámicas institucionales en los diversos órdenes de las actividades económicas, educativas, religiosas, deportivas, entre otras. Pero desde la perspectiva de análisis relacional, colocando el foco sobre las redes sociales y comunitarias se concluye que el contexto de pandemia produjo una multiplicidad de vínculos, de redes de colaboración y de solidaridades barriales recreando los espacios-lugares para hacer visibles las necesidades de la población en condiciones de vulnerabilidad. Espacios-lugares que emergieron como producto de relaciones sociales y de interconexión que traspasaron los límites definidos desde la nomenclatura urbana.

Un punto aparte, vinculado a la reconfiguración de los espacios está vinculado a la reducción de la movilidad, la activación de protocolos y la continuidad de las actividades, como producto de la suspensión de las mismas limitadas en una primera etapa a los trabajos considerados esenciales. Tanto la discontinuidad educativa como laboral instaló una nueva etapa para el retorno, definido como un segundo desplazamiento de las actividades educativas y laborales al espacio familiar: el **teletrabajo** y la **continuidad pedagógica virtual**. De modo que las desigualdades previas a la pandemia se profundizaron por una heterogeneidad de dificultades tanto de accesibilidad a los servicios –por cuestiones geográficas, de prestaciones de servicios de internet; de conectividad-; en otros casos, por la no disponibilidad de telefonía celular u otros dispositivos tecnológicos que aseguren la accesibilidad; por no disponer de datos para su uso y, en otros casos, por la falta de alfabetización digital (habilidades y competencias)

Podemos decir que las relaciones personales, las redes sociales -de cooperación y de colaboración- potenciaron la comunidad afectiva de co-presencia debido a la proximidad física. Esta condición de cercanía recreó el desarrollo de capacidades y desató procesos de aprendizaje colectivos locales y regionales. Sin bien los vínculos de proximidad generaron las relaciones de protección éstas se ensamblaron con el uso intensivo de **tecnologías digitales** que revitalizaron –en gran medida- la vida social. Es así que las/os entrevistadas/os describen tanto las potencialidades así como las



limitaciones y dificultades pero, en todos los casos, los dispositivos tecnológicos surgen como un soporte central y necesario para la continuidad de vida social (comunicación, circulación y acceso a la información) así como la continuidad de las actividades laborales en la modalidad de teletrabajo.

De este modo caracterizamos estos desplazamientos como experiencia total del espacio integrada a una red de interdependencia social, recreada a partir de los lazos y vínculos sociales. Por lo tanto, estas dinámicas dieron lugar a procesos de reconfiguración de las territorialidades definidas como procesos de **desterritorialización** (Deleuze y Guattari, 1995, 1996, 1997) como movimiento dialéctico de re-territorialización donde confluyen flujos de información y comunicación donde se destaca una diversidad de apropiaciones del espacio por parte de la comunidad.

Prácticas comunicacionales

En general se observa una **disparidad de recursos**, de medios de comunicación y accesibilidad a la conectividad, diferenciados por la posesión o no de tecnologías digitales y su uso. Los grupos de whatsapp, así como las redes sociales existentes -previas a la pandemia- actuaron como el principal articulador en los espacios barriales, a la vez que se recreaban otros modos de estar informados y comunicados. Desde la perspectiva de derechos entendemos el acceso a la información como instrumento de otros derechos. En este sentido podemos decir que las redes sociales permitieron el acceso a la información y a la atención con base territorial.

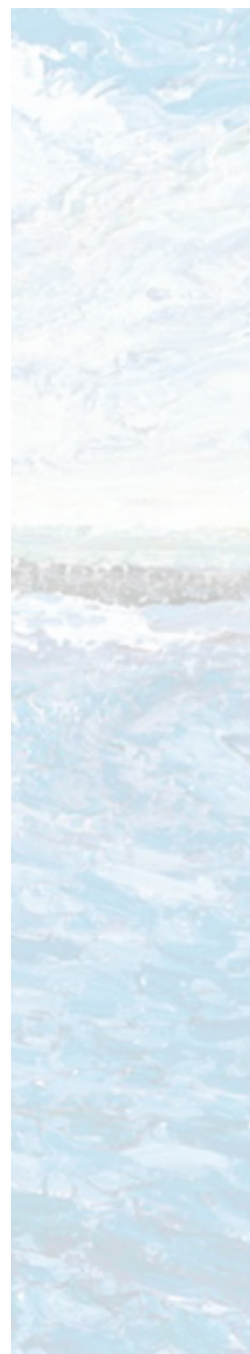
En relación a la recepción de información pública, se observa un despliegue de estrategias institucionales y comunitarias para hacerla efectiva, en muchos casos, condicionada por los recursos, los medios disponibles y el uso de los mismos. En este sentido, ocuparon un lugar central las prácticas de **interacción mediada**, con un alto predominio del uso de telefonía celular (el uso de Whatsapp); las redes sociales; los medios de comunicación audiovisuales (comunitarios, de servicio público y comerciales-tv, radio gráfica) y las plataformas digitales. De igual modo fueron utilizados otros soportes que permitieron acceder a novedades o información específica de los barrios, para señalar sitios de referencia. Se utilizó

cartelería realizada con telas, papel y cartón dispuestas en el espacio público y, en otros casos, se realizó entrega de folletería a referentes comunitarios. Aunque en otros casos fue necesaria la comunicación cara a cara donde se destaca la presencia en los hogares de trabajadores de la salud para informar, acompañar o brindar asistencia en situaciones consideradas críticas, por urgencias o como consecuencia de no contar con otros medios de comunicación, por falta de accesibilidad o por dificultades para el traslado.

Cabe destacar que al restringirse el desplazamiento en el espacio público, esta situación compromete la **vida comunitaria** y como consecuencia se reducen los momentos de encuentro con otrxs en plazas, canchas, clubes, ferias así como el acceso a las instituciones. A tal efecto, la encuesta de trabajadores en sectores no sanitarios de Chubut, se detectó que el 69.93% de las personas encuestadas indicaron tener menos o escaso tiempo para actividades de esparcimiento, deporte, cultura o intercambio comunitario. Los encuentros fuera del ámbito doméstico se circunscribe, en general, a dos espacios de referencia: las filas de los **comedores-merenderos** y en los centros de salud.

Reconfiguración de las dinámicas laborales de trabajadoras/es esenciales y de las/los trabajadores de salud en los barrios

Ante la modificación del escenario y la reorganización del trabajo las/os vecinas/os perciben una escasa presencia de referentes institucionales de diversas áreas del estado (centros de salud, instituciones educativas, dependencias municipales) que deriva en la necesidad de organizar nuevas **articulaciones territoriales**. Nos referimos a las medidas adoptadas por el Estado al definir las actividades laborales esenciales como una de las medidas de prevención ante la necesidad de organizar los cuidados de la población. Es así que en esta coyuntura se planifica la interdependencia de las funciones (económico, social, cultural, salud, religiosa, política, entre otras) orientadas hacia la corresponsabilidad social del cuidado (autocuidado, cuidado de otros y cuidado del entorno); condición que potenció la capacidad de liderazgo territorial y organización comunitaria de las/os vecinas/os.



Se entrevistaron principalmente **referentes institucionales** de organismos/oficinas municipales, policía y de efectores de salud. Los cambios en las dinámicas laborales son percibidos por las personas trabajadoras en diferentes niveles. En relación a las dinámicas de trabajo cotidianas, las personas trabajadoras refieren que han tenido que dejar de realizar actividades que eran habituales y en muchos casos realizar actividades: seguimientos telefónicos de situaciones particulares, creación de espacios de organización del trabajo (por ejemplo, el Comité Operativo de Emergencia del Hospital). La organización de los espacios laborales fue cambiando a lo largo de la pandemia, en la medida en que las medidas del gobierno lo fueron permitiendo se retomaron tareas en territorio en aquellas instituciones que las habían discontinuado. Teniendo en cuenta el trabajo en red, algunas/os trabajadoras/es perciben la profundización de la fragmentación de las intervenciones. Es de destacar que las/los vecinas/os perciben que, a diferencia de las instituciones municipales y de salud, las organizaciones comunitarias y referentes territoriales no dejaron de sostener presencia territorial.

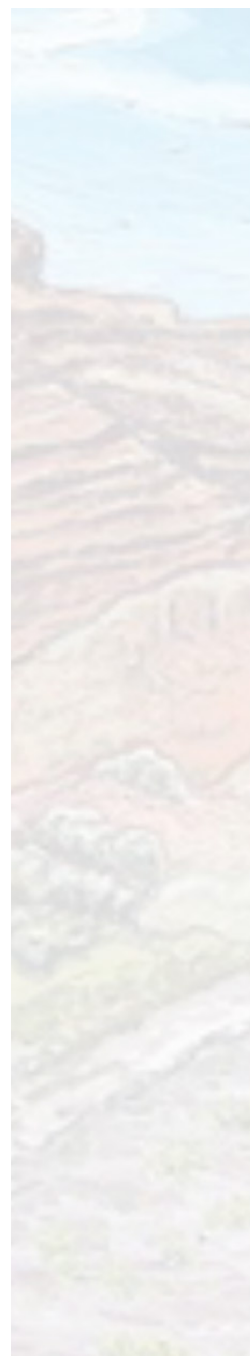
La reorganización del trabajo de las instituciones a las que se tuvo acceso se percibe en **tensión** con las demandas que la comunidad ha ido teniendo a lo largo de la pandemia. Si bien las instituciones organizaron sus tareas a fin de dar respuesta a la demanda emergente, según lo que refirieron sus referentes, esto no siempre es percibido de esa manera por la comunidad. Tanto las personas trabajadoras de las instituciones como las/los vecinas/os perciben la dificultad que existe para dar respuestas integrales a las problemáticas emergentes.

Un aspecto a destacar que ha generado cambios en el sostenimiento de la vida cotidiana se vincula con la percepción que se tiene sobre el cierre de **instituciones estatales** con las que habitualmente las personas se vinculan, principalmente efectores de salud y escuelas. Es interesante destacar que se hace referencia al cierre de los edificios y no se visibilizan las reorganizaciones que las mismas han tenido en sus dinámicas de trabajo. Para la comunidad, estaban “cerradas”, incluso se destaca la percepción que tienen las personas respecto al deterioro edilicio que han tenido las mismas. Muchas de las personas entrevistadas refieren que previo a la pandemia las instituciones de referencia se encontraban realizando paros y asambleas, sin embargo, no eran percibidas como “cerradas”.

El cambio en la lógica de trabajo del sistema de salud fue percibido por las personas como la causa del incremento de **barreras de acceso** al mismo, principalmente en función de la reorganización de los Centros de Atención Primaria de la Salud que eran la referencia principal para las/los vecinas/os. Así, la reorganización de la asistencia es percibida como problemática por las personas quienes, por ejemplo, remarcan la lejanía y la dificultad económica que tenían para acceder a los lugares de atención. Este aspecto, junto al miedo al contagio en el Hospital generó que las personas directamente no consultaron en ciertas ocasiones. Desde la mirada de las/los referentes del sistema de salud se destaca la percepción que tienen sobre las consecuencias de la falta de información de personas al respecto que se traducían en reacciones de enojo y maltrato del personal.

Según lo referido por algunas/os referentes institucionales del sistema de salud, la respuesta organizada del sistema de salud fue cambiando a lo largo de la pandemia. Algunas/os comparten la representación de que los **equipos de trabajo** fueron “desarmados”. Tanto referentes institucionales como también vecinas/os manifestaron percibir un “alejamiento” mutuo. Trabajadoras/es de salud, manifiestan que quedaron desdibujadas sus funciones o generaron barreras de accesibilidad, más allá de los esfuerzos personales. Es interesante destacar que este hecho pone en suspenso un eje clave en el cuidado de la salud de la comunidad que es la estrategia de Atención Primaria de Salud.

A las entrevistas realizadas a referentes institucionales y comunitarios se suman las **trece cartografías sociales** realizadas en las cinco localidades de la provincia en diez barrios del periurbano. Las dinámicas de los cierres parciales o totales de las instituciones son representadas por una multiplicidad de cruces rojas, que incluyen desde asociaciones vecinales, escuelas e iglesias, así como en las entrevistas también se hace referencia al cierre de algunas oficinas municipales, talleres y clubes de fútbol y al impacto que esto tuvo para la vida cotidiana de muchas/os vecinas/os como espacios de contención emocional y social.




Del trabajo realizado con las personas trabajadoras Comunitarias/ os de Salud en Terreno del Área Programática Sur (TCST AP Sur), cuya metodología se describió en profundidad en un apartado anterior, se observa que que las modificaciones en las dinámicas de trabajo fueron una de las principales productoras de **malestares subjetivos** y se se destaca en esta línea la referencia, en menor medida, a la situación de crisis política-económica que atravesaba la provincia previamente. La modificación de las tareas de trabajo en algunos casos trajo aparejada la recarga de trabajo, sentimiento de incertidumbre por el futuro y agotamiento físico y mental.

Asimismo, las medidas de bioseguridad, las disposiciones de aislamiento y distanciamiento social implican un cambio en las dinámicas de vinculación entre trabajadoras, con sus familias y con usuarias/os del sistema de salud. La presencia en el territorio y la dimensión corporal del trabajo de TCST se vió transformada al modificarse las dinámicas de organización temporo-espacial producto del **ASPO-DISPO** y de la programación laboral. La falta de proximidad física con otras personas y el no poder compartir algunos espacios produjo malestar subjetivo ante imposibilidad de acompañar o ser acompañada/o por otras/os en momentos percibidos como difíciles. Sin embargo, se observaron modos creativos de “estar con otras/os”, a través de los dispositivos electrónicos, llamadas o muestras de afecto a la distancia.

Las/os TCST AP Sur manifestaron **miedos** por ser contagiadas de COVID y particularmente por contagiar a seres queridos. En algunos casos, han decidido cambiar el lugar de residencia por temor a contagiar a familiares con quienes conviven. Por otro lado, se objetivan sentimientos de culpa en trabajadoras/es que se habían contagiado de COVID, quienes relataban sus experiencias como individualizadas. Se destaca también el relato sobre las dificultades para acompañar a las personas en situación de duelo donde también se objetiva cierta percepción individualizada respecto a dicha imposibilidad, como si se tratara de una limitación personal y no producto de las condiciones misma de la pandemia.





La reorganización del trabajo en **Atención Primaria de la Salud**, acentuó la percepción de la escasa valoración de la tarea de prevención y promoción de la salud, que muchas veces no fueron puestas en valor cuantitativamente y subalternizadas desde una perspectiva vinculada al modelo médico hegemónico. En este sentido, se profundiza una tensión entre las tareas que deben ser valoradas y reflejadas estadísticamente requeridas por las gestiones institucionales, y aquellas tareas vinculadas al acompañamiento afectivo, que las/los TCST AP Sur reconocen como nuclear en la construcción de salud comunitaria. Asimismo, destacan la falta de acompañamiento, de contención emocional y espacios para la tramitación de los malestar en la tarea cotidiana.

Se observó la construcción o el afianzamiento de lazos de solidaridad entre las/los TCST AP Sur. A través de los vínculos entre trabajadoras/es de salud se dan espacios no formalizados de **contención y acompañamiento** ante las situaciones difíciles, de tramitación de las afectaciones. Se objetiva una valoración positiva del trabajo en equipo y la preeminencia de referencias afectivas al trabajo en equipo que se interpretó como factor protector de la salud mental. Por otro lado, se visibilizan prácticas de autocuidado personales y del equipo de trabajo que no siempre son representadas como tales por las trabajadoras de TCST.

Se destaca el lugar que ocupa la implicación subjetiva histórica, en la tarea que realizan. Esta cobra sentido en el entramado de vínculos y acompañamientos. La reflexión implicada permitió que las trabajadoras revalorizaran sus vínculos y capacidades laborales.

Redes formales e informales de cuidado en los barrios

Como se explicó previamente, la vida cotidiana de diferentes grupos poblacionales se ha visto modificada por la pandemia y las medidas de gobierno restrictivas tomadas para disminuir el contagio. Esto produjo una profundización de las **condiciones de vulnerabilidad** de los grupos con los que trabajamos. En este contexto se destacan diferentes modos de organización comunitaria, las cuales entendemos como una modalidad del cuidado, destinadas al sostenimiento de la vida que se producen en los vínculos que

exceden aquellos provistos al interior de los grupos familiares y por las dependencias estatales, pero muchas veces en interdependencia con estas.

En palabras de Fisher y Tronto (1990), los **cuidados** son actividades que comprenden lo que hacemos para mantener, perpetuar y reparar “nuestro mundo”, buscando vivir lo mejor posible, en términos de las propias personas. En los barrios en los que trabajamos durante la pandemia, la fragilidad vinculada al sostenimiento económico y material, la falta de acceso a derechos básicos, la imposibilidad de movilizarse y en muchos casos sostener empleos remunerados, produjo el fortalecimiento y la constitución de organizaciones comunitarias y vínculos cooperativos para subsanar aquellas dificultades. En este contexto comprendemos como redes formalizadas de cuidado a todos aquellos vínculos constituidos en marcos institucionales con el objetivo de proveer cuidados. Así las redes informalizadas son aquellos vínculos constituidos por fuera de marcos organizacionales o institucionales que producen modos de cuidado en la interacción con otros.

Observamos la presencia de asociaciones civiles, organizaciones vecinales, organizaciones no gubernamentales, comedores, merenderos, congregaciones religiosas y redes espontáneas que surgieron particularmente para paliar las necesidades alimenticias. Así se destaca la provisión de alimentos y artículos de primera necesidad de grupos que pertenecen a los mismos barrios a través de colaboraciones, donaciones y trabajo voluntario. Las **organizaciones** y comedores reciben asistencia esporádica de los respectivos municipios a través de la provisión de alimentos y leña. Por otro lado, en algunos casos, ante la posibilidad de circulación, se observa la realización de ferias de compra y venta en los barrios. Estos son propulsados por las organizaciones vecinales y buscan propiciar la subsistencia económica a través de la venta de productos.

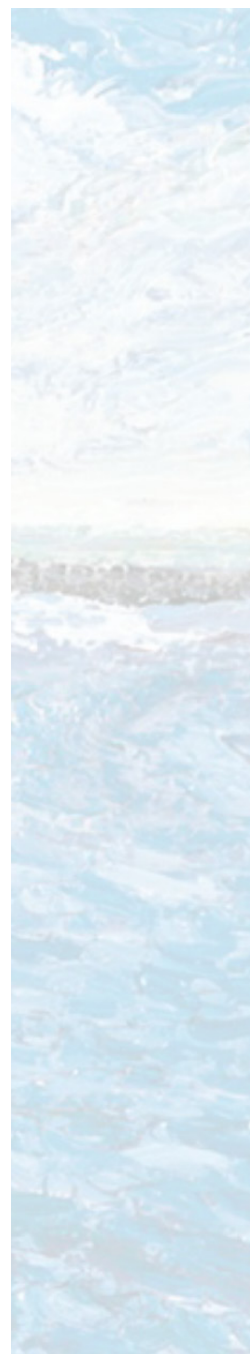
En algunos casos las organizaciones comunitarias median ante dependencias estatales, haciendo circular información y gestionando registro de personas con necesidades especiales para su asistencia, como pueden ser adultos mayores y personas con movilidad reducida. En este sentido se observa la confección de listados de vecinos para recibir donaciones, vacunas antigripales o con alguna

demanda especial de medicamentos. Asimismo las organizaciones colaboran con la gestión de recursos estatales a los que deben acceder a través de dispositivos digitales e internet. Así se observa la asistencia para acceder a trámites bancarios, de Anses o el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE).

Otra de las cualidades que se destacan en la organización comunitaria es el **sostenimiento afectivo** y vínculos de contención en el momento de la pandemia. Algunas interlocutoras refieren la necesidad del encuentro o el intercambio telefónico ante la situación crítica, que además de acentuar la vulneración de derechos, produce efectos subjetivos en el bienestar de las personas. En este sentido se destaca el acompañamiento, la copresencia y la escucha de otras personas como un modo de cuidado establecido a partir de redes informales.

En lo que respecta a los **equipos de salud** observamos diferentes formas de sostener cuidados en redes y vínculos de trabajo. En algunos casos observamos redes preexistentes en relaciones laborales que se visibilizan como lugares a través de los cuales pueden sostenerse prácticas de cuidado, compartir y hablar sobre lo que sucede. No obstante, observamos en algunas trabajadoras y trabajadores de salud la necesidad de una gestión sostenida al interior de los equipos de salud de prácticas de cuidado, modos de tramitar los malestares, el sufrimiento y el agotamiento atravesados durante la pandemia.

Según datos de la encuesta de este proyecto, en la provincia de Chubut, se detectó un 14.8% menos de confianza en la red fiable de colegas de trabajo, respecto al resto del país (83.1% confianza positiva en el país frente a 68.3% en Chubut). Por otro lado, observamos una **desconfianza** en relación a la capacidad de afrontar la pandemia por parte de la gestión estatal. Según los datos de la encuesta un 48.2% atribuyen poca o nula confianza en la capacidad para enfrentar la pandemia por parte del gobierno nacional; un 77.6% para el gobierno provincial; y un 69.5% para los gobiernos municipales. Estos números contrastan con la confianza en el lugar del trabajo para enfrentar la pandemia, ya que solo el 33.2% de las personas encuestadas manifestaron poca o nula confianza.



En los diferentes tipos de organización comunitaria se destaca la agrupación y el trabajo principalmente de **mujeres** ante las necesidades alimenticias, económicas, de contención afectiva y de seguridad. Estas agrupaciones gestionan donaciones, información y median con algunas instituciones estatales que proveen en algunos casos recursos para las personas del barrio. En este sentido observamos la preeminencia de redes de cuidado formalizadas a través de organizaciones comunitarias y organizaciones no gubernamentales que en muchos casos median con las redes formalizadas de cuidado que provee el Estado a través de la gestión de política pública. En lo que respecta a los equipos de salud observamos la demanda de prácticas de cuidado integrales en salud mental, más allá de la provisión de cuidados biomédicos. Así se destaca la preeminencia de redes informalizadas de cuidados al interior de la gestión de la política pública en salud, por parte de las propias trabajadoras.



Foto: Anibal Aguaisol, 2020. Se observa una cadena humana formada por mujeres en lucha por la defensa del ambiente, en un corte de ruta en Trelew, Chubut, Argentina.

Productos

Página web

Para dar seguimiento, integración y articulación con los equipos del proyecto, y difundir las actividades y resultados, se creó la web: <https://saludmental covid19.org>

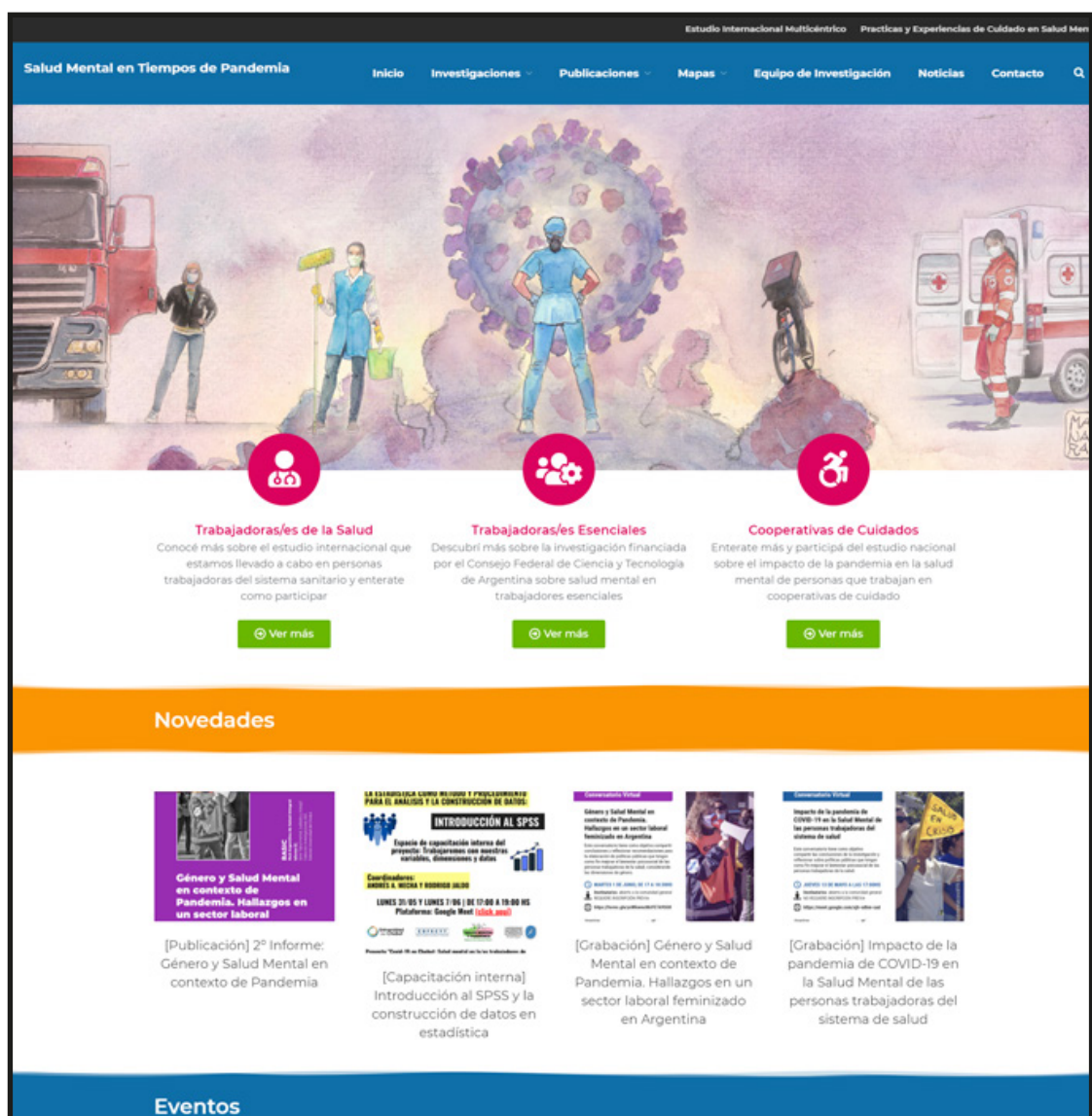


Foto: Captura de pantalla de la página web del proyecto. Se observa la página de inicio, con una foto de portada de mujeres trabajadoras, 3 íconos que resaltan cada uno las líneas de investigación, y una sección con las últimas publicaciones realizadas en el blog del sitio web.

Comunicación y difusión del proyecto

Con el objetivo de dar visibilidad al proyecto, y ante la necesidad de tener una llegada más dinámica a la comunidad, se conformó el área de Comunicación y Difusión en el mes de noviembre del año 2020, la cual trabajó de manera articulada con los núcleos. Desde este espacio se fomentaron **estrategias comunicacionales**, que en un primer momento tuvieron que ver con la difusión de la encuesta HEROES y de los objetivos generales del proyecto a partir de difusiones a través de whatsapp. En esta instancia se habilitaron dos redes sociales (Facebook y Twitter) para la publicación de toda producción que iba surgiendo en el marco de la 1er etapa de la investigación. Por otra parte se llevó adelante la difusión de la presentación del 1er Informe Ejecutivo de Avance, mediante gráficas, gacetilla de prensa, etc.

En un segundo momento, y en paralelo al inicio de la 2da etapa del proyecto en el año 2021, se trabajó primordialmente la comunicación en articulación con el Núcleo de Diagnóstico Comunitario, a partir de **producciones** que dieron cuenta del trabajo territorial y de intervención comunitaria que venían realizando desde dicho núcleo. Los contenidos que circularon desde el área pusieron de manifiesto los modos en que se iba interpelando a las comunidades/barrios/espacios de encuentro de las cinco localidades involucradas. Las prácticas comunicacionales en esta instancia tuvieron que ver con la realización y difusión de gacetillas de prensa, flyers, fotografías y reseñas de las capacitaciones en cartografía social, notas en medios y producciones audiovisuales y gráficas (a saber, cuadernillo “Praxis en Salud Social y Comunitaria en Chubut”).

Capacitaciones

Desde el núcleo de capacitación y en articulación con el resto de los núcleos de trabajo, se ha ido definiendo el carácter de las distintas actividades según las necesidades y emergentes relevados a cada momento del proceso de investigación.



Jornadas abiertas a la comunidad

Algunas propuestas se organizaron bajo la modalidad de jornadas abiertas a la comunidad. Las cuales se desarrollaron de modo sincrónico, en plataformas virtuales, habiendo tenido una convocatoria de entre 15 a 90 participantes.

Esta experiencia se puede encontrar registrada en productos audiovisuales de circulación general.

- **Julio 2020:** Capacitación “*La salud como proceso histórico social*”, con Alfredo Carballeda: <https://saludmental covid19.org/capacitacion-la-salud-como-proceso-historico-social/>
- **Octubre 2020:** Conversatorio “*Salud Colectiva. ¿Qué la diferencia de la salud pública?*”, de Oscar Feo Istúriz (médico especialista en salud colectiva): <https://saludmental covid19.org/curso-salud-colectiva-que-la-diferencia-de-la-salud-publica/>



Foto: captura de pantalla de la capacitación virtual por Zoom con Alfredo Carballeda, 22 de julio de 2020. Se observa la presentación de power point con el folleto promocional del encuentro y las miniaturas de las personas conectadas.

Jornadas internas del equipo

Otras propuestas de formación fueron organizadas bajo la modalidad de jornadas de reflexión e intercambio interno del equipo de trabajo. De estas actividades y encuentros se han realizado registros y documentos escritos de uso interno.

- **Agosto 2020:** Ronda de intercambios de experiencias en salud comunitaria. A cargo de equipos territoriales y profesionales del equipo de investigación.
- **Septiembre 2020:** *"El Cuidado de Quienes Cuidan... Una mirada hacia lxs trabajadores en contexto de pandemia"*. A cargo de la Dra. Elena de La Aldea.
- **Octubre y Noviembre 2020:** *"El Cuerpo como territorio"*. 3 Módulos integrados. Taller a cargo de la Lic. Marina Machado Ibars y Camila Adarvez Feresim.
- **Marzo 2021:** *"El cuidado como derecho de las personas trabajadoras en contexto de pandemia"*. A cargo de profesional integrante del equipo de investigación.
- **Abril 2021:** *"Diagnóstico comunitario: interpelaciones desde el campo de la salud colectiva"*. A cargo de la Lic. Mercedes Rattagan.
- **Mayo y Junio 2021:** *"La estadística como método y procedimiento para el análisis y la construcción de datos: Introducción al SPSS"*. 2 Módulos integrados. A cargo de integrantes del núcleo de encuestas. Enlace: <https://saludmentalCovid19.org/capacitacion-interna-introduccion-al-sps-y-la-construccion-de-datos-en-estadistica/>
- **Junio 2021:** *"Género y Salud Mental en contexto de Pandemia. Hallazgos en un sector laboral feminizado en Argentina"*. A cargo de la abogada Cecilia Russo. Enlace: <https://saludmentalCovid19.org/evento-genero-y-salud-mental-en-contexto-de-pandemia-hallazgos-en-un-sector-laboral-feminizado-en-argentina/>



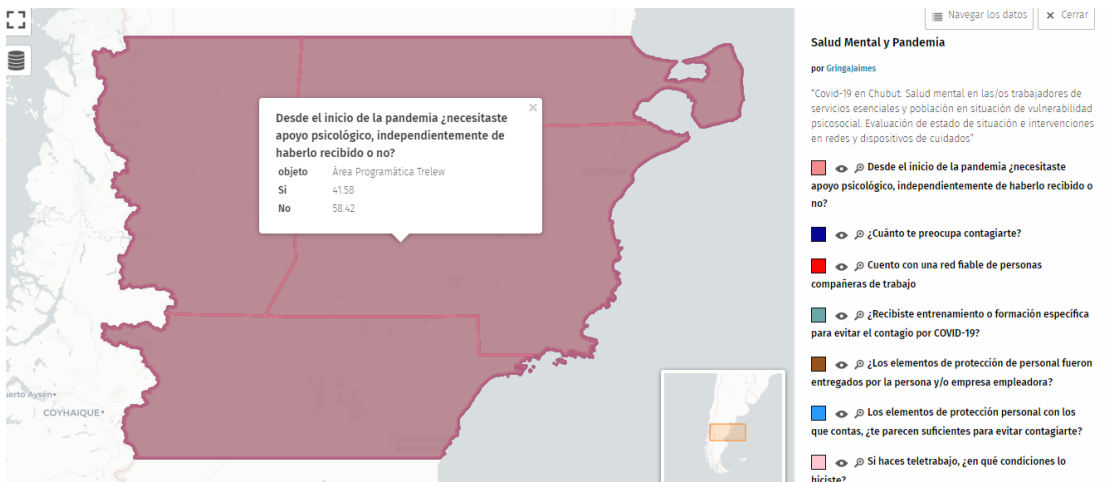


Foto: captura de pantalla del Sistema de Información Geográfica. Se observa el mapa de Chubut, graficado con diferentes variables estadísticas del estudio.

Cartografías y mapeos

Los **Sistemas de Información Geográfica** (SIG) resultan importantes como apoyo en las actividades en el área de política sanitaria y salud pública. En este sentido, desde el proyecto se creó un SIG como instrumento para la visualización de los resultados obtenidos de las encuestas. En el mapa web se pueden observar por región sanitaria algunos resultados sobre indicadores de salud mental, necesidades de apoyo, miedo al contagio y condiciones laborales en personas trabajadoras en Chubut durante los meses de Agosto a Diciembre del 2020. Los mapeos digitales producidos en el marco del proyecto, se encuentran incluidos en la webpage: <https://saludmentalCOVID19.org/mapa-salud-mental-pandemia-chubut/>

Instrumentos creados para diversos abordajes

Las 5 encuestas

Los mapas y cartografías tradicionales

Los dispositivos de entrevistas

Los derroteros de talleres de Cartografía Social

Talleres de intervención

Continuidades

Programa de extensión “Programa Provincial de Promoción de la Salud en situaciones críticas: Praxis en Salud Social y Comunitaria en Chubut” y publicación de “Praxis en salud social y comunitaria en Chubut”

En el marco de la investigación se diseñó un **programa de capacitación** para el desarrollo de una Red Comunitaria de Promotores/as en Salud. El mismo, se plantea como objetivo aportar al fortalecimiento de las redes comunitarias, a partir de poner a disposición de la comunidad conocimientos producidos en el marco de la investigación sobre el impacto de la salud mental de la pandemia por COVID-19. Tiene como destinatarios/as principales a referentes comunitarios/as de los barrios en los que se desarrolló el diagnóstico comunitario, con posibilidad de ser extendido a TCST y a la comunidad en general.

Los **contenidos** principales están incorporados en el diseño del programa de capacitación sobre: La pandemia por COVID-19 en Chubut; El sistema de salud y salud mental; Redes comunitarias; Salud Mental y cuidados; Participación en salud. En esta etapa de diseño del programa se realizó también un proceso de producción y diseño de contenidos, los cuales servirán de insumo para la implementación del programa que partió de la información obtenida durante la investigación. Se trata de un **cuadernillo** titulado “[Praxis en Salud Social y Comunitaria. Aporte para el debate de prácticas, saberes y conocimientos en situaciones críticas](#)” que será puesto en debate en los espacios de intercambio que se generen en el programa de capacitación y actualizados en función de los mismos. Se propone como un recurso “abierto” que continúe siendo útil para propiciar el diálogo de saberes en cada territorio.

Dadas las condiciones epidemiológicas durante los últimos meses de desarrollo de la investigación, no se logró la implementación del programa de capacitación para el desarrollo de una **Red Comunitaria de Promotores/as en Salud**. Sin embargo, se avanzó en entablar vínculos y firmar los compromisos necesarios para poder concretarlo durante el segundo semestre del año 2021. Para ello, se sostuvieron los vínculos con los/las referentes comunitarios/as que acompañaron en forma activa los diagnósticos comunitarios de cada barrio y se realizó un acta compromiso de trabajo entre la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco y la Universidad del Chubut, con el objetivo de implementar el programa de capacitación como parte de una acción más amplia de extensión universitaria. En este programa de extensión en el que continúa trabajando el equipo, nos proponemos promover el intercambio de experiencias, saberes y conocimientos entre las Universidades responsables y la comunidad de la provincia del Chubut para la promoción y fortalecimiento de redes y estrategias de cuidado de la salud y la salud mental en contextos críticos.

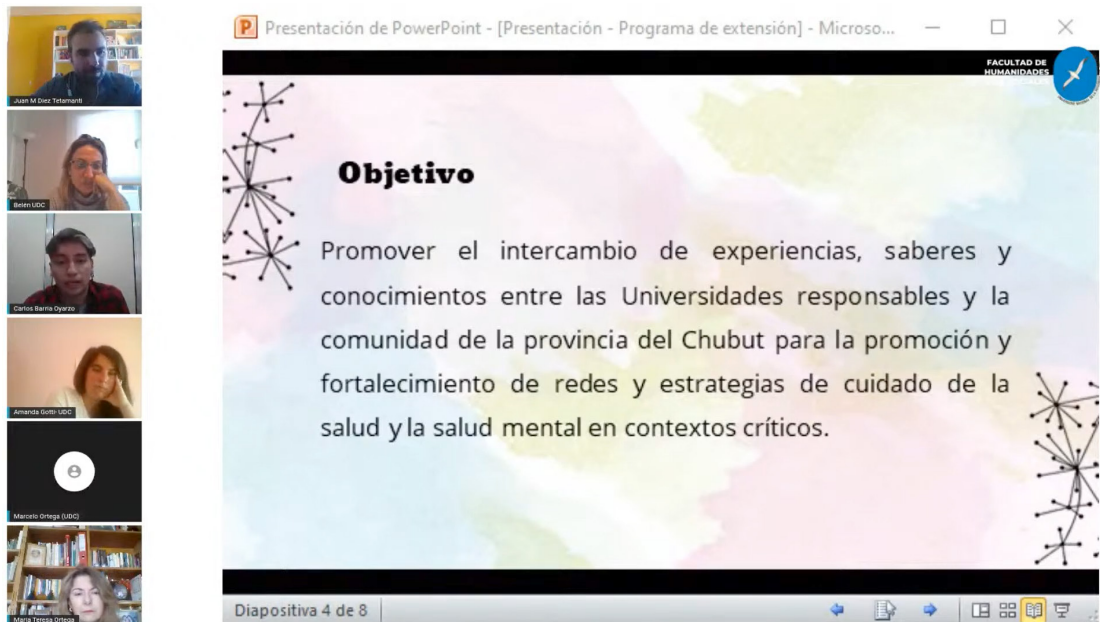


Foto: captura de pantalla de la presentación del Acuerdo de Cooperación entre la Universidad del Chubut y la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. A partir del mismo, se dio apertura al Programa de Extensión interinstitucional denominado "Programa Provincial de Promoción de la Salud en situaciones críticas: Praxis en Salud Social y Comunitaria en Chubut", el cual marca un momento histórico para la investigación-acción articulada entre las instituciones.

Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones tienen como propósito aportar a **fortalecer** los pilares de la estrategia de Atención Primaria de Salud en forma integral desde una mirada Social y Comunitaria en situaciones sanitarias críticas. Frente al impacto psicosocial que la pandemia por Covid-19 tuvo en personas trabajadoras del sistema de salud y de otras actividades esenciales y en los grupos en situación de vulnerabilidad psicosocial, la organización de redes de cuidado, tanto institucionales como comunitarias, se presenta como un horizonte a potenciar dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. En este contexto, las condiciones de vida y las condiciones materiales de trabajo son un aspecto clave a considerar como una condición estructural para el cuidado desde una perspectiva de derechos.

Aclaremos que la producción de conocimiento que se generó desde el proyecto en función de la reorganización del sistema sanitario por la situación de pandemia, retoma la perspectiva de personas trabajadoras así como de la población en general. Esto no implica una sistematización de los cambios operativos desarrollados desde el Ministerio de Salud, explicitados en el [Plan Operativo Provincial - Respuesta al Covid-19](#).

01. El trabajo en el sistema de salud

- Las transformaciones en las formas de trabajo en el sistema de salud que trajo aparejadas la situación de pandemia, produjo malestar subjetivo en las personas trabajadoras. Frente a esto se recomienda el desarrollo o fortalecimiento en el corto plazo de **espacios grupales de acompañamiento** para el cuidado de la salud mental, dentro del horario laboral, con el objetivo de propiciar la elaboración colectiva de los malestares. La utilización de medios tecnológicos es una herramienta que pueda implementarse. En el mediano plazo, es necesario incorporar sistemáticamente programas de cuidado a la salud de las personas trabajadoras del sistema, desde una concepción integral de la misma, entendiendo que el derecho al cuidado de las personas trabajadoras no está siendo debidamente contemplado.

- La reorganización del sistema sanitario frente a situaciones de emergencia, debe en lo posible evitar la **rotación de personal** y de funciones, atento a que constituye un factor estresor mientras que el propio equipo de salud es un factor protector en el cuidado a la salud mental.
- Es necesario fortalecer el **reconocimiento integral del trabajo** de los equipos de Atención Primaria de Salud con especial atención a la información cualitativa provista por las trabajadoras sobre los determinantes sociales de salud, evitando la reducción en referencia a aspectos exclusivamente de registro cuantitativo. En este sentido se hace necesario profundizar una perspectiva atenta a los determinantes sociales de la salud de las propias trabajadoras y de la población con la que trabajan.

02. Las condiciones de vida de la comunidad

- En relación a la población en general, se hace imprescindible la **garantía** de derechos humanos básicos y el acceso a servicios urbanos para la provisión de cuidados en contextos de emergencia sanitaria.

03. El derecho al cuidado

- Frente a situaciones epidemiológicas como las causadas por el Covid-19, es importante recuperar y promover estrategias de cuidado desde una perspectiva integral y comunitaria, más allá de las perspectivas hegemónicas y normativas sobre el cuidado vinculado a la bioseguridad en relación al virus. Complementariamente, recomendamos promover el **trabajo intersectorial** y la articulación con redes comunitarias, para acompañar formas de cuidado, que disminuyan efectivamente las diferentes formas de desigualdad.
- En el escenario actual es importante promover acciones y programas de acompañamiento de las situaciones de duelo que apunten a la **tramitación colectiva del malestar**. Sistematizar prácticas laborales en el sistema de salud protege a quienes realizan dichos acompañamientos en la actualidad con un alto grado de afectación subjetiva.

- A nivel poblacional, se debe jerarquizar y valorizar las **experiencias de cuidado comunitario** y la información con la que cuentan las organizaciones comunitarias para la implementación de políticas integrales atentas a la garantía de derechos.
- En relación a los modos de organización del trabajo y su impacto en la subjetividad de las personas trabajadoras, se destaca la **organización horizontal y democrática** del formato cooperativo como factor protector de la salud mental, la cual garantiza la toma de decisiones democráticas al interior de los equipos de trabajo atento a las singularidades de cada espacio.
- Se enfatiza la necesidad de promover políticas públicas que incorporen la participación activa de la **comunidad** en la toma de decisiones y en sus procesos de salud-enfermedad-cuidado. Se hace necesario el acompañamiento para el desarrollo del bienestar psicosocial de la población, su capacidad de organización y participación en contextos democráticos y de convivencia que permiten potenciar el bien común.

04. La comunicación como herramienta para la salud

- Se sugiere la incorporación de **prácticas comunicacionales con enfoque comunitario**, que aborden como componente lo afectivo e incorporen estrategias de cuidado en espacios de co-presencia, en medios sociales-comunitarios y en plataformas digitales. De la misma manera, cuando se trabajan recomendaciones de cuidado y protección para las personas trabajadoras y para la comunidad.
- En contextos de crisis y/o emergencia se debe priorizar la presencia efectiva en territorio de los **referentes institucionales** que garantizan articulación entre las políticas públicas y la población, como parte sustantiva de las redes de los espacios comunitarios.

Bibliografía

- Algranati, S.; Bruno, D.; Iotti, A. (2012). *Mapear actores, relaciones y territorios. Una herramienta para el análisis del escenario social*. Cuaderno de cátedra N° 3. Taller de Planificación de Procesos Comunicacionales. Facultad de Periodismo y Comunicación Social UNLP. pp. 1-21. Disponible: http://www.periodismo.undav.edu.ar/asignatura_cc/csb06_diseno_y_gestion_de_politicas_en_comunicacion_social/material/algranati1.pdf
- Baeza, B. (2013). *Trabajadores migrantes bolivianos y paraguayos en la construcción: Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina*. Trayectorias, vol. 15, núm. 37, julio-diciembre, 2013, pp. 31-52; Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=60728973002>
- Bedín Da Costa, L. (2019). *Cartografiar, otra forma de investigar*. Margen N° 94 – setiembre 2019. Online en: <https://www.margen.org/suscri/margen94/Bedin-94.pdf>
- Breilh, J (2010). *La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano*. Salud Colectiva, vol. 6, núm. 1, pp. 83-101. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 31(1). Ponencia presentada en: VIII Seminario Internacional de Salud Pública, Saberes en Epidemiología en el Siglo XXI. Universidad Nacional de Colombia.
- Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Rubin, G. J., & Greenberg, N. (2018). *A Systematic, Thematic Review of Social and Occupational Factors Associated With Psychological Outcomes in Healthcare Employees During an Infectious Disease Outbreak*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 60(3), 248-257. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001235>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & 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. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Carballeda, A. (2014). *Escenarios sociales, intervención y acontecimiento*. Capítulo 4, Cartografías en lo Social. Online en: <http://www.margen.org/epub/acontecimiento.pdf>

- Cénat, J. M., Mukunzi, J. N., Noorishad, P.-G., Rousseau, C., Derivois, D., & Bukaka, J. (2020). *A systematic review of mental health programs among populations affected by the Ebola virus disease*. *Journal of Psychosomatic Research*, 131, 109966. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109966>
- Ceraso, C. (2002). *Sembrando mi tierra de futuro*. Ediciones de la Unidad de Prácticas y Producción de Conocimiento de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social (UNLP), La Plata, Prov. de Bs. As.. Disponible: <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/planideportiva/wp-content/uploads/sites/10/2020/03/Manual-Sembrando-mi-tierra-de-futuro.pdf>
- Deleuze, G. e Guattari, F. 1996, 1997, 1998. *Mil Platôs*. São Paulo: Ed. 34.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). *Manual de investigación cualitativa (Vol. 1)*. Barcelona: Gedisa.
- Diez Tetamanti, J. (2018). *Cartografía Social, Teoría y Método*. Biblos. Buenos Aires
- Domínguez Lostaló, J. y Yago Di Nella (2009). *Desarrollo Humano en comunidades vulnerables: el método de la clínica de la vulnerabilidad psicosocial*. Serie Psicosocial 1. Editorial Koyatun.
- Haesbaert, R. (2013). *Del mito de la desterritorialización a la multiterritorialidad*. Conferencia Seminario permanente "Cultura y Representaciones sociales" presentada en el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. Año 8, N° 15, septiembre de 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v8n15/v8n15a1.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. Editorial McGraw Hill.
- Kaminker, S.; Laztra, C. (2015). *Asentamientos informales. Inmigración y política local. Experiencia urbana y segregación residencial en Puerto Madryn, Chubut*. En Toma de tierras y dificultades de acceso al suelo urbano en la Patagonia Central, coordinado por Santiago Bachiller, 259-286. Río Gallegos: Miño y Dávila.
- Fisher B y Tronto J. (1990). *Toward a Feminist Theory of Caring*. En: E. Abel y M. Nelson (ed.) *Circles of Care*. Albany, NY: SUNY Press, 36- 54.
- Freytes Frey, M. I., Veleda, M., Sosa, G., Bottini, A., & Nabergoi, M. (2019). *Las Cooperativas de Cuidados en la Argentina: una mirada desde la política pública*. Ciudadanía. Revista de Políticas Sociales Urbanas, (5).
- Martínez, V. P., Bellomo, C., San Juan, J., Pinna, D., Forlenza, R., Elder, M., & Padula, P. J. (2005). *Person-to-person transmission of Andes virus*. *Emerging infectious diseases*, 11(12), 1848–1853. <https://doi.org/10.3201/eid1112.050501>
- Martínez Salgado, C (2012). *El muestreo en investigación cualitativa*. Principios básicos y algunas controversias. Disponible: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/?lang=es>

- Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., ... 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). Recuperado de <https://catalyst.nejm.org/doi/abs/10.1056/CAT.20.0080>
- Nussbaumer, B.; Cowan Rios, C.; Lúcio de Oliveira, V; Brustolin, C.; Kunrath Silva, M. (2011). *Mediadores sociales*. En la producción de prácticas y sentidos de la política pública. Editorial CICCUS.
- OMS (1978). *Declaración de Alma Ata*.
- OPS (2020). *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19*.
- O'Sullivan, T., & Bourgoin, M. (2010). *Vulnerability in an influenza pandemic: Looking beyond medical risk*. Behaviour, 11, 16.
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., & Hernansaiz-Garrido, H. (2016). *Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version*. Psychological Assessment, 28(5), e101-e110. <https://doi.org/10.1037/pas0000191>
- Sociedad Argentina de Infectología (2019). *La secuenciación completa de genoma viral del brote de hantavirus en Epuayén confirma la transmisión persona a persona*. Boletines y Reportes SADI. <https://www.sadi.org.ar>

Sobre la accesibilidad digital en este libro:

La Editorial de 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.

Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco

Covid-19 en Chubut : Salud mental en personas trabajadoras de servicios esenciales y población en situación de vulnerabilidad psicosocial. Evaluación de estado de situación e intervenciones en redes : Informe Final : CHU 01 Covid Federal EX-2020-38902360 / dirigido por Marcela Inés Freytes Frey ; Juan Manuel Diez Tetamanti. - 1a ed. - Rawson : Universidad del Chubut, 2021.

Libro digital, PDF - (Investigaciones UDC. Salud Mental, cuidados y trabajo)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-46148-7-2

1. Estrés Psicológico. 2. Pandemias. 3. Trabajadores. I. Freytes Frey, Marcela Inés, dir. II. Diez Tetamanti, Juan Manuel, dir. III. Título.

CDD 362.0423



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



Este informe presenta los resultados finales del proyecto *“Covid-19 en Chubut: Salud mental en personas trabajadoras de servicios esenciales y población en situación de vulnerabilidad psicosocial. Evaluación de estado de situación e intervenciones en redes y dispositivos de cuidados”*, cuyo objetivo fue el de analizar el impacto en la salud mental, y otros aspectos psicosociales de los diferentes grupos de personas trabajadoras y grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad psicosocial; con el propósito de desarrollar e implementar estrategias para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de los mismos en la provincia del Chubut.

ISBN 978-987-46148-7-2

