

Salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS): Dispositivos de cuidado de equipos sanitarios de primera línea de respuesta telefónica ante COVID-19.

Mental health and psychosocial support (SMAPS): health care devices of first line telephone response to COVID-19.

Mario Alberto Dupont¹

Resumen

La salud mental del personal interviniente en primera línea de respuesta ante COVID-19, está bajo condiciones de estrés excepcional. Cada ámbito laboral, cobra sus propias características respecto a impactos psicosociales, niveles de afectación y cuidados necesarios. El trabajo dará cuenta del proceso y acciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS), cuyo principal objetivo fue detectar tempranamente el impacto psicosocial de los trabajadores, buscando mitigar la cronificación de sus consecuencias, ligadas al estrés y a las problemáticas del desgaste laboral. Las acciones fueron llevadas a cabo con un equipo de trabajadores sanitarios de intervención telefónica del Centro de Operaciones de Emergencias (COE) del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. La implementación temprana de dispositivos de cuidados en SMAPS, ha colaborado a reducir el impacto psicosocial en el equipo de trabajo; asimismo el fortalecimiento de los vínculos entre compañeros y coordinadores, han funcionado como principal "Soporte social", considerando que *"reestablecer la conexión, el lazo social arrasado por la irrupción del incidente crítico, permite ofrecer al afectado un marco de seguridad que pone un límite a la sensación de desvalimiento e indefensión"* (Bentolila S. , 2020).

Palabras clave

Cuidado de equipo - Salud mental - COVID-19.

Abstract

The mental health of the workers involves in the first line of response to COVID-19 is under conditions of exceptional stress. Each work environment has its own characteristics regarding psychosocial impacts, levels of affectation and necessary care. We try to show the process and actions of Mental Health and Psychosocial Support (SMAPS), whose main objective was to detect early the psychosocial impact of workers

¹ Dirección General de Salud Mental (DGSAM). Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Coordinador interino del "Programa de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en incidentes críticos, emergencias y desastres" DGSAM. GCBA. Coordinador del Servicio Asistencial de Psicopatología: Niños - Púberes - Jóvenes - Adultos. Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología. Maestrando en "Problemas y patologías del desvalimiento", UCES. Docente de Práctica profesional de grado en Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Correo de contacto: mdupont@psi.uba.ar

, seeking to mitigate the chronification of its consequences, linked to stress and the problems of work exhaustion. The actions were carried out with a team of telephone intervention health workers from the Emergency Operations Center (COE) of the Ministry of Health of the City of Buenos Aires. The early implementation of care devices in SMAPS has contributed to reducing the psychosocial impact on the work team; Likewise, the strengthening relationships between colleagues and coordinators has functioned as the main "social support", considering that " to restore the connection, the social bond devastated by the irruption of the critical incident, allows the affected person to be offered a security environment that sets a limit to the feeling of helplessness and defenselessness "(Bentolila S., 2020).

Key Words

Team care - Mental health - COVID-19.

Introducción

En el marco de las contingencias generadas por la irrupción del nuevo coronavirus SARS-CoV 2 y ante la declaración de pandemia por parte de la OMS, el presente trabajo dará cuenta del proceso, acciones y dispositivos en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS) implementados para el cuidado de personal sanitario de primera línea de respuesta telefónica ante COVID-19, en el ámbito público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Las acciones han tenido como principal objetivo detectar el impacto psicosocial² provocado por la pandemia en el personal sanitario, buscando intervenir preventivamente para evitar la cronificación de sus consecuencias ligadas al estrés y a las problemáticas del desgaste laboral.

Las intervenciones mencionadas han sido implementadas con equipos de "Personal sanitario de primera línea de intervención telefónica del Centro Operativo de Emergencias (COE) COVID-19" del Ministerio de Salud de la CABA.³

Los equipos tienen la función sanitaria de intervenir telefónicamente acorde a protocolos sanitarios oficiales, con personas afectadas por distintos niveles en la pandemia. *"La estrategia sanitaria y territorial tiene como ejes la prevención, detección, derivación, distanciamiento y tratamiento para aplanar la curva de contagios, cuidar a los vecinos y fortalecer el sistema de salud"* (GCBA, 2020b).

El presente artículo dará cuenta de las intervenciones realizadas, contextualizando las "respuestas mínimas" de SMAPS implementadas y procesos desarrollados desde mediados de marzo hasta la actualidad.

Historización del contexto actual

Los factores que determinan el impacto psicosocial ante un incidente crítico⁴, se relacionan con diversas variables, entre las que se encuentran

²Se entiende "por impacto psicosocial" a "los efectos que generan los desastres en el ámbito psicológico individual, familiar y social de las víctimas (afectados)". (OPS, 2006)

³ Dichas acciones han sido enmarcadas en el "Programa de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Incidentes críticos, Emergencias y Desastres" de la Dirección General de Salud Mental (DGSAM) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA).

⁴ Utilizamos la denominación "Incidente Crítico" para referirnos a "todo suceso potencialmente traumático, que irrumpe de un modo impensable, dejando en suspenso los mecanismos psíquicos que sostienen la vida cotidiana de las personas. Los Incidentes Críticos amenazan la integridad física y/o psicológica de las personas o comunidades en donde suceden, generando altos montos de estrés individual y colectivo". (Bentolila S., y Equipo, 2020)

"las condiciones de vida de la persona y el grado de deterioro de su ambiente físico y social; dependiendo de la naturaleza del evento, el entorno y las circunstancias, las características de la personalidad y la vulnerabilidad individual de los sobrevivientes" (OPS, 2006).

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, reconocen que *"las epidemias son emergencias sanitarias de gran impacto, en las que se ve amenazada la vida de muchas personas y pueden causar cantidades significativas de enfermos y muertos"*. El impacto psicosocial que producen, puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada, estimándose por ello, *"un incremento de la incidencia de trastornos mentales y manifestaciones emocionales, de acuerdo a la magnitud de la epidemia y el grado de vulnerabilidad de la población"* (OPS/OMS, 2016b)

La pandemia por COVID-19 es un incidente sin precedente que ha generado un elevado impacto psicosocial a nivel mundial. Marca su inicio en la declaración de la Comisión Municipal de Salud de Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019, en la que se mencionan casos de una «neumonía vírica» en la citada ciudad.

Tras haberse demostrado la transmisión viral entre seres humanos en Wuhan; expertos de la OMS, consideran que el brote constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional.

El 11 de marzo de 2020, *"profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad, por su gravedad, y por los niveles también alarmantes de inacción, la OMS determina en su evaluación que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia"* (OMS, 2020).

El primer caso confirmado de COVID-19 en la República Argentina, se dio a conocer el 3 de marzo de 2020, siendo informada por el Ministerio de Salud de la Nación, la primera muerte del país ocurrida en el Hospital Argerich de CABA el día 7 del mismo mes.

El 19 de marzo del corriente se declara y publica en Boletín oficial de la República Argentina el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), con el objetivo de *"evitar/disminuir la propagación de la pandemia, cambiando de modo drástico el funcionamiento socio-económico, vincular y de circulación en el país"*. (Ministerio de Salud-Argentina, 31/08/2020).

Simultáneamente el Ministerio de Salud del GCBA, implementó las medidas sanitarias necesarias para dar respuesta a la pandemia frente a la complejidad de la expansión del COVID-19 y su repercusión en el sistema de salud. El 4 de marzo, se crea el Centro de Operaciones en Emergencia (COE), cumpliendo el objetivo de *"funcionar como centro para el planeamiento, gestión y control de las políticas públicas necesarias para hacer frente a la pandemia"* (GCBA, 2020).

Dentro de las funciones del COE, da inicio a sus tareas un equipo operativo⁵, cuyos fines se han abocado inicialmente al acompañamiento y contención de contactos estrechos de casos confirmados de COVID-19. Este equipo, es quien motivó las intervenciones y con el que se han implementado acciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial.

Impacto psicosocial de la pandemia por COVID-19: Trabajadores de primera línea de respuesta

Diversas consecuencias en la Salud Mental de la población mundial a causa de la pandemia por COVID-19, han sido referidas por United Nations (2020), expresando que:

“Personas con escasos o sin antecedentes de haber padecido ansiedad y angustia, experimentan un aumento en el número e intensidad de estos padecimientos, y en algunos casos han desarrollado patologías de Salud mental; así como quienes padecen una condición preexistente, han experimentado un empeoramiento de su problemática, como una reducción en sus capacidades de funcionamiento habituales”.

United Nations (2020), describe dentro de las poblaciones vulnerables que corren mayor riesgo de impacto psicosocial, al personal sanitario que está en primera línea, las personas mayores, las mujeres, los adolescentes y los niños, los que padecen trastornos de salud mental preexistentes y las personas atrapadas en situaciones de conflictos y crisis, expresando que:

“Socorristas y trabajadores de primera línea, particularmente trabajadores en salud, juegan un papel crucial en la lucha contra el brote y salvando vidas. Sin embargo, están bajo condiciones de estrés excepcional, enfrentándose a situaciones extremas, sobrecarga de trabajo, decisiones difíciles, riesgos de infectarse y transmitir la infección a las familias y comunidades, y presenciando muertes de pacientes” (U. N., 2020).

Debido a la vulnerabilidad y exposición referida en esta población, se ha considerado en torno a los cuidados de las personas que trabajan en la respuesta contra COVID-19, que *“atender su salud mental y su bienestar psicosocial en estos momentos, es tan importante como cuidar su salud física” (OPS, 2020)*. Del mismo modo, que *“mantener una buena salud mental y lidiar con el estrés del personal durante la respuesta, ayudará a que estén mejor preparados para cumplir sus funciones” (OPS, 2020)*.

Por su parte, el informe de políticas sobre COVID-19 y Salud Mental :“Policy Brief: COVID-19 and the need for action on Mental Health” (Mayo 13, 2020), recomienda la necesidad inminente de *incluir la*

⁵ El equipo cuenta con la Coordinación Operativa de la Gerencia de Procesos de Soporte al Sistema de Salud, dependiente de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud de la CABA.

intervención de Salud Mental y Apoyo Psicosocial como acción esencial, en tanto mejora la calidad de programación de las acciones, mejora las habilidades de afrontamiento de las personas durante las crisis, reduce el sufrimiento y es un modo probable de acelerar la recuperación y reconstrucción de las comunidades, principalmente focalizando en las poblaciones vulnerables.

Marcos de Gestión e intervención en la respuesta ante COVID-19

Las intervenciones de *Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS)*, se enmarcan en los lineamientos del paradigma de Gestión Integral para la reducción del riesgo de Desastres (GIRRD)⁶, y el término compuesto "salud mental y apoyo psicosocial" (SMAPS) es utilizado por los organismos internacionales (IASC-OPS/OMS) en situaciones de Emergencias Humanitarias y Desastres para describir «*cualquier tipo de apoyo local o externo con miras a proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales*» (IASC, 2007).

La puesta en marcha de las "respuestas mínimas" necesarias en emergencias y desastres, son expresadas en la "Guía del IASC sobre SMAPS en Emergencias Humanitarias y Catástrofes"⁷ (2007). Es un valioso instrumento que:

"brinda las herramientas para posibilitar que quienes participan en acciones de ayuda humanitaria planifiquen, establezcan y coordinen un conjunto mínimo de respuestas multisectoriales para proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial de las personas que atraviesan por situaciones de emergencias y desastres".

Refleja los conocimientos adquiridos, así como un consenso entre los profesionales acerca de cuáles son las prácticas recomendables en emergencias y desastres. Actualmente, sobre la base de las "respuestas mínimas", los organismos internacionales (OMS/OPS/IASC), han desarrollado guías específicas para intervenir ante la pandemia por COVID-19.

⁶ Gestión Integral para la reducción del riesgo de Desastres (GIRRD), refiere "al proceso sistemático que integra la definición, prevención, mitigación y transferencia del riesgo, así como la preparación para desastres, respuesta en casos de emergencia y la rehabilitación y reconstrucción, con el objeto de atenuar los impactos de los desastres" (UNISDR, 2015).

⁷ La guía IASC (2007) "Se centra, sobre todo, en la puesta en práctica de "respuestas mínimas", (que no necesariamente deben en todos los casos ser aplicadas en su totalidad), aunque sí imprescindibles y de alta prioridad que deberían ser puestas en marcha tan pronto como sea posible, indicando estrategias concretas de salud mental y apoyo psicosocial que han de considerarse antes y después de la etapa de emergencia aguda". Como principios fundamentales sostiene: 1. Derechos humanos y equidad, 2. Participación, 3. Ante todo, no dañar, 4. Aprovechar los recursos y capacidades disponibles y 5. Sistemas de apoyo integrados.

IASC (2020) presentó una "Nota informativa provisional" acerca de *"Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19"*. Dentro de los "Principios generales para una respuesta de SMAPS al COVID-19", refiere que las respuestas de SMAPS deben basarse en el contexto, cuidando de no disociar las cuestiones existentes y actuales dentro de esa comunidad. Entiende que *"los enfoques de SMAPS deben evolucionar y adaptarse a las necesidades de cada población afectada por el COVID19 y a los distintos momentos del brote"* (IASC, 2020).

Explicita que, entre otras poblaciones vulnerables, *"se debe atender y brindar apoyo a la salud mental y el bienestar de los trabajadores de primera línea. Los trabajadores de la salud, los identificadores de casos, los trabajadores encargados del tratamiento de los cuerpos de los fallecidos, así como gran parte del resto del personal y los voluntarios deben recibir SMAPS de forma continua tanto durante como después del brote"* (IASC,2020).

Indicando establecer una estrategia de SMAPS que asegure tratar:

"los miedos, estigmas, estrategias de afrontamiento negativas (como el abuso de sustancias) y otras necesidades identificadas en la evaluación, y que promueva las estrategias de afrontamiento positivas, propuestas por la comunidad, además de promocionar la colaboración estrecha entre las comunidades y los servicios de salud, educación y bienestar social".(IASC,2020).

Asegurándose de que haya:

"información precisa sobre el COVID-19 fácilmente disponible y accesible para los trabajadores de primera línea, los pacientes infectados con COVID-19, así como los miembros de la comunidad. La información debe incluir prácticas basadas en evidencia orientadas a prevenir la transmisión, cómo buscar apoyo sanitario, así como mensajes para promover el bienestar psicosocial" (IASC,2020)

Esta información, se encuentra entre otras de marcada importancia a la hora de pensar las intervenciones.

Acciones de Salud Mental y Apoyo Psicosocial con "Personal sanitario de primera línea de intervención telefónica del Centro Operativo de Emergencias (COE) COVID-19" del Ministerio de Salud de la CABA.

Las intervenciones aquí referidas, han sido iniciadas de modo espontáneo por el autor a partir de sus conocimientos y formación en SMAPS, y compartir azarosamente el espacio de trabajo con el equipo

mencionado, desde donde se ha visibilizado el impacto psicosocial en el mismo, y las respuestas necesarias para mitigar el impacto.⁸

Partiendo de tales observaciones, se hubo ofrecido colaboración a la Coordinación Operativa del Centro de Operaciones de Emergencias (COE) con el fin de dar curso a las intervenciones. Ante los consensos institucionales, se iniciaron acciones tendientes a cumplimentar "respuestas mínimas" para mitigar el estrés esperable ante el incidente crítico, en este caso reflejado por el impacto de la pandemia.⁹

A efectos de organizar el material, las acciones implementadas se han diferenciado en tres etapas, tomando en consideración para cada una de ellas, la ampliación en tareas y funciones de los equipos, aumento en la cantidad de recursos humanos, modificación de roles y cambios edilicios acordes a la progresión de la actividad desarrollada.

Tal diferenciación, es a efectos de orientar al lector y no pretende guardar un orden riguroso en las intervenciones implementadas.

Los desarrollos siguientes, dan cuenta de datos sociodemográficos y de labor de la población abordada, procesos de diagnósticos situacionales, emergentes de dichos diagnósticos, acciones y dispositivos implementados, y la evolución y respuestas de dichas intervenciones.

Primera etapa: Abordaje inicial en Salud Mental y Apoyo Psicosocial

La primera etapa ha sido desarrollada desde mediados de marzo de 2020 hasta mediados de abril del corriente. El equipo de personal sanitario se fue conformando secuencialmente con hasta veinticinco agentes de ambos géneros, entre 20 y 63 años, entre ellos personal jerárquico y administrativo de la Gerencia de coordinación operativa, personal contratado y con refuncionalización de tareas desde otros ministerios, jefaturas, secretarías y direcciones.

El "Equipo de Acompañamiento y contención de Contactos estrechos" (así denominado desde sus inicios), ha tenido como función cumplir con los objetivos de los "Protocolos de Manejo de Contactos

⁸ El espacio desde donde se iniciaron las actividades, formó parte de un dispositivo telefónico de guardia para contención psicosocial atendida por profesionales de Salud Mental, integrado al Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) del GCBA. Dicho dispositivo fue coordinado por la Dirección General de Salud Mental (DGSAM). En relación a las acciones a implementar se ha solicitado autorización a la DGSAM para intervenir y se han informado de las acciones recomendables.

⁹ A partir de dichas intervenciones, surge la propuesta por parte de la Dirección General de Salud Mental (DGSAM) de incluir al autor en la Coordinación interina y actualización del "Programa de Salud Mental, desastres y desarrollo" (2003), el cual acorde a los cambios de paradigma, se reformula y justifica conjuntamente con las autoridades de la DGSAM, y propone bajo la denominación "Programa de Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Incidentes Críticos, Emergencias y Desastres".

Estrechos de caso confirmado de Caso Positivo", labor llevada a cabo durante 12 horas diarias sin interrupción semanal, organizándose en dos turnos consecutivos de 6 horas.¹⁰ Las actividades se desarrollaron en una Sala de reuniones dentro del Ministerio de Salud, GCBA que fue provisoriamente acondicionada para tal fin.

Tras compartir el mismo espacio de trabajo y comenzar a observar el impacto psicosocial de la pandemia en trabajadores y trabajadoras, se realizó el primer diagnóstico de situación en materia de SMAPS, de modo espontáneo, considerándose necesario realizar un *"diagnóstico inicial ("rápido"), centrado en comprender los tipos de experiencias y la situación en ese momento de la población afectada"* (IASC, 2007)

En este caso fue gestionado a través de escuchas activas grupales y observación participativa directa; revelándose que la continua exposición de quienes realizaban los llamados, frente a los enojos, angustias, incertidumbre y temores de las personas en confinamiento, entre otras situaciones de índole personal; expresaban estados de hiperexcitación, manifestados a través de miedos, ansiedad e irritabilidad, crisis de angustia, llanto y enojos entre otros de menor prevalencia. Simultáneamente se fueron observando cambios en los modos de vinculación grupal, evidenciados a través de aumento en las discusiones y enojos entre sus integrantes.

El clima laboral circundante evidenciaba tensión y presión constante. Se hizo presente una elevada incertidumbre grupal, motivada por los cambios permanentes en los protocolos de trabajo y en la información sanitaria que se modificaba con rapidez.

Transcurridos los primeros días del ASPO, y debido al aumento de personas fallecidas por COVID-19, se agudizó en los contactos estrechos, el miedo y la ansiedad, lo que impactó de modo directo en el personal sanitario. A pedido de las trabajadoras y trabajadores, se comenzaron a realizar intervenciones telefónicas de contención verbal a contactos estrechos. (relevamientos y acciones, exceden los objetivos de este trabajo).

El impacto psicosocial relevado en el equipo, dio lugar a la necesidad inminente de implementar algún dispositivo de cuidados, y el primero con el cual se intervino, ha sido denominado por sus integrantes: "Parate".

¹⁰ La tarea principal, fue acompañar a Contactos estrechos COVID-19 durante 14 días, realizando dos llamados diarios a cada persona, informando qué síntomas deberían ser tenidos en cuenta y qué acciones tomar ante su aparición; indicando claras pautas preventivas y activando dispositivos sanitarios de ser necesario. Entre la población contactada se encuentran personas con COVID-19, contactos estrechos asintomáticos y sintomáticos de casos positivos de COVID-19, comunidades vulnerables y personal sanitario afectado por COVID-19, entre otros.

La consigna inicial de dicha intervención fue la siguiente: Se invitó a cada integrante a presentarse en el grupo diciendo su nombre, profesión o función y de qué área provenía, pudiendo de acuerdo a su posibilidad y decisión, expresar sus sentimientos en relación a la pandemia y a la actividad que se encontraba realizando en el equipo. Asimismo, se les solicitó que pudieran resumir en dos palabras su sentir, y expresar si quisieran un aporte positivo al grupo.

El objetivo de tal intervención, estuvo dirigida a poner un límite a la tarea, en pos de mitigar de forma temprana la cronificación de las consecuencias ligadas al estrés, propiciando un espacio de expresión verbal y emocional, donde proveer de una escucha activa, contención verbal, así como "despatologizar" las reacciones emergentes del grupo, dado que *"la mayoría debe entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto"* (OPS, 2006) ante un incidente crítico.

El intercambio, también permitió que sus integrantes se conocieran, pudiendo compartir y socializar sus vivencias personales, así como dar inicio a la generación de estructuras de apoyo psicosocial, propiciando mecanismos de cohesión y solidaridad. Cabe recordar que los y las integrantes, conformaban un grupo heterogéneo proveniente de diversas áreas. El espacio se abrió a cumplir función psicoeducativa e informativa respecto de COVID-19, en el que se reforzaron pautas de autocuidado a todo el personal.

Durante las intervenciones grupales, han quedado a la luz, diversos indicadores de impacto psicosocial.

Las expresiones y comentarios reflejaban a diario el malestar generado por la pandemia. Cansancio, temor a ser aislados, miedo a enfermarse y morir, incertidumbre frente al escaso conocimiento de la infección y posibilidades de tratamiento, escasas herramientas del personal para abordar la tarea de contención psicosocial, imposibilidad de desconectarse del trabajo o tomarse un día de descanso, preocupación por la salud de sus familiares y viceversa, como por la necesidad de verlos y no poder hacerlo, entre otras de menor frecuencia.

En contrapartida, apareció en el equipo, sentimiento de bienestar por el agradecimiento de algunas personas que al ser contactadas, refirieron sentirse acompañadas. Asimismo, el saberse realizando una tarea con fines solidarios y comunitarios, generaba a sus integrantes, sentimientos de bienestar. Factores de riesgo psicosocial y factores protectores, han podido visualizarse simultáneamente en el equipo.

En los "parates", se repitieron diversas palabras que daban habida cuenta del impacto psicosocial, así como de las fortalezas de sus integrantes. La palabra más repetida en los distintos encuentros ha sido "incertidumbre" y "miedo", seguida de otras como: "desesperación", "compromiso", "respeto", "entusiasmo con la tarea", "motivación", "cansancio", "angustia", "mucho angustia", "nerviosismo", "caos", "compañerismo", "satisfacción por la tarea", "orgullo", "valentía" ("de estar acá"), "agradecimiento", "amor", "pasión", "preocupación" y "solidaridad" entre otras.

El objetivo al solicitar esas palabras, ha estado dirigido a que cada integrante luego de conectarse con sus emociones y afectos, o no (placenteros, displacenteros o desestimados), pudiera acotarlos y "registrarlos" simbólicamente. El pedido de proferir un mensaje positivo al grupo, tuvo como intención recibir un aporte entre pares, que llevara un mensaje esperanzador al grupo. Frente al desborde emocional de alguno de los integrantes, eran sus propios compañeros quienes también se ocupaban de la contención.

Como las necesidades no solo se limitaban a abordar las causas que generaban el distres, sino también a abordar las emociones estresantes, simultáneamente llevó a implementar otras actividades, abriéndose espacios breves de estiramiento y relajación (Cuencos y ejercicios de respiración y otros) durante la jornada laboral.

Se buscó limitar todo tipo de información visual que pudiera generar estrés a las y los trabajadores, sobre todo aquella que provenía de pantallas de SAME, que actualizaba en forma permanente el paso a paso de la pandemia.

Asimismo, y en la medida que lo solicitaron, se ofrecieron espacios individuales de escucha y contención.

A partir de la implementación de los dispositivos referidos hemos podido observar algunos cambios: se observó una disminución en la frecuencia de las crisis emocionales del personal, generaron una mayor sistematización de los tiempos de descanso, y hubo disminución en la frecuencia de conflictivas grupales. Han expresado de modo recurrente y general, la importancia y necesidad de sostener el dispositivo "Parate" y el sentimiento de mejoría frente a la posibilidad de expresar lo vivido y compartirlo grupalmente.

Segunda etapa: Acerca del proceso de acompañamiento

El segundo momento en el proceso de acompañamiento, tuvo lugar desde mediados de abril hasta principios de julio del corriente, tiempo en que el equipo alcanzó un total de aproximadamente ciento cincuenta integrantes, quienes llevaban a cabo para este momento, mil llamados diarios. El equipo estuvo conformado por personal de la Gerencia de coordinación, personal contratado y agentes en comisión de servicios de otros ministerios, jefaturas, secretarías y direcciones provenientes, algunos de la primera etapa.

En la necesidad de unificar las funciones y actividades del Centro de Operaciones de Emergencias (COE), el aumento de personal y requerimiento de mayor espacio para desarrollar las tareas; llevó al GCBA a la construcción de un edificio de dos pisos (ubicado dentro del predio del Ministerio de Salud) que contó con espacios funcionales y el equipamiento técnico necesario para el cómodo cumplimiento de sus funciones.

Las actividades de los equipos han estado regidas y guiadas por los protocolos oficiales emitidos por el Ministerio de Salud de la Ciudad, que se gestaban y modificaban con gran premura.

La articulación intersectorial e interdisciplinaria comenzó a cobrar fuerte prevalencia en las tareas, así como un aumento en las actividades de gestión telefónica y en terreno, y constitución de nuevos equipos.¹¹ Se sumó a la actividad, personal de voluntariado de la UBA (Universidad de Buenos Aires), profesionales de medicina a quienes relocalizaron hacia el Ministerio de Salud, y profesionales de medicina contratados que se sumaron a la actividad. El aumento en el personal, y las presiones que iban en aumento, llevo a poner mayor foco en los cuidados que deberían implementarse, así como los medios para llevarlos a cabo, se irían complejizando.

Agentes de ambos géneros de entre 19 y 64 años de edad, formaron parte de los equipos. Entre ellos, profesionales extranjeros que habían llegado al país por corto tiempo y no pudieron regresar debido al cierre de fronteras.

En esta etapa, parte del personal de trabajo telefónico, comenzó a cumplir tareas de coordinación, transmitiendo y multiplicando su saber a sus nuevos compañeros, rol para muchos aún desconocido.

En esta segunda instancia, el Diagnóstico situacional se realizó a partir de la escucha activa grupal, entrevistas semidirigidas a referentes de medicina (informantes claves) y a través de la implementación de grupos de whatsapp, con algunos equipos con fines diagnósticos, y en otros también con el fin de impartir herramientas para el autocuidado.

Los diagnósticos han sido permanentes y dinámicos, por momentos obstaculizados por la velocidad de los cambios. Las necesidades del equipo superaban en todo momento las herramientas y recursos humanos disponibles, y la creciente presión laboral complejizaba las intervenciones.

La creatividad de las intervenciones en todo momento se sustentaban en el apoyo de las Guías de gestión (IASC,2007) y en espacios de supervisión y acompañamiento profesional.

Se hacía necesario adaptar rápidamente, a este nuevo desafío, las respuestas mínimas que aquellas guías expresaban. Las reacciones esperables grupales y algunas individuales, por momentos generaban un elevado monto de estrés y sentimientos de frustración frente a la incomprensión o desvalorización del trabajo que se venía realizando.

De la evaluación diagnóstica de situación, se relevó que:

¹¹ Los equipos comienzan a clasificarse acorde a sus funciones, quedando conformados del siguiente modo: "Equipo de Acompañamiento y contención de Contactos Estrechos y Seguimiento de Altas Institucionales", "Equipo de Acompañamiento y contención de contactos estrechos en comunidades vulnerables" y "Equipo profesional de Investigación Epidemiológica para estratificación de riesgo COVID-19" (Comunidad general y vulnerable; Personal de Salud).

El cambio de lugar físico de trabajo y aumento de actividades, trajo aparejada la integración con otros equipos de trabajo. Estos equipos ya cohesionados, por compartir actividades con antelación y conocerse de otras áreas de trabajo, se han mostrado resistentes a las intervenciones y a la integración con nuevos compañeros.

A partir del aumento estadístico de casos positivos por COVID-19, las modificaciones a diario en los protocolos sanitarios y en las consignas de trabajo; se observó un marcado incremento en el malestar y ansiedad grupal, expresada principalmente por no disponer de períodos de adaptación suficientes, frente a la vorágine que la realidad laboral proponía.

La incertidumbre y el temor por compartir espacios comunes, con integrantes que también trabajaban en áreas críticas hospitalarias o Unidad de febriles (UFU), generó un aumento en el temor al contagio, manifestándose en ansiedad, quejas y enojos. Esto se vio impactado en cambios de humor y generó conflictivas grupales entre compañeros, así como reclamos hacia la coordinación. Se incrementó en determinados grupos profesionales, el pedido del trabajo a distancia justificado por el temor al contagio y el sentimiento de inseguridad.

El diagnóstico de personas con COVID-19 en el ámbito laboral (inicialmente lejos de sus zonas de trabajo y luego dentro del equipo), generó estados de marcada ansiedad grupal e impacto psicoemocional en algunos de sus integrantes.

Durante la realización de los llamados, se suscitaron episodios que han generado elevados montos de angustia, tras ser atendidos por familiares de personas recientemente fallecidas. La angustia del familiar y la expresión inesperada de la noticia, ha impactado en la mayoría del personal de modo negativo, generando en algunos casos elevados montos de ansiedad, llanto y hasta abandono intempestivo del puesto de trabajo. Se ha generado en algunas personas temor a continuar con la tarea.

Debido a que la actividad fundamentalmente era de orden epidemiológica, se observó dentro del equipo, la aparición de sentimientos de impotencia, culpa y desvalorización del acto profesional. Específicamente esto apareció en médicos y médicas, tras no identificarse en la tarea, debido a no realizar un acto asistencial y no reconocer el valor sanitario de su accionar.

En quienes se encontraban cumpliendo funciones desde el principio de la pandemia, se mostró un marcado agotamiento físico y emocional. En esta etapa se sumó al trabajo de SMAPS una profesional psicóloga y el apoyo de otras colegas.

Acerca de las capacitaciones y acciones implementadas

A partir de los relevamientos, se tornó necesario proveer de herramientas claves que ayuden a optimizar la tarea a los trabajadores y acotar el estrés. Por tal motivo, se formalizaron capacitaciones teniendo en consideración que *"situaciones de estrés sin entrenamiento y capacitación nos puede llevar hacia respuestas improvisadas"* (Bentolila S., 2019).

Tales intervenciones tenían por objetivo otorgar herramientas operativas, así como aportes de SMAPS y Primera Ayuda Psicológica (PAP)¹², entendiendo que para el acompañamiento de contactos y pacientes, *"el apoyo psicosocial no sólo consiste en la atención por parte de los servicios de salud, sino que implica la consideración de soportes múltiples, entre ellos el apoyo comunitario y familiar (. . .)." (OPS, 2016).*

Para dar lugar a que se favorezca la apropiación ética y conceptual de pautas de SMAPS, se propició un espacio de intercambio con la coordinación operativa del COE, donde se compartió material de protocolos internacionales de SMAPS y PAP. (OPS/OMS/IASC).

De la elaboración conjunta entre el equipo de coordinación operativa y aportes interdisciplinarios consensuados, sumados a la coordinación de SMAPS, surgieron las siguientes pautas para la capacitación.

Como claves principales para la comunicación con la comunidad, se propusieron los siguientes conceptos: *"Escuchar, Informar y Acompañar"*. Estableciendo que, una *"Red integral de cuidado continuo"*, *permite dar inicio a percibir, identificar y gestionar las necesidades de las personas que acompañan"*.

Se propuso una **Escucha** empática que permitiera *el desahogo emocional, dando espacio al silencio.*

Informar transmitiendo *información oficial, clara, oportuna y actualizada para generar calma y confianza. Informar de manera clara, sencilla y concreta. Corroborar que la persona haya comprendido lo transmitido.*

Acompañar *en la búsqueda de disminuir el sentimiento de soledad, ansiedad e incertidumbre. Buscando aumentar las posibilidades de colaboración con las medidas de prevención". "Respetando la privacidad y manteniendo la confidencialidad"*.

Los coordinadores y coordinadoras, formaron parte activa en las capacitaciones de profesionales recientemente integrados. También se compartieron "Guías de habilidades psicosociales" (IASC, 2020) con recomendaciones para el autocuidado de los trabajadores a través de grupos de whatsapp, así como pautas de cuidado humanitario.

¹² La Primera Ayuda Psicológica (PAP) no es algo que solo puedan hacer los profesionales y refiere a *"una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda "*. Teniendo en cuenta que: *"No es asesoramiento profesional y aunque en la PAP supone estar disponible para escuchar las historias de las personas, no se trata de presionarlos para que cuenten sus sentimientos y reacciones ante la situación" (. . .)" Los tres principios básicos de actuación de PAP son observar, escuchar y conectar; estos principios sirven de orientación a la hora de contemplar una situación de crisis y de adentrarse en ella, a acercarse a los/as afectados/as y entender sus necesidades y a ponerles en contacto con apoyo e información prácticos"*(OMS, 2012).

El material impartido, generaba interés y preguntas en los trabajadores, así como calma frente a las nuevas herramientas.

Como modalidad práctica y de entrenamiento, se establecieron espacios de "Role Playing" en pos de "utilizar metodologías de aprendizaje que faciliten la aplicación inmediata de lo aprendido" (IASC, 2007). Se brindaron pautas de alarma en salud mental para dar lugar al pedido de intervención inmediata a profesionales especializados. Se ofertó activamente el número del Programa Salud Mental Responde¹³ de la DGSAM.

Se continuó con los "Parates", que tras el aumento de integrantes y las medidas de seguridad sanitarias que el Ministerio fue indicando, se implementaron en espacios de Grupos reducidos de entre 5 y 8 personas, cumpliendo los objetivos de Acompañamiento y apoyo grupal durante la tarea.

En esta etapa, se dio inicio a la implementación del test rápido para anticuerpos para COVID-19 en el personal sanitario, lo que también generó ansiedades, así como temores y expectativa angustiosa frente a la espera de resultados, tanto como ante la evidencia que algún compañero fuera separado del grupo, por recibir su diagnóstico positivo.

Las intervenciones en esta etapa, estuvieron focalizadas en trabajar grupalmente en pos de fortalecer la autoestima del personal sanitario, haciendo hincapié en resaltar y reconocer el valor profesional y comunitario de la función realizada, buscando mitigar la desvalorización emergente.

Se puso especial cuidado a profesionales extranjeros que expresaban miedo por la salud de sus familiares yacentes en sus países de origen, algunos graves a causa de COVID-19. Se visibilizaron aspectos de vulnerabilidad en el personal femenino, referente a la hora de salida y sus riesgos, así como necesidades en el cuidado de sus hijos. Se contemplaron cambios horarios acorde a las necesidades.

Se implementaron intervenciones de actividades físicas en espacios abiertos (a la intemperie), que no solo permitiera tramitar el estrés, sino que también ayudará a fortalecer el conocimiento y vínculo entre pares. Se abrieron espacios de esparcimiento grupal y lúdicos gestados a partir de sus mismos integrantes.

Las acciones fueron llevadas a cabo en una articulación permanente con diversos actores sociales, profesionales, que aportaron sus habilidades y conocimientos; así como profesionales de Salud Mental de distintas áreas (entre ellas la colaboración del equipo de contención psicosocial de SAME –DGSAM) e integrantes del equipo que cumplían funciones de operación telefónica. Se dio soporte activo de Salud

¹³ Este programa, dispone de "una línea de atención telefónica gratuita y es un modo de comunicación de fácil acceso y pronta respuesta para profesionales, instituciones y vecinos de la Ciudad. Permite acceder a una evaluación interdisciplinaria por salud mental y a información u orientación hacia los recursos disponibles más adecuados para su problemática". (GCBA)

Mental telefónicamente a personas con situaciones vulnerables, solicitado por los trabajadores de los distintos equipos.

Impacto de las intervenciones

A partir de las intervenciones, pudo observarse que trabajadores y coordinadores, fueron integrando y dando valor a las actividades de SMAPS, reconociendo la importancia y necesidad de su implementación. Organizaron y pegaron carteles con mensajes que decían "Esto va a pasar", "No estamos solos" entre otros mensajes esperanzadores.

Mejoraron los vínculos grupales, disminuyeron ansiedades y reconocieron tener más herramientas para el abordaje de la tarea, lo que disminuyó en gran medida el estrés. Integraron recursos en la intervención de PAP y en la evaluación frente a la necesidad de derivación especializada en Salud Mental. Se sostuvo una mejora en los vínculos y se generó un buen clima laboral y de solidaridad. Los coordinadores y coordinadoras de equipos, comenzaron a formar parte activa de las actividades de cuidados, quienes integraron y transfirieron al nuevo personal las pautas éticas de SMAPS y PAP. Se comienza a vislumbrar la importancia y el apoyo del vínculo de pares expresado en "nos sentimos como en familia" (sic). Han referido "sentirse cuidados", expresando que ese bienestar los llevaba a desarrollar con mayor tranquilidad la tarea, del mismo modo que se evidenció un fuerte compromiso de trabajo. El equipo comprendió el concepto de "reacciones esperables antes situaciones de estrés", "despatologizando" la idea habitual de "síntomas o trastornos".

Tercera etapa: en la construcción del cuidado

La tercera y última etapa de Intervención, se inició desde principios de julio hasta la actualidad (diciembre 2020) y continúa. El aumento en las estadísticas de casos positivos de COVID-19, incrementó aún más la necesidad de sumar recursos humanos, requiriendo de espacios de mayor amplitud para llevar a cabo la tarea. Debido a esto, el área operativa del COE, se trasladó a oficinas del GCBA de la zona de Abasto (CABA). La distribución del espacio de trabajo, está condicionado como central de llamadas, con espacios para reuniones y actividades administrativas, repartidos en tres pisos, cada sector con actividades diferentes.

En esta etapa, el personal sanitario llegó a un total aproximado de doscientas cincuenta personas de ambos géneros entre 19 y 57 años, de diversas nacionalidades, profesiones y funciones. Este momento, fue uno de los de mayor rotación de personal. Algunas referidas al reintegro a sus tareas de origen, y en otros

motivado por la adjudicación de residencias concursadas de la carrera profesional. Asimismo, se han integrado nuevos profesionales durante varias etapas en este periodo.¹⁴

El personal inicialmente cumplió funciones en los "Equipos de Acompañamiento y contención de Contactos Estrechos Sintomáticos", y "Equipos de Investigación Epidemiológica para estratificación de riesgo COVID-19" (Actualmente se han implementado nuevas tareas, dados los cambios y necesidades sanitarias vigentes). En esta etapa, la tarea de "acompañamiento y contención de contactos estrechos", ha sido desafectada de estos equipos.

Al Equipo de Investigación Epidemiológica se han sumado, profesionales de distintas áreas, entre ellas, personal médico de Subsecretarías no pertenecientes a salud, especialistas en Nutrición, y profesionales de salud del área: medicina, enfermería, odontología y psicología; quienes han recibido capacitación intensiva a su ingreso por un equipo especializado, donde los y las coordinadoras han tenido fuerte protagonismo. Se consolida en esta etapa, el "Equipo de coordinación y liderazgo": al que se suma el equipo de SMAPS.

Se postuló necesario en esta etapa y debido al aumento de trabajadores, mayor sistematización para llevar a cabo un "*diagnóstico detallado de la situación, centrado en comprender cómo apoyar a la población afectada*" (IASC, 2007). Motivado por los relevamientos iniciales, la necesidad de identificar claramente las conflictivas y fortalezas actuales, y sistematizar la información en "*diagnósticos de situación en materia de salud mental y apoyo psicosocial*" (IASC, 2007); se diseñó e implementó de manera participativa a mediados de agosto, un cuestionario de participación ANÓNIMA Y VOLUNTARIA sobre "*Impacto Psicosocial en trabajadores de intervención telefónica del Centro Operativo de Emergencias (COE): COVID-19*".¹⁵

¹⁴ Las funciones son cumplidas en horarios de lunes a lunes de 9 a 21 hs, organizados en distintos grupos (de lunes a viernes en turnos de 6 horas, y sábado, domingo y feriado del mismo modo).

¹⁵ Participaron voluntariamente de la encuesta ciento noventa y nueve personas de un total aproximado de doscientas cincuenta. En dicho instrumento se relevaron: Datos básicos tales como edad, género, nacionalidad, grupo de convivencia; datos profesionales: área de desempeño, función, profesión/Área de idoneidad, otras áreas de trabajo, tiempo de trabajo y descanso. Clima laboral y Apoyo Psicosocial. Identificación de áreas positivas y negativas percibidas por los profesionales. Relación con la tarea y el espacio; Reconocimiento profesional, Apoyo de pares y de la coordinación, percepción de cuidado por parte de superiores, necesidad de espacio SMAPS, Claridad en pautas de trabajo. Sugerencias de mejora, Obstáculos en la Tarea. Interacción con el Contexto Actual (Pandemia): Tiempo trabajado en la pandemia, Vínculo con COVID-19 (haber sido Contacto Estrecho de COVID-19, haber tenido COVID-19, haber perdido un allegado por causa de COVID-19). Situaciones traumatogénicas (Previas, afectación en la tarea, Percepción de estigma o discriminación, temor a la infección propia o de la familia). "Reacciones esperables ante situaciones estresantes" (Documento original RED PROSAMIC). La implementación de esta última cuenta con veinticinco ítems descriptivos de las "*Reacciones esperables ante situaciones estresantes*", dando opción a las siguientes frecuencias: Nunca, Rara vez, frecuentemente y muy frecuentemente), más un campo optativo para comentario libre.

El instrumento fue diseñado tomando en consideración datos relevados en etapas anteriores de "impacto psicosocial" y fortalezas, así como las necesidades que se fueron relevando en los "parates" y el intercambio cotidiano de esta nueva etapa. El instrumento se implementó mediando agosto.

Resultados de la implementación diagnóstica

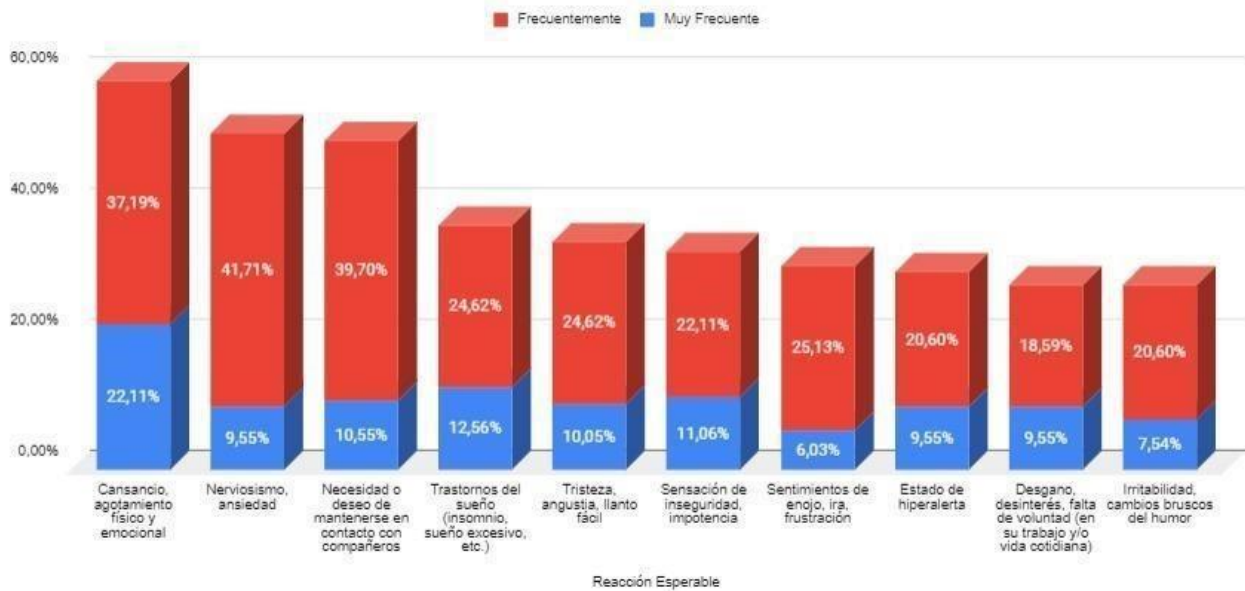
De los resultados relevados a partir del instrumento, se exponen en esta instancia las variables de mayor relevancia, que dieron lugar a la planificación de nuevas intervenciones, así como al conocimiento de las áreas de mayores fortalezas y conflictos en los equipos.

Del total de participantes (n =199), el 72, 36% correspondió al género femenino y el 27, 64% al masculino. El 70, 35% del personal de nacionalidad argentina y el 29, 65% extranjeros. El 68, 84% correspondió a entrevistadores del Equipo de Investigación Epidemiológica, y el 14, 07% a Entrevistadores en Seguimiento de Contactos estrechos sintomáticos. El 43, 21% son profesionales de medicina, el 16, 08% de odontología, el 8. 04% Lic. En Psicología, el 6. 03% Lic en Nutrición, y el 26, 64% corresponden a otras profesiones y áreas de idoneidad.

Los resultados siguientes, muestran la incidencia de las distintas "Reacciones esperables ante situaciones de gran significación o impacto" (OPS, 2006) que ocurrieron al personal de salud de intervención telefónica del COE al momento de su implementación (En la suma de sus frecuencias: "Muy Frecuentemente y Frecuentemente"). El gráfico da cuenta de las diez "reacciones" de mayor prevalencia en ambos géneros (n =199): 59, 3% del personal refiere "Cansancio, agotamiento físico y emocional", 51. 26 % "Nerviosismo o ansiedad", 50. 25 % "Necesidad o deseo de mantenerse en contacto con compañeros", 34, 67% "Trastornos del sueño" (Insomnio, sueño excesivo, etc.), 37, 18% "Tristeza, angustia, llanto fácil", 33. 71% "Sensación de inseguridad e impotencia", 31. 16 % "Sentimientos de enojo, ira y frustración", 30, 15% "Estado de hiperalerta", 28, 14% "Desgano, desinterés, falta de voluntad" (en su trabajo y vida cotidiana) y el 28, 14% "Irritabilidad y cambios bruscos de humor". **(Gráfico n° 1)**

Gráfico n° 1

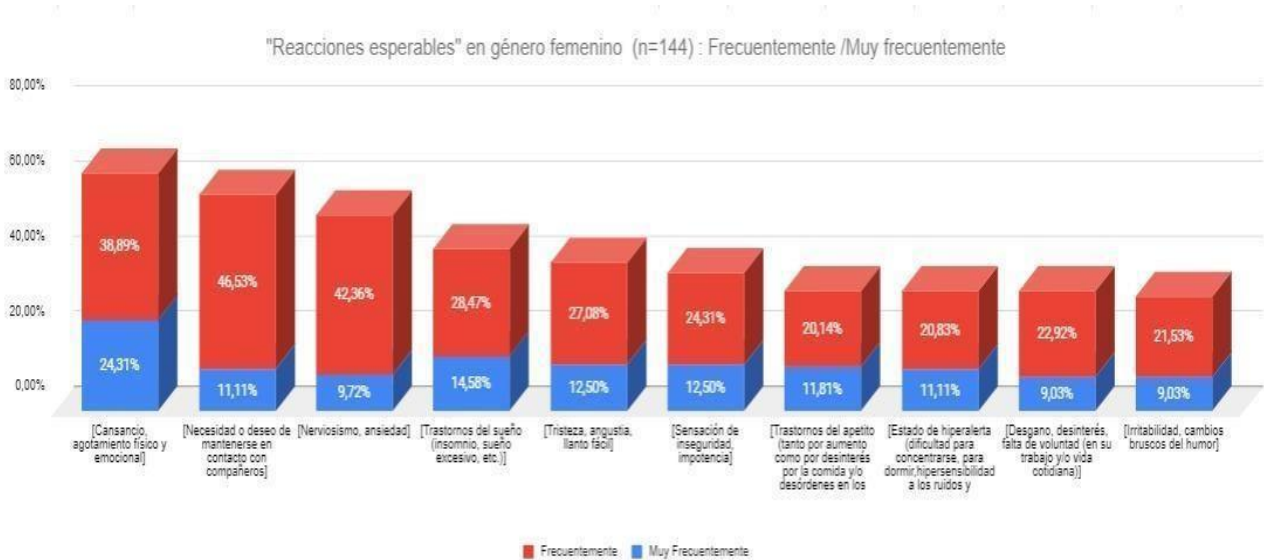
Muy Frecuente y Frecuentemente



Disociando las reacciones esperables por género, se observan diferencias significativas, con un mayor porcentaje en el nivel de afectación de la población femenina.

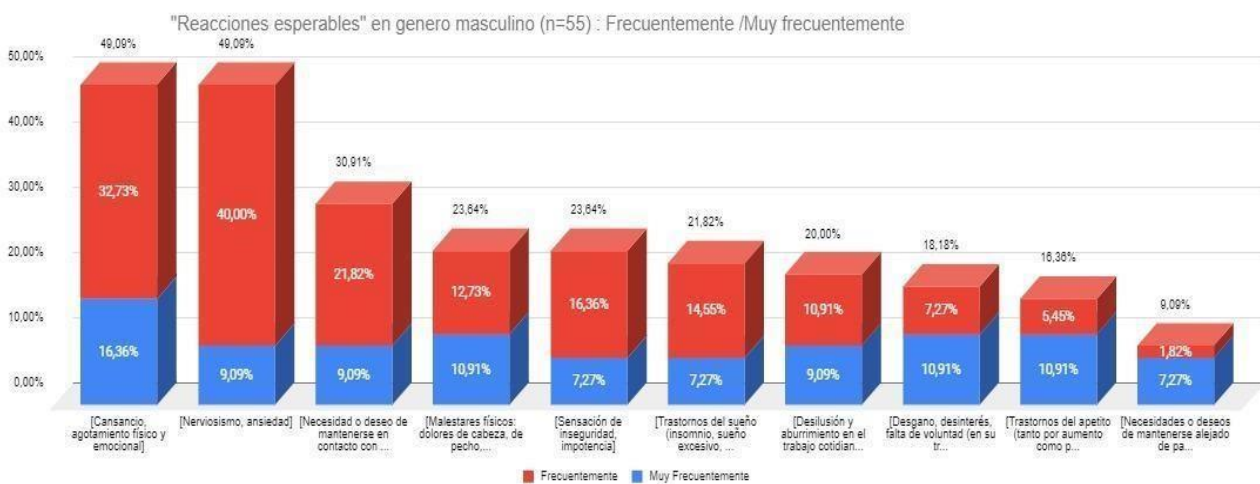
Las diez "reacciones esperables" de mayor prevalencia en el género femenino (n=144) han sido las siguientes: El 63, 2% de las trabajadoras, expresa (Frecuentemente y muy frecuentemente) "Cansancio, agotamiento físico y emocional", 57, 64% "Necesidad o deseo de mantenerse en contacto con compañeros", 52, 08% "Nerviosismo o ansiedad", 43, 05% "Trastornos del sueño" (Insomnio, sueño excesivo, etc.) y 39, 58% "Tristeza, angustia, llanto fácil", 36, 81% "Sensación de inseguridad e impotencia", 31, 95% "Trastornos del apetito", 31, 94% "Estado de hiperalerta", 31, 95% "Desgano, desinterés y falta de voluntad" y el 30, 56%, "Irritabilidad y cambios bruscos de humor". (Gráfico n° 2)

Gráfico n°2



En la población masculina (n=44) según lo expresado, las diez "reacciones esperables" de mayor prevalencia (en la suma de frecuencias: frecuentemente y muy frecuentemente) han sido las siguientes: El 49, 09% de los trabajadores, refiere "Cansancio, agotamiento físico y emocional", 49, 09% "Nerviosismo o ansiedad", 30, 91% "Necesidad o deseo de mantenerse en contacto con compañeros", 23, 64% "Malestares físicos", el 23, 63% "Sensación de Inseguridad e Impotencia", 21, 82% "Trastornos del sueño", 20, 00 % "Desilusión y aburrimento en el trabajo cotidiano", 18, 18% "Desgano, desinterés, falta de voluntad", 16, 36% "Trastornos del apetito", y el 9, 09% expresó "Necesidades o deseos de mantenerse alejado de pares y/o superiores" (Gráfico n°3)

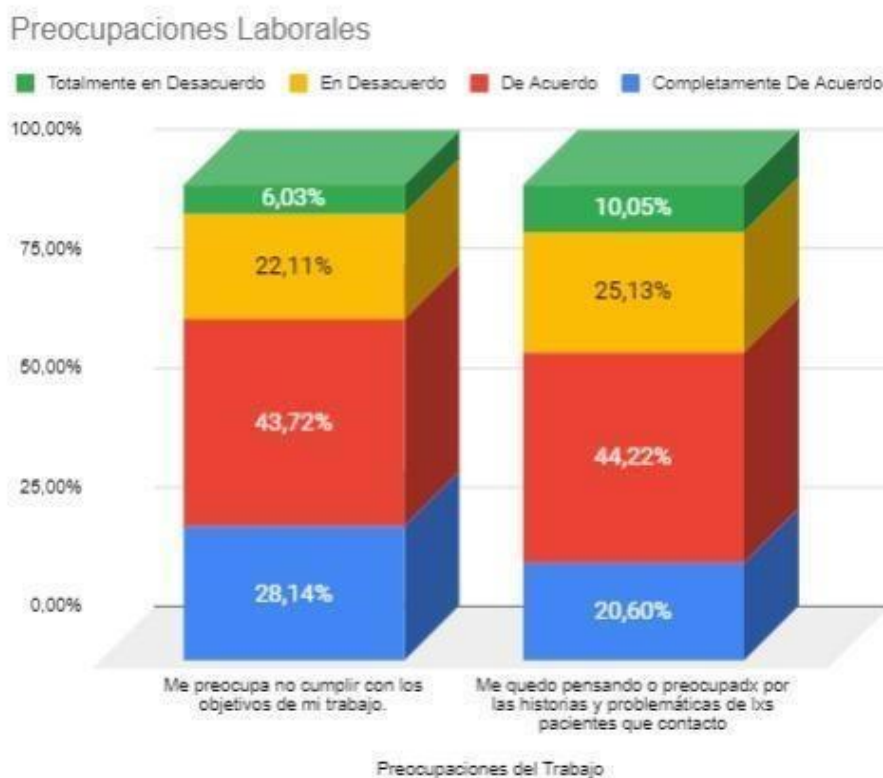
Gráfico n°3



En relación a vivencias traumáticas previas, el 22, 12 % de trabajadores y trabajadoras, refieren estar “De Acuerdo y Totalmente de Acuerdo” (suma de ambas frecuencias) de haber vivido un hecho traumático por el cual aún se sienten afectados, encontrando que el 64% de esta población, durante las entrevistas telefónicas, reconocen que “algo de lo dicho por el paciente, le ha recordado este episodio y se ha sentido fuertemente afectado/a”.

Acerca de las preocupaciones de los trabajadores, el 64, 84% refiere estar “De acuerdo y Completamente De acuerdo” (suma de ambas frecuencias) ante la afirmación: “Me quedo pensando o preocupado por las historias y problemáticas de los pacientes que contacto” y el 71, 86% está “De acuerdo y Totalmente de acuerdo” en que le preocupa no cumplir con los objetivos de su trabajo. **(Gráfico n°4)**

Gráfico n°4



Asimismo de los campos de expresión libre, surgen preocupaciones a futuro, algunas de las cuales persisten: preocupación e incertidumbre laboral y económica, temor a perder el trabajo, miedo al contagio, incertidumbre por el futuro profesional, preocupación por el destino económico del país, temor a enfermarse de gravedad o que les suceda a su familia, temor a no poder convalidar títulos extranjeros, estar lejos de sus

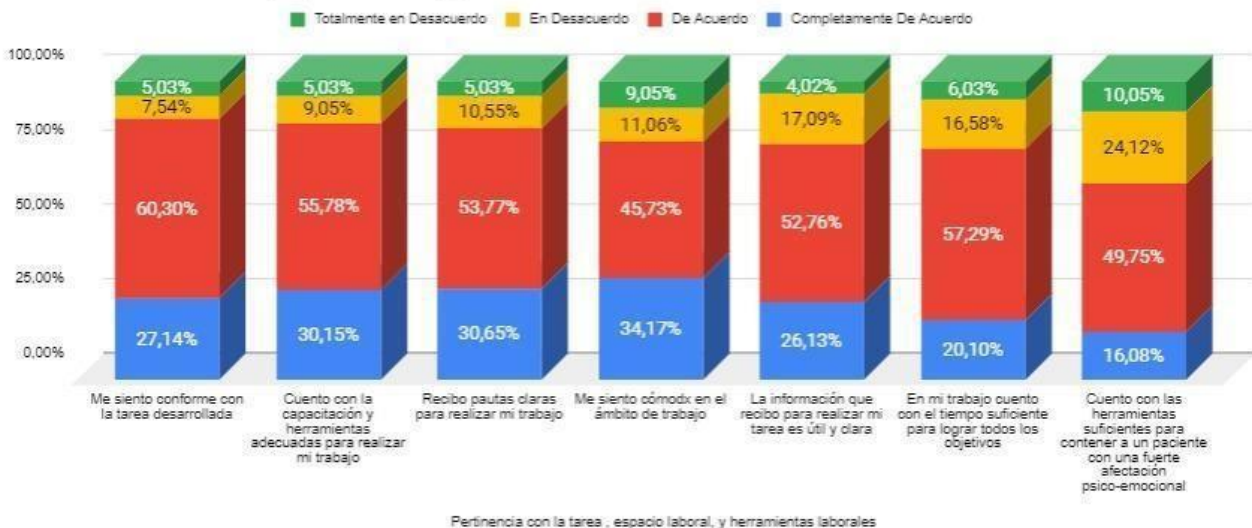
familias y que les “pase algo”, temor a infectarse por COVID-19 y miedo a contagiar a sus seres queridos, temor a tener que cubrir actividades en el hospital por infección de sus compañeros (sobrecarga laboral), temor a la saturación del sistema de salud, angustia por dejar de ver o ver menos a sus hijos a causa de la sobrecarga laboral, estigma por formar parte de personal de salud y preocupación ante la irresponsabilidad de la sociedad frente a los cuidados sanitarios.

Respecto de las áreas de “Pertinencia con la tarea”, “Espacio laboral” y “Herramientas laborales” (Capacitación), se ha identificado en ambos géneros lo siguiente:

Que el 87, 44% refiere estar “De acuerdo y completamente de acuerdo” (suma de ambas frecuencias) en sentirse conforme con la tarea desarrollada; el 85, 93 % refiere contar con la capacitación y herramientas adecuadas para realizar el trabajo; el 84, 42% reconoce recibir pautas claras para realizar el trabajo; el 79, 90 % se siente cómodo en el ámbito de trabajo; el 78, 89% expresa que la información que recibe para realizar su tarea es útil y clara; el 77, 39% refiere que en su trabajo cuenta con el tiempo suficiente para lograr sus objetivos y el 65, 83% expresa contar con las herramientas suficientes para contener a un paciente con una fuerte afectación psico-emocional. **(Gráfico n°5)**

Gráfico n°5

Pertinencia con la tarea , espacio laboral, y herramientas laborales



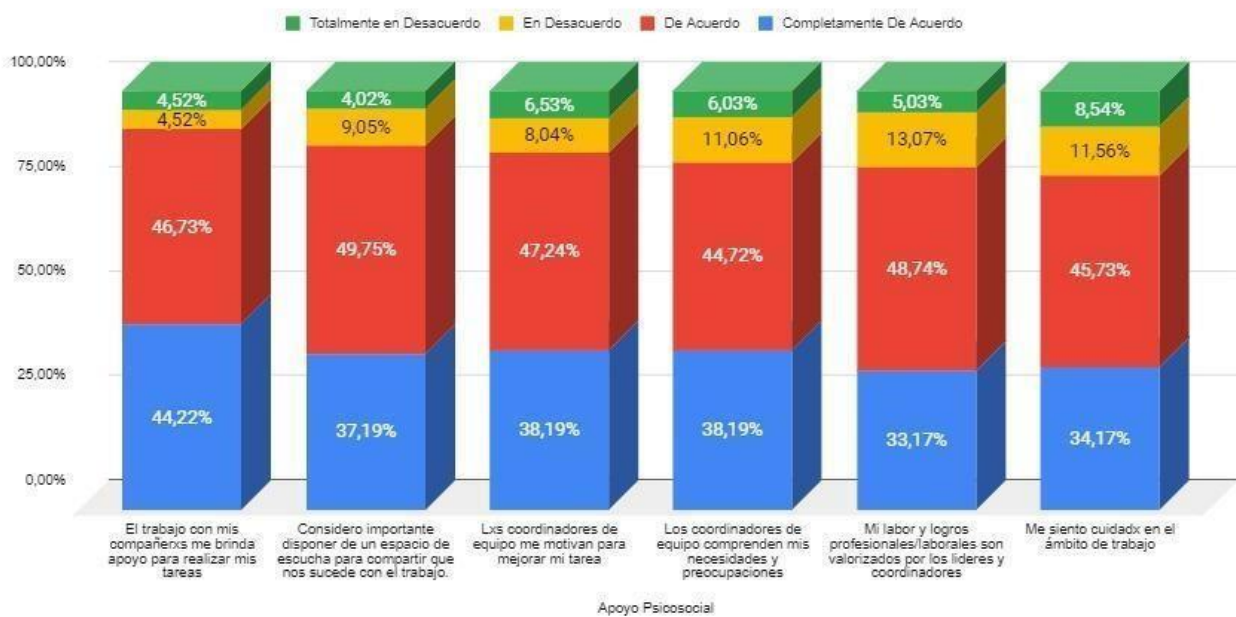
En relación al área de “Apoyo psicosocial”, el personal ha expresado un elevado nivel de satisfacción en la actualidad referido en los vínculos del ámbito de trabajo, estando “de acuerdo y totalmente de acuerdo” (suma de ambas frecuencias) en lo siguiente:

El 90, 65% afirma: “El trabajo con mis compañeros me brinda apoyo para realizar mis tareas”; el 86, 94% considera importante de disponer de un espacio de escucha para compartir qué les sucede con el

trabajo; el 85, 43% refieren: “Los coordinadores de equipo me motivan para mejorar mi tarea”, el 82, 91% que “Los coordinadores de equipo comprenden mis necesidades y preocupaciones”, el 82, 45% refiere: “Mi labor y logros profesionales/laborales son valorados por los líderes y coordinadores” y el 80, 44% afirma: “Me siento cuidado en el ámbito del trabajo”. **(Gráfico n°6)**

Gráfico n°6

Apoyo Psicosocial



En relación a los campos de expresión libre, referenciado en la pregunta: “¿Que identificas como un aspecto positivo de tu ámbito laboral?”, hubo una fuerte impronta respecto al valor en los vínculos entre compañeros y equipo de coordinación. Reiteradas respuestas hacen referencia al compañerismo, trabajo en equipo y valorización del equipo de coordinadoras y coordinadores.¹⁶

¹⁶ Se han relevado, entre otras las siguientes expresiones: “trabajo en equipo y compromiso”, “buen clima laboral”, “buena atención y alimentación”, “excelente disposición de servicio”, “horizontalidad”, “compartir diferentes experiencias”, “buena predisposición, escucha y paciencia de los coordinadores”, “el propósito sanitario”, “las personas con quienes trabajo”, “ser escuchada y tenida en cuenta”, “el compañerismo que existe”, “ambiente cómodo con buena calidad humana”, “poder ayudar a otros”, “el apoyo y contención emocional psicológico”, “el equipo, ya que venimos de una misma repartición”, entre otros.

Respecto a la pregunta: "¿Que identificas como un aspecto negativo de tu ámbito laboral?"; surgieron malestares de connotaciones diversas¹⁷. Asimismo, un elevado número de trabajadores no identificaron aspectos negativos.

Planificación y acción de nuevas intervenciones

Acorde al diagnóstico de situación y tomando en consideración el alto porcentaje de los trabajadores que consideran importante disponer de un espacio de escucha para compartir qué les sucede con el trabajo, se evaluaron nuevas pautas, frecuencia y posibilidades de intervención acorde a la cantidad de personal. Se organizaron "Parates" en grupos reducidos, focalizando en elaborar y realizar mejoras respecto de las preocupaciones y necesidades destacadas en el diagnóstico.

Del mismo modo se expresaron los datos relevados verbalmente, dando cuenta de las fortalezas grupales y abriendo espacio para tratar los temas que se mostraban como conflictivos. Se abordaron los emergentes de dichos encuentros.

Dada la importancia del "Apoyo Psicosocial" que muestran los vínculos entre pares y con la coordinación, se informaron sus resultados y se continuó trabajando en el fortalecimiento de los mismos. Se estimuló a coordinadores y coordinadoras a tener una intervención activa con el grupo, tendiendo a fortalecer su rol y liderazgo.

A partir de los encuentros grupales ("Parates"), algunos trabajadores han presentado situaciones de gran impacto psicosocial, relacionadas al fallecimiento reciente y estado de gravedad de familiares y personas cercanas del entorno afectivo por COVID-19, lo cual ha sido abordado de forma individual por profesionales especializados, así como recibiendo apoyo psicosocial por parte de sus compañeros.

Se trabajó en pos de elaborar el impacto generado por la tarea y para mantener el fortalecimiento en el vínculo de pares. Se continuó con el ofrecimiento de espacios individuales a quien lo solicitara. En estos espacios se trabajó con las personas que pidieron contención y se realizó seguimiento a quienes mostraron mayor vulnerabilidad emocional y procesos de duelo recientes.

Se acompañaron personas en reguardo por ser "contacto estrecho" de un caso positivo, así como profesionales con diagnóstico positivo. El acompañamiento surgió entre compañeros, desde la coordinación operativa y del equipo de SMAPS.

¹⁷ Expresaron : "burocracias en el papeleo administrativo", "necesidad de mayor espacio para ser escuchados en nuestras preocupaciones", "necesidad de espacios más amplios de trabajo", "el ruido ambiente", "mucho contaminación auditiva", "fallas en los sistemas informáticos", "la presión y responsabilidad en la tarea", "la rapidez en la adaptación a la tarea y recibir mucha información de golpe", "la disposición física que aumenta el aislamiento entre compañeros", "que los protocolos cambian con frecuencia y entonces debemos modificar la información", entre otros.

Respecto a la detección de situaciones traumáticas previas y su relación con el impacto en el trabajo actual (dado que el relevamiento fue anónimo), a medida que han sido expresados de forma voluntaria, se han ofrecido espacios individuales para escucha y contención verbal. Se realizaron derivaciones asistidas a tratamientos por Salud Mental ante la agudización y persistencia de algunos síntomas que no remitieron con las intervenciones. Frente a dificultades marcadas de sufrimiento, por aspectos referidos a conflictivas de salud graves de familiares y problemáticas propias, se han realizado intervenciones en las que se ha incluido contacto con profesionales tratantes.

Se realizan seguimientos y acompañamientos a personal con mayor vulnerabilidad psicosocial; y en consenso con los mismos, se han otorgado tareas que tuvieran menor impacto emocional (Ejemplo: llamadas para dar resultados negativos de test de saliva), así como rotación de las mismas. Se promueven pausas activas durante el trabajo e interrupciones en la tarea, al registrar algún impacto psico-emocional.

En algunas áreas, los coordinadores han implementado de forma espontánea y activa "parates", motivados por la detección de conflictivas grupales de su turno. Debido a la disposición de los puestos de trabajo, fue necesario realizar los "parates" en espacios (sala de reuniones) que permitieran el contacto visual y el reconocimiento entre pares.

El equipo de SMAPS, adquirió la autonomía de determinar licencias y permisos para los integrantes del equipo que presentaran afecciones de impacto psicosocial.

Nueva modalidad en las intervenciones con los equipos

La necesidad de optimizar las condiciones de trabajo y sumar herramientas de habilidades comunicacionales y conocimiento de las necesidades de cada trabajador y trabajadora; ha llevado a integrar el trabajo de un profesional Coach con el equipo de SMAPS. Dicha articulación, dio lugar a un trabajo personalizado con el equipo, a partir de entrevistas en las que se aborda la situación personal en el marco laboral, y un análisis exhaustivo de las herramientas con las que cuenta el personal para ejecutar la tarea.

La integración de ambas intervenciones, permite que se aborden las fortalezas y debilidades de cada agente y se trabaje con lo que ese profesional necesita para realizar de modo más seguro y confiable su tarea. La acción tiene en consideración actuar con la singularidad de cada agente, así como considerar las "buenas prácticas"¹⁸ relevadas para ser compartidas con otros integrantes del equipo de trabajo.

¹⁸ Entendemos por "buenas prácticas", al conjunto coherente de acciones que han rendido buenos resultados en un determinado contexto, y se espera que en contextos similares, rindan similares resultados.

Se trabaja del mismo modo, con el fortalecimiento del equipo de coordinadoras y coordinadores, quienes a su vez implementan "Parates" con sus equipos, integrando actividades lúdicas y operativas, donde el personal puede compartir en el espacio, también sus habilidades y buenas prácticas adquiridas.

A solicitud de la coordinación del COE en vista a los resultados obtenidos, recientemente se amplió el equipo de SMAPS/coach a un total de seis integrantes, compuesto por sus dos coordinadores (Coach y psicólogo), y cuatro psicólogas (una de ellas, quien ya venía realizando actividades de SMAPS). Todas han recibido capacitación intensiva y material en el marco de herramientas de Coaching y SMAPS. Del mismo modo han recibido nuevas herramientas el equipo de coordinación.

Algunas lecturas y revisiones del proceso

Hemos podido observar que, las acciones implementadas de SMAPS con el "personal sanitario de primera línea de intervención telefónica del Centro Operativo de Emergencias" (COE) COVID-19, ha tenido un importante lugar en la mitigación del impacto psicosocial generado por la pandemia. Si bien no se han implementado técnicas para cuantificar el impacto de las intervenciones, las expresiones de los equipos y la integración de la ética preventiva y del cuidado, estarían dando cuenta del impacto del proceso.

Es importante destacar, que si bien el trabajo se focalizó en mostrar las intervenciones de SMAPS hacia el cuidado de los equipos, estos últimos, han formado y forman parte fundamental en las tareas de asistencia humanitaria y respuesta sanitaria frente la pandemia por COVID-19 para con la comunidad.

Las características globalizadoras de la pandemia, han dejado de manifiesto que el mundo entero, ha quedado implicado de un modo u otro, dentro de uno o varios niveles de afectación.

Trabajadores y trabajadoras sanitarios tras haberse infectado por COVID-19; siendo familiar o amigo de alguien que lo padece o padeció; por ser parte de la comunidad afectada; como parte del equipo de respuesta; o bien bajo los efectos del estrés vicario, debido a las tareas desarrolladas, cubren los distintos niveles de afectación.

Los datos relevados en los diagnósticos de situación, han dado habida cuenta que a nivel individual, familiar o laboral, la mayoría de las expresiones emocionales y conductuales, pueden ser encuadradas "*como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto*" (OPS, 2006). Es importante recordar, que en el momento agudo de la emergencia, no podemos realizar diagnósticos psicopatológicos.

Sin embargo, no todas las personas se ven afectadas de igual modo, debido a que "*en función del contexto de la emergencia, hay determinados grupos de personas que corren mayores riesgos de experimentar problemas sociales y/o psicológicos*" (IASC, 2007). El equipo de trabajo sanitario, no es su excepción.

Corroboramos que profesionales extranjeros con familiares afectados en sus países de origen, han padecido un mayor embate psicosocial, que quienes estaban cerca de sus familias. La impotencia frente a la lejanía, como a la imposibilidad de intervenir en presencia o despedirse de sus seres queridos, ha generado un mayor sufrimiento. Migrantes, son considerados población vulnerable frente a emergencias y desastres.

Asimismo, los resultados indican, que las mujeres mostraron un mayor impacto del estrés que los varones. Mientras que el 49, 09% de los trabajadores, refiere "cansancio, agotamiento físico y emocional", "Nerviosismo o ansiedad", y un 30, 91% "Necesidad o deseo de mantenerse en contacto con compañeros". Un porcentaje mayor de mujeres (63. 2%) expresa padecer "cansancio, agotamiento físico y emocional", el 57, 64% "Necesidad o deseo de mantenerse en contacto con compañeros", y 52, 08% "Nerviosismo o ansiedad", entre otros valores significativos.

Tal como refiere la bibliografía, en emergencias y desastres, también las mujeres son consideradas población vulnerable. Si bien no podemos generalizar los motivos de tal vulnerabilidad, dado que podrían ser vastos, se ha podido inducir a partir de las entrevistas, que el "rol social" ha marcado la diferencia. Es sabido que a las mujeres se les otorga la mayor responsabilidad en el cuidado, mantenimiento y recuperación de la estabilidad de la familia, y en situaciones de crisis asumen mayor responsabilidad.

Un tema que nos interesa profundizar, se refiere a la relación entre vivencias traumáticas previas de algunas y algunos trabajadores, y su relación con la conexión establecida durante algunos llamados, en los que refieren "sentirse fuertemente afectados" y recordarles su situación traumática.

Hemos dicho que un 22, 12% de trabajadores, refirió estar "De Acuerdo y Totalmente de Acuerdo" (suma de ambas frecuencias), de haber vivido un hecho traumático por el cual aún se sienten afectados, refiriendo un 64% de esta población, durante las entrevistas telefónicas, reconocer que "algo de lo dicho por el paciente, le ha recordado este episodio y se ha sentido fuertemente afectado".

Recurriremos al concepto de "Figley (2002) que propone el término "desgaste profesional por empatía" (SDPE) para describir un tipo especial de Burnout, que aqueja a aquellos afectados emocionalmente por las experiencias traumáticas de otras personas" (CEMYBS, 2012).

Esta lectura y el material relevado, nos llevaría a pensar en la ocurrencia de aspectos empáticos, o ¿tal vez identificatorios del profesional?, con el sufrimiento de la persona afectada. Sin embargo, la lectura de lo relevado, nos invita a pensar en la reconexión con un episodio traumático propio y previo, lo que estaría dando cuenta de un estado de revictimización. Estados similares a los ya vividos, podrían estar reactualizándose en esa comunicación. Empatía, identificación y reactualización, podrían darse de modo simultáneo. En algunos casos, hemos accedido a saber cuál era la conexión con esa situación traumática. Se

trataba de la identificación de un estado grave de salud traumático, reconectado a partir de los relatos de los pacientes en situación de sufrimiento.

Este tipo de vulnerabilidad en situaciones de emergencias y desastres, ha sido confirmado por la Organización Panamericana de la Salud (2006), al expresar que *"los problemas o situaciones previas que provocaron estrés (...), así como las experiencias traumáticas anteriores, (...) vulneran la capacidad de resistencia y pueden dar lugar a reacciones violentas o incapacitantes"*. (OPS, 2006).

El conocimiento de esta información, es imprescindible a la hora de implementar dispositivos de cuidado, dado que nos ayuda a no exponer al agente a tareas que puedan resignificar su trauma y dolor psíquico.

Asimismo, otras trabajadoras y trabajadores, han referido quedarse pensando y preocupados por las historias y problemáticas de los pacientes contactados. Para pensar esta situación, hemos recurrido al concepto de "estrés vicario o estrés del testigo", el que incluye a *"todos los profesionales de los servicios sociales y terapeutas cuya labor profesional los confronta cotidianamente con la escucha de relatos de personas en situación de sufrimiento"* (Bentolila S. y equipo, 2020).

Claramente no podemos generalizar que la tarea afectará del mismo modo a todos y todas las profesionales, pero es ineludible que la actividad sin intervención preventiva y de cuidados, sin lugar a dudas, llevaría a cronificar ese estado.

Charles Figley (1995) dijo que "La capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo con nuestros pacientes, y al mismo tiempo en nuestra capacidad para ser lastimados por el trabajo" (Bentolila S., 2015)

Apoyo psicosocial en la respuesta

Resulta importante pensar las intervenciones en el marco de los tres factores que han sido planteados en 1992 por Solomon i Green (Bentolila S., y equipo, 2020), como aquellos que mitigan el impacto de la exposición a un incidente crítico: el soporte social, la recuperación de las atribuciones de control interno y la interrupción de la percepción de amenaza. (Bentolila S. y equipo, 2020).

Sabemos que el Soporte Social, permite *"restablecer la conexión, el lazo social arrasado por la irrupción del incidente crítico, (...) y ofrece al afectado un marco de seguridad que pone un límite a la sensación de desvalimiento e indefensión"*. (Bentolila S. y equipo, 2020).

Los dispositivos puestos en juego en las intervenciones, han gestado la posibilidad y base del soporte social, generando espacios para "sosten" entre pares, sentirse cuidados, así como mostrar la importancia y la necesidad de implementar estrategias de cuidado y autocuidado.

El primero y uno de los principales en este proceso, ha sido el "Parate". Es destacable que dicho dispositivo no ha sido planificado, surgió desde la necesidad del equipo, debido a requerir ponerle límite a las consecuencias nocivas que se gestaban en la exposición permanente de los llamados. ¿La consigna?, del mismo modo, nada fue planificado, nada fue copiado de ningún libro, ni experiencia previa. Casi de modo impensado, una rápida articulación teórica, de saberes y acto creativo, frente al padecimiento, llevaron a proponerlo.

Esta fue una de las primeras intervenciones implementadas. Lógicamente nada hubiera funcionado sin el aporte comunitario, la aprobación de los responsables, entrelazamiento de saberes interdisciplinarios y construcción colectiva.

Es destacable el modo en que el equipo integró las pautas de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, constituyéndolas en fortalezas e integrando la ética del cuidado y la prevención.

Los resultados de la encuesta en la tercera etapa, dan cuenta de la importancia de los lazos sociales.

La casi unánime percepción del equipo, que el trabajo con sus compañeros brindó apoyo para realizar sus tareas; el elevado acuerdo de que los coordinadores de equipo los motivan para mejorar su tarea, y comprenden sus necesidades y preocupaciones; dan cuenta del importante soporte en el que se han constituido los equipos de trabajo y sus propios compañeros y compañeras. Datos que suman al reconocimiento de la labor realizada, y cuidado percibido.

Los altos niveles de satisfacción con el trabajo, así como con la capacitación y la percepción de contar con las herramientas adecuadas para realizar la tarea; sumado a reconocer pautas claras e información útil y clara, son herramientas claves para la recuperación de las *"atribuciones de control interno"*.

Su dimensión prospectiva, refiere que al *"poder recuperar algo del control de la situación, aunque sea un aspecto mínimo, es fundamental para la mitigación del impacto y los procesos de recuperación"* (Bentolila S.y equipo, 2020). Tener control de las herramientas de trabajo y los conocimientos para desarrollarlo, han sido parte importante de esas atribuciones.

Reflexiones finales

Las intervenciones de Salud Mental y Apoyo psicosocial, son parte de un marco de Gestión que es aplicable frente a incidentes críticos, emergencias y desastres; acciones que no invalidan las intervenciones especializadas de profesionales de Salud Mental y sus distintos marcos teóricos. El conocimiento de dicho marco de gestión y acción, es de relevante importancia, así como el entrenamiento previo para abordar situaciones de crisis.

Una intervención temprana, ha dado cuenta de la posibilidad de integrar en el equipo pautas de cuidado y autocuidados.

Parte del apoyo entre pares, se visibiliza en el fortalecimiento y mejora de herramientas que los profesionales más experimentados, brindan tanto a aquellos que recién comienzan, como a quienes necesitan nuevas estrategias para realizar su trabajo de forma más efectiva. Esto no sólo alimenta el espíritu de trabajo en equipo, sino que también ayuda a disminuir la ansiedad que puede generar la nueva tarea.

El conocimiento y aceptación de los marcos de gestión, por parte de la coordinación operativa del COE, ha sido fundamental en la integración de las pautas éticas de cuidado y prevención. Aspectos que han brindado la posibilidad de cuidar a los equipos en el marco de la pandemia.

Asimismo, se debe tener en cuenta, que no solo el personal afectado a la atención telefónica padece los embates del estrés. Si bien suele tornarse más complejo y menos sistematizado el cuidado de SMAPS en personal jerárquico, no hay que perder de vista que *"los gerentes y los líderes de los equipos, también están expuestos a condiciones estresantes similares a las de su personal y, posiblemente, a una mayor presión debido al nivel de responsabilidad de su cargo."* (OPS, 2020). Quienes formamos parte de esta respuesta en SMAPS, no debemos olvidar nunca, que el autocuidado es parte de poder ayudar a otros, y esto nos incluye.

Debemos tener presente que *"un ambiente saludable de trabajo, no es sólo aquel donde hay ausencia de condiciones dañinas sino también aquel en el que se llevan a cabo acciones que promueven la salud del trabajador"* (Bentolila S., 2015).

Por último, es importante transmitir que cada uno y cada una desde nuestro lugar comunitario y profesional, podemos aportar importantes actos en el cuidado del otro.

Este artículo pretende transmitir el constructo de una experiencia en el marco de un evento que no tiene parangón, y queda abierto a nuevas lecturas y reformulaciones en base al material presentado.

Referencias Bibliográficas

Bentolila, S. y Equipo (2020). *Las emergencias y desastres desde la perspectiva de la salud mental: Incidentes Críticos e impacto psicosocial* Universidad Isalud. Buenos Aires.

Bentolila, S. (2015). *Hacia la prevención del desgaste y stress laboral. Los talleres. Cuidar al que cuida, año 1(2)*, 11 a 32.

CEMYBS (2012). "Guía metodológica para la atención del desgaste profesional por empatía". México, extraída de <https://depositodeguias.wordpress.com/2020/04/23/guia-metodologica-para-la-atencion-del-desgaste-profesional-por-empatia-burnout/>

EIRD (2005). Marco de Acción de Hyogo 2005-2015: Aumento de la resiliencia en las naciones y comunidades ante los desastres, Hyogo, Naciones Unidas.

GCBA (31 /03/2020) "Protocolo de Manejo de contactos estrechos de casos confirmados COVID-19". Versión 1.

GCBA (2020a) "Los comité de emergencia y crisis". Extraído el 01 de/11/2020 de <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/noticias/los-comites-de-emergencia-y-crisis>

GCBA (2020b). "Gestión sanitaria y territorial: Enfoque estratégico". Extraído de <https://www.buenosaires.gob.ar/coronavirus/datos/gestión-sanitaria>

IASC (2007)." Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, Comité Permanente entre Organismos. Ginebra.

IASC (2020). "Nota informativa provisional Cómo abordar la salud mental y los aspectos psicosociales del brote de Covid-19". Comité permanente entre organismos. Ginebra.

Ministerio de Salud Argentina (2020) "Sala de Situación COVID-19 Nuevo Coronavirus 2019 Novedades al 31/08 SE 36", extraído de [file:///C:/Users/newma/Downloads/sala_31_08%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/newma/Downloads/sala_31_08%20(1).pdf)

OPS/OMS (2020) *Cuidando la Salud Mental del Personal Sanitario durante la Pandemia COVID-19* Sociedad Española de Psiquiatría. Cuidando la salud mental del personal sanitario. Abril 2020

OPS (2020) "Consideraciones psicosociales y de salud mental durante el brote de COVID-19" Extraído el 01/09/20 de <https://www.paho.org/es/documentos/consideraciones-psicosociales-salud>.

OPS-OMS (2016a). "Guía técnica de salud mental en situaciones de desastres y emergencias". Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias, y el Departamento de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorro en Casos de Desastres.

OPS/OMS (2016b) Protección de la Salud Mental y Atención Psicosocial en Situaciones de Epidemias. Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias, Organización Panamericana de la Salud

OPS/OMS (2016c) "Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud en situaciones de desastres. Componente Salud Mental. Guía de Evaluación EDAN-SM Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias.

OPS (2006). Guía Práctica de Salud Mental en Situación de Desastres. ISBN 92-75-32665-7. En español. Washington, D. C, EUA

OMS (27/04/2020) "COVID-19: cronología de la actuación de la OMS", extraído el 01 de octubre 2020 de <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

OMS (2012). "Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo". Ginebra.

United Nations (2020). " Policy Brief: COVID-19 and the need for action on Mental Health.