

BECAS SALUD INVESTIGA 2020-2021
INFORME FINAL

Informe final presentado ante la Dirección de Investigación en Salud.

Ministerio de Salud de la Nación- Octubre 2021

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

EFFECTOS DE LA PANDEMIA COVID-19 EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DIRIGIDOS A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO EN LAS CIUDADES DE ROSARIO (SANTA FE), RESISTENCIA (CHACO) Y EL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES (AMBA), DESDE LA PERSPECTIVA DE SUS TRABAJADORES, 2020-2021.

CATEGORÍA ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS

Nombre y Apellido del/a Coordinador/a: Velzi Diaz, Alberto

Nombre y Apellido de los/as integrantes del equipo: Rosales, Melina; Alonso, Rocío; Agrest, Martín; Pinto, Freddy; Matkovich, Andrés

INFORME FINAL

Fuente (s) de financiamiento:

El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA a proyectos de Investigación 2020-2021, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación , a través de la Dirección de Investigación en Salud.

1. PORTADA
1.1. Título de la investigación
Efectos de la pandemia COVID-19 en los servicios de atención dirigidos a las personas con discapacidad psicosocial: estudio descriptivo en las ciudades de Rosario (Santa Fe), Resistencia (Chaco) y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), desde la perspectiva de sus trabajadores, 2020-2021.
1.1.2 Título abreviado
Estudio descriptivo sobre los efectos de la pandemia COVID19 en los servicios de rehabilitación dirigidos a personas con discapacidad psicosocial.
Indique en este espacio la guía de reporte utilizada para la confección del Informe final (podrá encontrar información en Diseminación) Para el presente informe tomamos como referencia las “Normas Vancouver. Recomendaciones para la preparación, presentación, edición y publicación de trabajos académicos en revistas médicas. “
1.2. Autores/as
Velzi Diaz, Alberto (Facultad de Psicología - UNR), Rosales, Melina (Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología - UBA), Agrest, Martín (Proyecto Suma); Pinto, Freddy (Centro Integral de Salud Mental Comunitaria "La Casita"); Matkovich, Andrés (Facultad de Psicología - UNR); Alonso, Rocío (Proyecto Suma)
1.3 Colaboradores/as
Paternina, Julia (Facultad de Psicología - UBA) Cabrera, Roy (Centro Integral de Salud Mental Comunitaria "La Casita")
1.3. Coordinador/a
Velzi Diaz, Alberto (Facultad de Psicología UNR)
1.5 Correspondencia
algiova@gmail.com
1.6 Fuente de financiamiento
El presente trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de las Becas SALUD INVESTIGA 2020-2021, otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación en Salud.
1.7 Declaración de conflicto de intereses
No hubo conflictos de intereses durante la realización del estudio
1.8 Lugar y fecha
Rosario, 30 de septiembre de 2021

2 ÍNDICE

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE	4
ABSTRACT AND KEYWORDS	5
INTRODUCCIÓN	6
MATERIALES Y MÉTODOS	9
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN	22
RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA	27
COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	28
ABREVIATURAS	28
AGRADECIMIENTOS	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

3 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

INTRODUCCIÓN: La pandemia de COVID-19 y las medidas de distanciamiento social asociadas produjeron una reorganización de los sistemas de salud; específicamente, los servicios orientados a la atención de las personas con discapacidad psicosocial se modificaron y adaptaron en un tiempo breve. Este estudio provee un panorama de lo que fueron los efectos de la pandemia en los servicios que se dedican a brindar apoyo laboral, habitacional y a la socialización dirigidos a personas con discapacidad psicosocial.

MÉTODO: Se realizó un estudio exploratorio y descriptivo. Se entrevistaron de manera remota a 54 trabajadores en dos momentos diferentes de circulación comunitaria del virus. Se desarrolló en tres jurisdicciones de nuestro país: la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe; Resistencia, provincia de Chaco y el Área Metropolitana de Buenos Aires.

El análisis fue mixto. Se calcularon frecuencias y se realizó un análisis temático para la comprensión de los aspectos más importantes transmitidos por los entrevistados. Se realizó rastreo bibliográfico para el armado del proyecto y el debate sobre los resultados.

RESULTADOS: Se observan diversos impactos en los dispositivos según el tipo de institución y el contexto. Una característica está relacionada con el grado de integración o articulación con los hospitales monovalentes, aquellos que funcionaban dentro del espacio físico o que su funcionamiento estaba asociado a las salas de internación, se vieron más afectados. En la mitad de los servicios indagados el funcionamiento en los primeros tres meses pasó a ser más restringido. Las dificultades para concretar ingresos a los dispositivos aumentaron.

CONCLUSIÓN: Este tipo de servicios han sido particularmente afectados por el contexto del COVID19. Se destacan las potencialidades de los servicios con anclaje comunitario en el acompañamiento, el tejido de redes vinculares y la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial. Se abre el interrogante respecto al rumbo que tomará la reforma en salud mental y el modo en que estos servicios se verían afectados a largo plazo.

Palabras clave: COVID19 - Servicios de Salud para Personas con Discapacidad
- Salud mental - Rehabilitación Psiquiátrica

4 ABSTRACT Y KEY WORDS

INTRODUCTION: The COVID-19 pandemic and the associated social distancing measures have produced a reorganization of health systems in general and in terms of the provision of care and health services caring for people with psychosocial disabilities, which had to suddenly adapt in a short time. This study provides an overview of the effects of the pandemic on services dedicated to providing employment, housing and socialization support for people with psychosocial disabilities.

METHOD: An exploratory and descriptive study was carried out with 54 workers who were interviewed at two different times (October – December, 2020, and March – May, 2021) and when community circulation of the virus was different. It was developed in three jurisdictions of Argentina: the city of Rosario, province of Santa Fe; Resistencia, province of Chaco, and the Metropolitan Area of Buenos Aires.

The analysis included mixed methods. Frequencies were calculated for the quantitative data and a thematic analysis was carried out to understand the most important aspects transmitted by the interviewees. A bibliographic search was carried out for the assembly of the project and the discussion of the results.

RESULTS: The results show various impacts on the devices according to the type of institution and the context. One characteristic is related to the degree of integration or articulation with monovalent hospitals. Psychosocial services the same physical space or in close connection to inpatient wards would have been much more affected than other services located in the community. In half of the services investigated, the operation in the first three months became minimal, an additional 8% were closed and 15% had a significant impact. Only 4% had no restrictions, all of them centered on providing housing support. Difficulties accessing to psychosocial support services increased "somewhat" or "a lot" in 40% of housing support services, up to 74% in the case of support services for socialization and more than 60% for supporting services focused on employment.

CONCLUSION: These types of services have been particularly affected by the COVID-19 pandemic. The importance of community-based services in the accompaniment, the building of social networks and the improvement of the quality of life of people with psychosocial disabilities stands out as crucially important. However, these services were significantly disrupted during the first year of the COVID19 pandemic. The question remains the same regarding the future of the mental health reform and how these services will be affected in the long term.

Key words: COVID-19 - Health Services for Persons with Disabilities - Mental Health -
Psychiatric Rehabilitation

5 INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 y las medidas de distanciamiento social asociadas han producido una reorganización de los sistemas de salud en lo que a la provisión de la atención se refiere. Como parte de ellos, los servicios de salud orientados a la atención de las personas con discapacidad psicosocial han tenido que modificarse y adaptarse al contexto producido por la pandemia en un tiempo breve.

En condiciones habituales, algunas de las características distintivas de tales servicios son su carácter intensivo (muchas prestaciones o contactos periódicos continuos con el sistema sanitario, de carácter ambulatorio), el privilegio de modalidades grupales de asistencia por sobre las individuales, y la heterogeneidad de apoyos brindados, incluidos los vinculados a la vivienda, al empleo, al tiempo libre, entre otros.

En condiciones de pandemia, al momento de la elaboración del proyecto, ya se registraban cambios tales como la suspensión de admisiones y de tratamiento presencial, pasando estos últimos a realizarse en forma remota. Algunos autores ya señalan que dichas modificaciones son preocupantes en la medida en que se estima que su suspensión o discontinuidad tendrá efectos negativos en el corto plazo en las personas con discapacidad que hacen uso de ellos [1] (Bettger et al 2020).

Dentro de los sistemas de salud, los servicios de atención a personas con discapacidad psicosocial nunca han sido prioridad en la política pública, o al menos considerados servicios no esenciales, a pesar de la retórica sobre la importancia de la salud mental y pese a que los datos epidemiológicos han indicado la magnitud del problema que representan para la sociedad en general, y para los sistemas de salud en particular(2). En la Región de las Américas, los llamados trastornos mentales, neurológicos y los suicidios (TMNS) abarcan casi una quinta parte del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), constituyendo así el subgrupo más grande de causas de la carga de enfermedad en lo que se refiere a la discapacidad y la mortalidad combinadas(3) y que además de los costos

sociales y de salud que representan estos problemas, las personas afectadas por ellos son objeto de violaciones de derechos humanos(2). El reciente censo realizado en Argentina indica que unas 6.000 personas llevan internadas por causas de salud mental al menos 2 años(4).

Desde hace décadas en el mundo, y particularmente en nuestro país, se han venido desarrollando esfuerzos por transformar el paradigma de atención a personas con discapacidad psicosocial (PcDP) o con problemáticas relacionadas a la salud mental, que se fundamente en criterios científicos y técnicos y que sea respetuoso de los derechos humanos(5). Para esto, se propone sustituir el paradigma biomédico tradicional cuyo modelo de atención centrado en el hospital psiquiátrico tradicional, por un paradigma social, con servicios de anclaje comunitario, participativo y, a su vez, se integren y articulen a los servicios generales de salud(6). De hecho, el año 2020 había sido propuesto por OPS(7) - y adoptado por el decreto reglamentario (603/2013)(8) de la Ley Nacional de Salud Mental(9) - como meta para finalizar con los manicomios en nuestro continente. En este sentido, los servicios alternativos a la internación (para evitar que sucedan o para lograr reducir su duración) serían cruciales.

Es de señalar, además, que en el marco de la pandemia, los servicios de salud mental - como todo el sector sanitario- se han visto obligados a reorganizar sus estrategias de atención(10). Por un lado, se han documentado las consecuencias en la salud mental de las personas a causa de la pandemia y de las medidas de aislamiento social tanto en la población general como en los trabajadores de la salud, y en consecuencia, las necesidades de intervención(11–13). Por el otro, las medidas de distancia social implementadas por la mayoría de los países afectados por el COVID-19 han requerido la suspensión de toda actividad o prestación colectiva, y el rápido desarrollo de modos de atención fundamentados en tecnologías de la comunicación, en los casos en que ello ha sido posible(14), considerando la desigualdad en el acceso a las mismas.

Para Saraceno(15), la rehabilitación consiste en “un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones” (p.83). En este sentido, se destaca la importancia de la función y el sentido de los espacios de relación establecidos en las estrategias rehabilitadoras, que subvierten las antiguas relaciones de dominación y control, tornándose relaciones de escucha y atención. Su propuesta de rehabilitación psicosocial(16),

está basada tres dimensiones/escenarios de acción: casa, bazar (red social) y trabajo; dimensiones que se concretan a través de leyes, políticas sanitarias, modos de organización de los servicios, estrategias de distribución y uso de recursos materiales y humanos, intersectorialidad y trabajo en red. Plantean que son las llamadas variables "extra-clínicas" las que resultan determinantes en el tratamiento y predictoras del resultado. De este modo, para los autores, "contexto- contexto global y contexto del servicio son mayormente los determinantes de los procedimientos y de los resultados" (p. 317), en línea con el Modelo Social de Discapacidad(17).

Casa: el concepto de casa refiere a un escenario material y simbólico, tanto por la presuposición de la existencia de una casa, lugar de raíces y memoria; como por el conjunto de experiencias vividas y oportunidades de la vida cotidiana(16).

Bazar: El concepto de red social definido por Rotelli como "bazar", mercado árabe (como se citó en el original). Se refiere al escenario material y simbólico. "Es el lugar donde el sujeto se singulariza a través de la participación"(16).

Trabajo: Este es un concepto complejo en la medida en que la relación entre rehabilitación y trabajo no es lineal. El trabajo es entendido como una modalidad de la rehabilitación, siendo un nexo necesario entre la institución-desinstitucionalización-ciudadanía(16).

En resultados preliminares de otra investigación desarrollada por parte de este equipo, es posible observar que, teniendo en cuenta su principal característica que es funcionar -principalmente- a través de actividades colectivas, los servicios de atención dirigidos a personas con discapacidad psicosocial han sido de los más afectados en su funcionamiento, muchos de ellos dejando de funcionar totalmente(18–20).

Se abre el interrogante respecto al rumbo que tomará la reforma en salud mental. Esto es, el desafío que impone el COVID-19 a los sistemas sanitarios y a nuestros modos de vida, ¿implicará un aumento y desarrollo de servicios de base comunitaria y una mejora en la calidad de vida de las PcDP o, por el contrario, un fortalecimiento del modelo biomédico y hospitalocéntrico aún vigente? Subsidiario de este interrogante, se abre otro, respecto a cuál

ha sido el impacto inicial de la pandemia en la prestación de servicios de salud mental, y si ésta constituirá una oportunidad para la jerarquización del cuidado a las PcDP en la agenda pública, o si bien, fragilizará aún más a tales servicios y, por ende, a sus destinatarios.

La presente investigación ha buscado responder cuáles han sido los efectos de la pandemia de COVID-19 en los servicios de atención dirigidos a personas con discapacidad psicosocial en las ciudades de Rosario (Santa Fe), Resistencia (Chaco) y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), desde la perspectiva de sus trabajadores, durante el período 2020-2021.

Durante el primer período del estudio, entre los meses de noviembre y diciembre de 2020, la totalidad de los territorios bajo estudio se encontraban en fase de distanciamiento social, preventivo y obligatorio (DiSPO), mientras que durante el segundo momento (entre los meses de marzo y mayo de 2021), la situación varió. Durante el mes de marzo y los primeros días de abril las regiones se encontraban en fase de DiSPO, aunque el aumento en la velocidad de los contagios resultó significativo dando lugar a la “segunda ola”. En el mes de mayo de 2021, habiendo alcanzado cifras récord de infecciones y muertes diarias por COVID 19, la totalidad de las regiones se encontraba en cuarentena estricta.

6 MATERIALES Y MÉTODOS

Lugar donde se desarrolló el estudio

El estudio se desarrolló en tres jurisdicciones de nuestro país: la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe; Resistencia, provincia de Chaco y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA, que incluye tanto la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como las zonas aledañas del Gran Buenos Aires sur, oeste y norte).

Tipo de estudio

Se realizó un estudio con enfoque cualitativo(21), de tipo exploratorio y descriptivo, en base a entrevistas con trabajadores de servicios de rehabilitación en las regiones mencionadas y análisis documental.

Población de estudio

Se entrevistaron 54 trabajadores en dos momentos diferentes de circulación comunitaria del virus y en los cuales regían diferentes medidas de aislamiento o distanciamiento social preventivas de dicha circulación. Los trabajadores de los servicios desempeñaban diferentes roles (coordinación, talleristas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales o enfermeros del equipo, etc.). El criterio de inclusión para participar fue: aceptar participar, tener más de seis meses de antigüedad en el servicio y destinar al menos 12 horas semanales a la tarea.

Una primera entrevista se llevó a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de 2020. La segunda entrevista tuvo lugar entre los meses de marzo y mayo de 2021.

Procedimientos

Luego de un análisis documental y revisión bibliográfica se construyó el instrumento (entrevista semiestructurada) para conocer la perspectiva de los trabajadores respecto del funcionamiento del servicio de rehabilitación destinado a personas con discapacidad psicosocial. Los trabajadores fueron alcanzados a través de informantes claves y bola de nieve a partir de contactos iniciales. Esta estrategia se complementó con búsquedas a través de redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.) para poder contar con un mapa lo más preciso posible de este tipo de dispositivos en cada región.

Las entrevistas se llevaron a cabo en forma remota (por medio de WhatsApp, Zoom, Meet o por teléfono). Se les leyó el consentimiento informado y se solicitó acuerdo explícitamente para proceder a la entrevista con el compromiso de no explicitar el nombre del entrevistado ni permitir su identificación posterior.

Una vez finalizada la primera ronda de entrevistas (N= 52) se procedió al análisis de las respuestas cuali y cuantitativas. En base a dicho análisis se confeccionó un segundo instrumento que pudiera permitir, tanto una adecuada comparación con la situación de los servicios en el momento de la anterior entrevista, como una profundización en aspectos que habían surgido en la primera entrevista (por ejemplo, el aporte que estimaban que estaba pudiendo tener el servicio para con la rehabilitación de los usuarios). Se alcanzaron a 51 participantes, de los cuales dos no habían realizado la primera entrevista (y tres participantes no fueron ubicables para realizar la segunda entrevista). Totalizando 103 entrevistas.

Instrumento

La primera entrevista constaba de 17 preguntas cerradas y 13 preguntas abiertas (además de 15 preguntas de seguimiento/abiertas para las preguntas cerradas). La duración de las entrevistas fue entre 40' y 60'. Las preguntas abarcaban el modo de funcionamiento en el período previo a la pandemia, los cambios al comienzo de la pandemia (marzo, abril y mayo de 2020) y al momento de realizarse la entrevista (noviembre y diciembre 2020). (ver archivo en ANEXO I con el contenido de la entrevista).

La segunda entrevista constaba de 9 preguntas cerradas y 8 preguntas abiertas (además de 6 preguntas de seguimiento/abiertas para las preguntas cerradas). La duración de las entrevistas fue de 30' a 50'. Las preguntas abarcaban el período posterior a la realización de la primera entrevista y la situación al momento de la segunda entrevista (abril a junio de 2021). El instrumento para la segunda entrevista incluía la opción de ser un entrevistado que no hubiera participado de la primera entrevista y, en tal caso, se le realizaron preguntas adicionales para conocer el funcionamiento del servicio antes de la pandemia y durante los primeros meses de la misma.

Las preguntas fueron en torno al modo de funcionamiento de los servicios/dispositivos, siendo los principales ejes: horarios de funcionamiento, frecuencia de las prestaciones, organización del trabajo y modalidad de abordaje, características del flujo e ingreso/egreso de usuarios/as. También, indagamos cuál fue el impacto en términos personales a cada entrevistado/a, y cómo creen/opinan que impactó en los/as usuarios/as.

Análisis

Los datos fueron cargados en una planilla de Excel a la que no tuvo acceso nadie por fuera del equipo de investigación. Se calcularon frecuencias para las preguntas cerradas y se realizó un análisis temático para las preguntas abiertas. Las preguntas abiertas fueron leídas en duplas y se realizó una codificación abierta con utilización de memos analíticos y registro de citas esclarecedoras de los temas registrados. Posteriormente, el equipo de investigación en su conjunto utilizó un enfoque fenomenológico para la comprensión de los aspectos más importantes transmitidos por los entrevistados en tanto ejes para analizar la afectación de los servicios de rehabilitación durante la pandemia.

Consideraciones éticas

Este proyecto respeta los principios establecidos por la Declaración de Helsinki, Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, Pautas CIOMS y Pactos de Derechos Humanos vigentes en la República Argentina. Fue aprobado por la Comisión Interna de Ética de la Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario (2008/2020), y por el Comité de Ética Central de la Provincia de Buenos Aires (Dictamen Nro. ACTA-2020-17533243-GDEBA-CECMSALGP).

7 RESULTADOS (incluidas tablas y gráficos)

Si bien la expectativa era poder entrevistar una similar cantidad de participantes de cada uno de los tres tipos de dispositivos de rehabilitación para personas con discapacidad psicosocial que nos habíamos planteado, un primer resultado derivó del relevamiento inicial que realizamos: en las regiones evaluadas, los servicios orientados hacia la socialización eran mucho más abundantes que los servicios dedicados a dar apoyo habitacional o laboral. Otra característica fue que la mayoría de los servicios provenían del sector público (67% vs. 33% del sector privado u organización no gubernamental). En la zona norte del Gran Buenos Aires fue difícil hallar servicios de rehabilitación con las características que estábamos buscando. Por tal motivo, la distribución anticipada de un similar número de servicios de cada característica y en cada región no fue posible de cumplir.

En segundo lugar, algunos servicios no se “encuadraban” de manera sencilla en nuestras tres categorías de servicios (dar apoyo a la socialización, al trabajo o habitacional). En particular en Chaco, trabajadores de varios servicios manifestaron que realizaban tareas vinculadas a todas ellas. Su asignación a un tipo de servicio resultó más complejo que lo anticipado.

En tercer lugar, la descripción de los servicios permitió ver que en particular los servicios orientados al apoyo para el trabajo contaban con una diversidad aún mayor a la de los otros tipos de servicios. En algunos casos se trataba de servicios de salud orientados a lo laboral, dispositivos laborales dentro de otros servicios (por ejemplo dentro de hospitales generales o monovalentes), empresas sociales, o de cooperativas con socios, o de programas de capacitación para el trabajo, donde los participantes obtienen una remuneración - o no - por lo que producen y/o venden. En el caso de los servicios orientados a dar capacitación por lo

general contaban a su vez con un enfoque en la socialización y/o en la recreación, que los emparentaba con nuestra categoría de “bazar”.

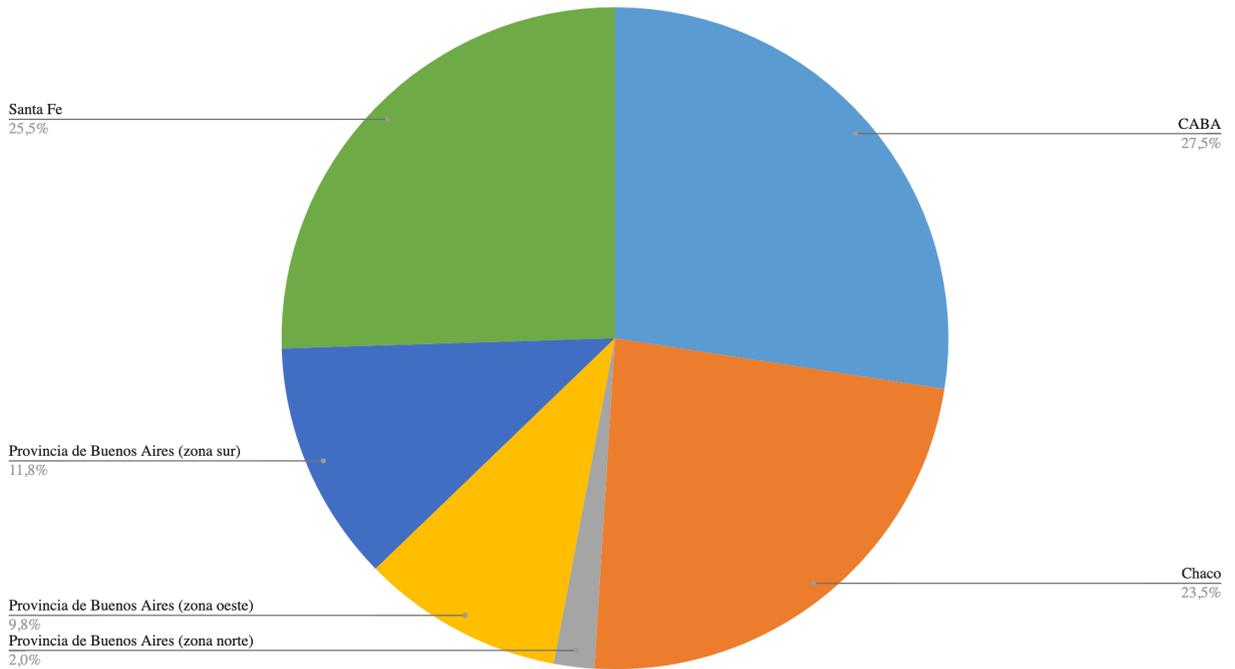
Asimismo, estos tres tipos de servicio mostraban una característica que no habíamos anticipado del todo al diseñar las preguntas: los participantes por lo general no egresan de los dispositivos y, por lo tanto, la afectación de los egresos por efecto de la pandemia (como sí había sucedido en salas de internación) no era fácil de apreciar para los entrevistados.

Otra característica general de los dispositivos analizados era el grado de integración o articulación con los hospitales monovalentes ya que aquellos que funcionaban dentro del mismo espacio físico o que su funcionamiento era solidario o asociado a las salas de internación se habrían visto mucho más afectados que aquellos servicios o programas con menor o sin relación a la internación psiquiátrica.

Aspectos cuantitativos

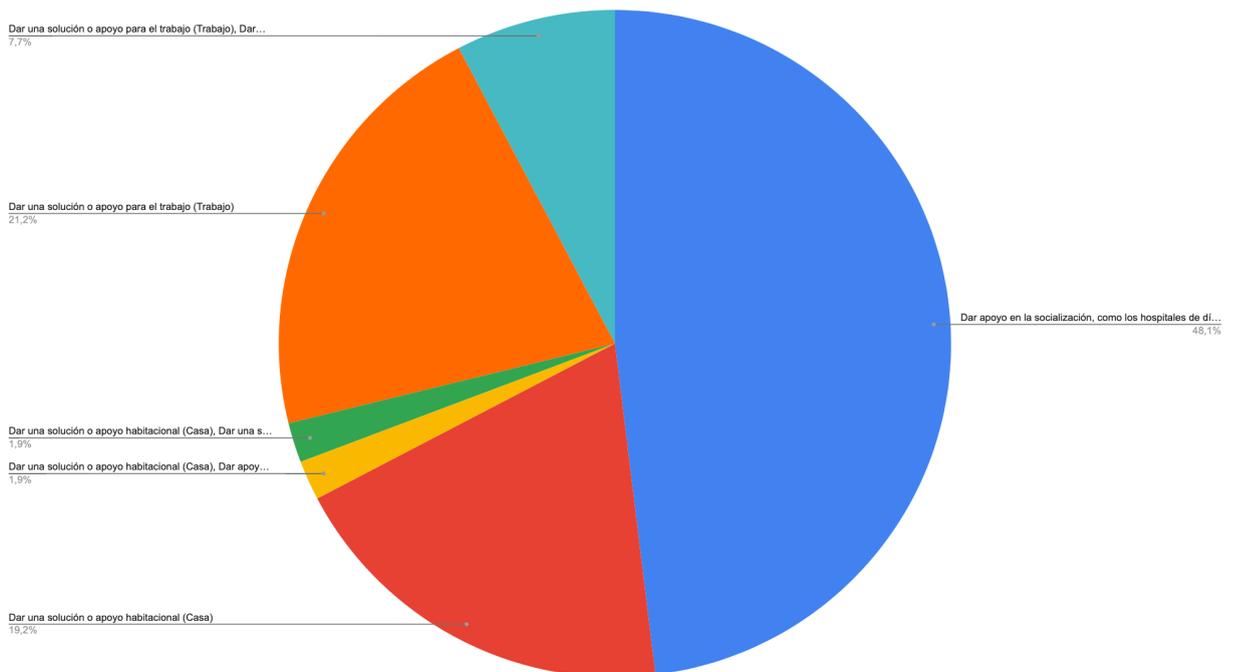


Distribución de segundas entrevistas realizadas



El 73% de los participantes fueron mujeres en la primera entrevista y 68% en la segunda.

Tipo de servicios de rehabilitación



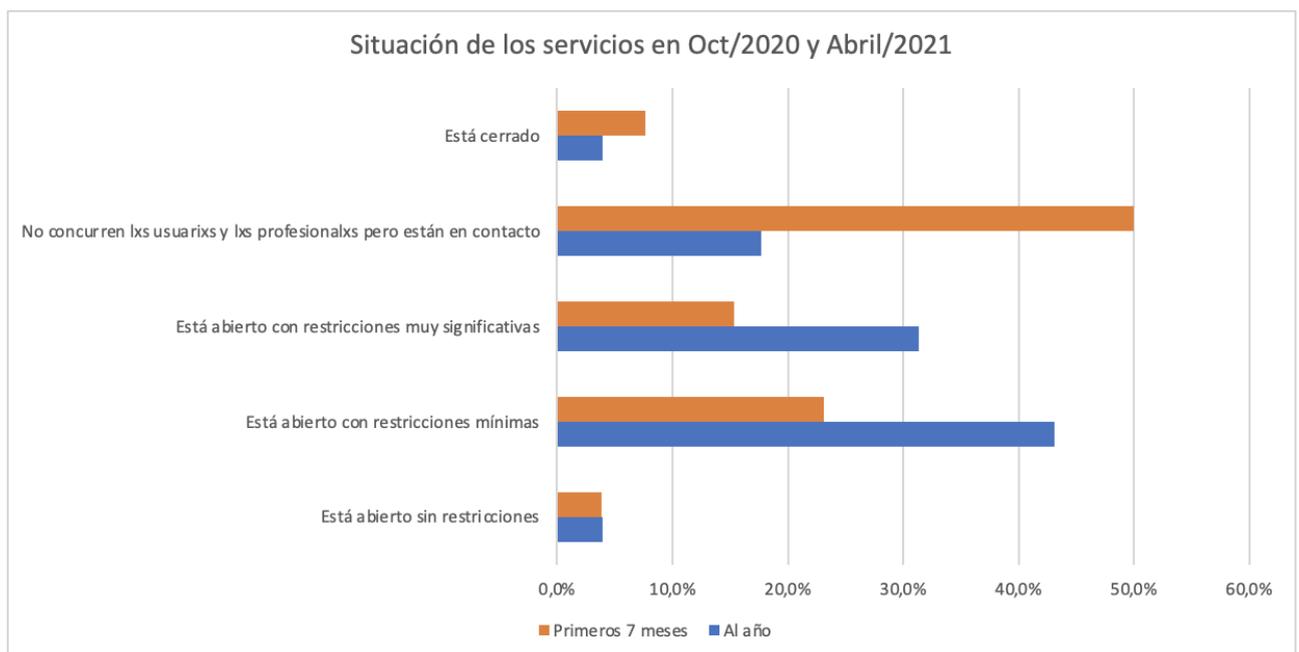
En la mitad de los servicios sobre los que obtuvimos reportes, el funcionamiento en los primeros tres meses pasó a ser mínimo (dejaron de concurrir usuarios y lxs profesionales pero siguieron en contacto). Un 8% adicional se cerraron y un 15% tuvo una afectación significativa (que implicaba tener horario muy limitado, inferior a la mitad del horario habitual, o solo una guardia de funcionamiento). Tan solo 4% no tuvieron restricciones en el funcionamiento, perteneciendo estos servicios a la categoría de apoyo habitacional.

El flujo de usuarios habría disminuido (algo o mucho) desde el inicio de la pandemia hasta fines de mayo 2020 según el 54% de los trabajadores de los servicios de rehabilitación para PcDPs. Sin embargo, distinguiendo según el tipo de servicio, aquellos servicios destinados a dar apoyo habitacional no habrían tenido una disminución significativa en el flujo de usuarios. En cambio, aquellos destinados a trabajo o a la socialización habrían visto disminuido el flujo un 67%, un 70% y un 75% según si se trataba de apoyo al trabajo, a la socialización o una combinación de ambas respectivamente.

Algo similar sucedió con las dificultades para concretar el ingreso al dispositivo, que aumentaron “algo” o “mucho” para el 40% en los servicios de apoyo habitacional, hasta para el 74% en el caso de los servicios de apoyo para la socialización y más del 60% servicios de apoyo para el trabajo.

En ambas tandas de entrevistas, mientras uno de cada cuatro dispositivos de rehabilitación refirieron que las mismas no eran parte de las funciones de estos dispositivos y no podrían decir nada al respecto (“No aplica”), más del 42% dijo que no habían tenido cambios con relación a períodos pre-pandemia. Ahora, un dato interesante para el análisis es que, con respecto al primer período de la pandemia estricta, un 17% dijo que las internaciones habían disminuido y un 8% que habían aumentado algo o mucho; mientras que luego de un año de iniciada la pandemia para un 10% habían disminuido y para el 17% aumentaron algo o mucho. Esto genera una serie de conjeturas respecto de los modos en que se habrían tramitado las crisis de salud mental en los usuarios de estos servicios.

Al año de la pandemia (entre marzo y mayo de 2021) los servicios de rehabilitación se encontraban tan solo algo mejor que en los primeros meses de la pandemia. Un 4% seguía cerrado y un 30% tenía una afectación muy significativa. El porcentaje de servicios en donde no había concurrencia de trabajadores ni usuarios (aunque seguían en contacto) disminuyó de 50% a 18%. Gran parte de estos servicios pasaron a funcionar con una modalidad que implicaba una afectación muy significativa o con restricciones mínimas, sólo pequeños cambios en el funcionamiento, (43%). Los servicios funcionando con normalidad eran escasos: tan solo el 4% dijo que estaba abierto sin restricciones.



El 92% de los trabajadores entrevistados a mediados de 2021 estaba vacunado/a. Solo en Santa Fe y Chaco hubo respuestas negativas en cuanto a estar vacunados/as. Ningún entrevistado de CABA y Provincia de Buenos Aires reportó que tuviera pendiente la vacuna.

Aspectos cualitativos

A partir del análisis temático se pudieron recortar diferentes ejes de análisis comunes a todos los dispositivos y otros específicos según estuvieran orientados al apoyo en la socialización, el trabajo o la vivienda.

La tecnología pasa a ocupar un lugar central que antes no tenía (si los usuarios tienen conexión, si tienen dispositivos, si los saben usar, si se adaptan a ese modo de comunicación,

etc.). Ésta fue usada con el fin de acortar las distancias generadas por las medidas de aislamiento, generando vínculos más estrechos entre los usuarios y los trabajadores. En algunos de los servicios, surgieron grupos de Whatsapp para mantenerse conectados cuando antes eso no existía. Las comunicaciones se multiplican con los que acceden a la tecnología.

Los trabajadores manifestaron haber tenido que realizar profundas transformaciones para adaptarse y, puntualmente, haberse adaptado para que los usuarios pudieran tener un servicio equivalente o que compense las limitaciones del servicio y de otros servicios complementarios (terapias individuales interrumpidas, aislamiento social, etc.) impuestas por el contexto epidemiológico.

La nueva modalidad de trabajo, en un contexto que afectaba similarmente a usuarios y a trabajadores, requirió un gran esfuerzo y generó enorme cansancio (especialmente al inicio y luego de sostener una versión modificada del trabajo por muchos meses y en plena incertidumbre). En general, el cansancio se sostuvo y hubo participantes que lo destacaron en la segunda entrevista como algo que seguía sucediendo.

El impacto subjetivo en los trabajadores fue significado por ellos con presencia de sensaciones de angustia, miedo, temor al contagio, desgaste y estrés. En las personas usuarias este impacto fue heterogéneo. Según los trabajadores entrevistados, hubo un aumento de situaciones críticas y desbordes psicológicos. Por otro lado, y en contraposición a lo anterior, algunos trabajadores refirieron adaptación por parte de los usuarios, quienes según los primeros, se encontraban más y mejor “preparados” para la situación de aislamiento.

Los servicios orientados hacia el trabajo y los servicios orientados hacia la socialización compartieron algunos aspectos salientes:

Hubo mayores esfuerzos por no internar: entre las limitaciones para las internaciones y los temores vinculados al contagio en contextos institucionales, se redoblaron los esfuerzos para evitar las internaciones. Hubo algunos participantes que reflexionaron en torno a la posibilidad de que esta estrategia tuviera continuidad más allá de la pandemia. En general, no se registraron gran número de contagios en este tipo de servicios.

Lo virtual pasó a ser muy importante aunque también fue señalado como insuficiente: muchos participantes acuerdan en que algo de presencialidad es necesaria y que lo grupal en modo virtual tiene una utilidad muy limitada. Es más, luego de un tiempo de adaptación en algunos casos fue peor y ya no querían saber nada con la virtualidad. Se destacó varias veces que las personas quieren el encuentro presencial.

Garantizar la comida pasó a ser una prioridad: La comida se volvió muy importante y algunos servicios sólo se centraron en intentar garantizar al menos eso. En algún caso fue ver cómo sostener el ingreso económico que se asociaba a participar de talleres que estaban en pausa y sin poder asistir.

Cambio de tareas del equipo: En un segundo momento, la reorganización de las tareas implicó, en algunos casos, que los trabajadores se organizaran para distribuir los materiales de diversos talleres y/o espacios de producción para posibilitar el trabajo desde sus domicilios. Además de oficiar de nexo entre los equipos terapéuticos de referencia y los usuarios, sea para comunicar turnos o nuevos esquemas de funcionamiento, repartir medicación, etc. En algunos de los dispositivos/servicios en los que los usuarios obtenían algún tipo de alimentación (desayuno, almuerzo, merienda), los trabajadores también debieron organizarse para la distribución de la misma.

Fue posible registrar casos en los que, al tratarse de grupos constituidos y con lazos consolidados con los trabajadores y entre los propios usuarios, fue posible ir sosteniendo la comunicación, cierta dinámica de trabajo y tomar decisiones sin desestabilizar más la situación. Sin embargo, también los trabajadores han evidenciado situaciones en que los familiares comentaron que hubo retrocesos o desmejoras en lo anímico, en la socialización, usuarios/as angustiados porque *“no tienen otra cosas que hacer, tampoco. Y, permanecer todo el tiempo en la casa, en el ámbito familiar, que no es lo mejor, es complejo para este tipo de padecimientos”*.

En lo específico de los ***servicios orientados a dar un apoyo a la socialización*** surgieron los siguientes ejes principales:

La medicación adquiere una centralidad que antes no tenía en estos dispositivos. No siendo una función central de estos dispositivos, muchos informantes refirieron que una de las

grandes preocupaciones y en lo que habían centrado sus tareas se organizaba en torno a asegurar la provisión de medicación para los usuarios.

Transformación de las relaciones entre trabajadores y usuarios: la demanda se invirtió en algunos casos y fueron los trabajadores los que tenían la iniciativa para ver cómo estaban los usuarios, sin esperar que fueran los usuarios quienes pedían ayuda. Por otro lado, estando unos y otros en sus casas, se produjo un acceso a intimidades de ambos grupos que con anterioridad no existían.

Pérdida de lo informal y cotidiano: tanto trabajadores como usuarios mencionaron lo importante de los contactos informales que se daban en el compartir el espacio cotidiano y que se habían perdido (tanto entre trabajadores como entre usuario y entre trabajadores y usuarios). Sin embargo, algunos usuarios habían pasado a multiplicar otras formas de contacto (a través de grupos de WhatsApp, por ejemplo) siendo que antes no utilizaban este recurso. Asimismo, hubo muchos más llamados y contactos por fuera de los horarios habituales.

Además de usuarios y trabajadores, las familias fueron muy afectadas con esta nueva situación. El impacto en las familias fue registrado por muchos entrevistados. La convivencia intensiva, la falta de otros apoyos, la pérdida de las rutinas de todos. Un trabajador dijo: ‘se pasó de” vivir con” a “convivir”’. Los trabajadores tuvieron acceso a la situación familiar de los usuarios como nunca antes.

El trabajo en equipo aumentó, se fortalecieron algunos equipos, hubo mayor conciencia de equipo. Aunque otros dicen que trabajan más aislados. El incremento del trabajo para hacer redes y suplir las limitaciones propias o de otros puntos de la red asistencial parece haber existido en diversas regiones.

Algunos aspectos que no se tenían en cuenta a partir de ahora tal vez se lo haga: el afuera (la vida de la persona en su casa), el contexto, el cuerpo, el uso de herramientas tecnológicas, el contacto entre usuarios por fuera de la institución, el tejido de redes entre instituciones de la comunidad.

Nuevos criterios de inclusión y/o de cita presencial pasaron a combinarse con los anteriores: poder seguir el protocolo de cuidado, no tener comorbilidades físicas que lo hagan de riesgo si se contagia, etc.

Cuestionamiento del espacio físico ocupado antes y de formas de funcionamiento. Hay un replanteo sobre la infraestructura adecuada y la necesidad de espacios más amplios y ventilados. Los dispositivos que funcionaban dentro de los monovalentes se plantean tener lugares en la comunidad; los que tenían un espacio físico acotado en la comunidad se plantean algo más descentralizado.

Algunos servicios tuvieron doble afectación: la pandemia y estar en medio de un proceso de transformación política como parte de una iniciativa, por ejemplo, de la Provincia de Buenos Aires.

En lo específico de los *servicios orientados a dar un apoyo al trabajo* surgieron los siguientes ejes principales:

Primeros momentos de estupor/paralización de los equipos, esperando directivas/protocolos claros desde las autoridades y reorganizando y planificando el trabajo bajo las nuevas condiciones. La gran mayoría de los espacios estrictamente productivos dejaron de realizarse. Solo mantuvieron contacto virtual quienes pudieron acceder y adaptarse a esa modalidad.

Reducción de prestaciones: A la reducción en los horarios de funcionamiento se sumó que la mayoría de los servicios sufrieron reducción en su planta de trabajadores. Por un lado, debido a quienes no podían concurrir a las instituciones porque tenían que guardar aislamiento - por ser personas de riesgo o tener personas a cargo - podían seguir trabajando remotamente pero, por otro lado, las restricciones en la circulación del transporte público, reasignaciones de tareas de trabajadores en otros servicios de la red, la necesidad de hacer turnos rotativos en burbujas entre los trabajadores para optimizar el uso del espacio físico en función de las medidas de prevención y distanciamiento y para resguardar el funcionamiento del servicio en caso algún trabajador sea contagiado.

Articulaciones comunitarias: Si bien también se suspendieron diversas instancias de articulación e intercambio/venta como ferias de la economía social y solidaria, de pequeños emprendimientos comunitarios, o a realizar eventos en donde los espacios productivos exhiben y venden sus objetos y esto también frenó la entrada de ingresos; en algunos casos, el impulso de la comunicación, la virtualidad y la posibilidad de venta por redes sociales e internet, mejoró las ventas.

Desde la óptica de los/as entrevistados/as, para los/as usuarios/as el impacto de la pandemia fue múltiple. La cuarentena estricta cambió radicalmente la vida cotidiana, de repente dejar de concurrir a las instituciones, de participar de los talleres, de ver a sus amigos, dejar de producir. En muchos casos, esta participación es el único momento de socialización de la semana, es la posibilidad de salir de sus viviendas en el caso de que la tengan. Al tratarse de espacios productivos los cuales venden sus producciones, para muchos también es la posibilidad de un pequeño ingreso económico, posibilidad de producir y organizarse para ir a participar un fin de semana en una feria, relacionarse e intercambiar con otros emprendedores que no tienen que ver con la salud mental.

El retorno a la presencialidad, en los lugares en que fue posible (primero AMBA y luego el resto), fue paulatino, instalándose una modalidad mixta de presencialidad y virtualidad. Algunos servicios implementaron, en principio, encuentros presenciales al aire libre (parques, plazas, etc.); en las instituciones, para asistir lo hacen en pequeños grupos, conocidos como “burbujas”, en menos días y con carga horaria reducida. Se elaboran cronogramas que organizan las actividades respetando todos los protocolos, siendo los que más afectan el funcionamiento los que establecen el aforo permitido en función de la superficie a ocupar. La cantidad de horas de funcionamiento presencial son más reducidas, por lo que también se reduce la cantidad de espacios ofertados, y la participación en los mismos también se ve reducida en un 50% o más.

De los 16 servicios/dispositivos orientados a dar una solución o apoyo para el trabajo, sólo la mitad funcionan en espacios físicos propios. El resto: uno dentro de un hospital psiquiátrico, otro dentro de un hospital general, ambos tuvieron que dejar de funcionar porque necesitaron de esos espacios físicos por la cantidad de demanda que llegaba y el riesgo de contagio. Otro funcionaba en la cocina de otra institución (CIC) y esta se usó para distribuir comida a los vecinos y vecinas. Otro espacio se encontraba en refacciones, por lo que tuvieron que guardar sus elementos de trabajo en otro lugar de donde luego los mismos en gran parte fueron tirados a la basura. Dos emprendimientos están en lugares “prestados”.

En lo específico de los *servicios orientados a dar un apoyo habitacional* surgieron los siguientes ejes principales:

Imposibilidad de la articulación intersectorial. En los primeros momentos, la imposibilidad de los usuarios de asistir a los servicios relacionados con el apoyo a la socialización representó la principal afectación. Ello generó una reformulación en las prestaciones. La imposibilidad de llevar a cabo las gestiones necesarias para acceder a subsidios habitacionales dificultó los egresos de los usuarios de estos servicios.

En la medida que las estrategias sanitarias destinadas a minimizar la transmisión del Covid 19 se afianzó entre los usuarios se enlazaron con estrategias destinadas al cuidado tales como la alimentación, el tabaquismo y la salud integral.

En medio de las medidas de aislamientos se dan cambios en los puestos directivos de algunas de las entidades de las que dependían los dispositivos, lo que genera cambios positivos, pues se abren canales de comunicación y mayores expectativas por parte de los trabajadores para el mejoramiento de los servicios.

8 DISCUSIÓN

La pandemia de COVID-19 constituye un evento trágico para toda la humanidad y puso a prueba los sistemas de salud en todo el mundo. Este desafío, impactó de modo particular en los servicios de psiquiatría y salud mental en todos sus niveles y modalidades, sean con internación o ambulatorios, viéndose reducida la cantidad y la calidad de la atención que se ofrece a las personas usuarias de estos servicios(18–20). Por otro lado, si tenemos en cuenta las sobradas evidencias de los efectos de la misma en la salud mental de la población en general(22), este impacto puede ser más significativo en un grupo de alto riesgo y con necesidades de atención continuada en el tiempo por parte del sistema de salud, como lo es el de las PcDP/usuarias de los servicios comunitarios de salud mental y de rehabilitación.

Cuando se habla de dispositivos de rehabilitación se suele pensar en servicios y dispositivos alternativos al tradicional modelo de atención basado en la internación psiquiátrica y, especialmente, a las grandes instituciones monovalentes que aún albergan en nuestro país a cientos de personas en cada una de ellas(4). Sin embargo, algunos servicios de rehabilitación funcionan en el interior de tales hospitales y se hace evidente la necesidad de implementar en

lo inmediato un funcionamiento independiente de sus estructuras y con base en la comunidad. Estos dispositivos fueron los más afectados en términos de una alteración en su funcionamiento habitual dado el riesgo de contagio de una población que fue doblemente encerrada al inicio de la pandemia(19).

Otra idea arraigada es que los servicios de rehabilitación constituyen una categoría más o menos homogénea. Sin embargo, a partir del relevamiento inicial y de las entrevistas realizadas, se desprende que tienen modalidades y lógicas de funcionamiento bastante diferentes según se dediquen a dar un apoyo habitacional o para la socialización o el trabajo, según la caracterización que adoptamos de Saraceno(15). En línea con esta característica, la afectación por la pandemia por coronavirus fue marcadamente diferente según el tipo de servicio de rehabilitación del que se tratara. El cierre, o la ausencia de trabajadores y usuarios, no se aplicó a los servicios que brindan apoyo habitacional aunque sí, en gran medida, a los otros tipos de servicios de rehabilitación. Fue más similar la afectación de los servicios orientados hacia la socialización y aquellos orientados específicamente hacia el trabajo.

Resulta importante tener en cuenta que, contrariamente a lo que suponíamos, los servicios de rehabilitación cerrados u operando bajo modalidades muy parciales - en un primer momento - parecen no haber impactado en un incremento de internaciones de sus usuarios, si bien se observaría un aumento en la demanda por internaciones transcurrido un año de la pandemia (del 8 al 17%). En otro contexto, Ambrosetti et al (23) registraron que luego del confinamiento no sólo hubo un aumento del 21% en la cantidad de internaciones sino también condiciones clínicas más severas. Si bien es necesario replicar estudios de este tipo a mayor escala, aportan pistas para generar diversas hipótesis respecto de, por ejemplo, los modos en que se habrían tramitado las crisis de salud mental en los usuarios de estos servicios tal vez con mayores apoyos familiares; o si las crisis de salud mental se habrían visto opacadas por una preocupación generalizada por la salud física, o si también incidieron las restricciones para la atención en salud mental y/o internación existentes en el resto de los servicios en los períodos más críticos de la pandemia. Por otro lado, estos estudios también proporcionan una base para futuros estudios centrados en el impacto a largo plazo de la pandemia. y las medidas sanitarias asociadas a la salud mental(23).

La variación en el tiempo, el cambio muchas veces rápido o imprevisto, fue común a todos los tipos de dispositivos. Más allá de que nuestras preguntas podían apuntar a estos cambios, los participantes refirieron de modo espontáneo ejemplos de situaciones que les requerían mucha

“adaptabilidad” tanto para los equipos como a la institución en su conjunto. El foco se centró en garantizar que las personas usuarias de los servicios de rehabilitación psicosocial no estuvieran solas y no se sintieran “olvidadas” durante los momentos de crisis del coronavirus, proporcionando los recursos disponibles, como sesiones individuales y reuniones grupales virtuales, evaluación, tratamiento y apoyo mediante consultas telefónicas y/o por videollamada, como también facilitar el acceso a la medicación que necesitan(24) y/o gestionar turnos, articulando con los servicios de referencia.

La nueva modalidad de trabajo, en un contexto que afectaba similarmente a usuarios y a trabajadores, requirió un gran esfuerzo y generó enorme cansancio (especialmente al inicio y luego de sostener una versión modificada del trabajo por muchos meses y en plena incertidumbre). En general, el cansancio se sostuvo y hubo participantes que lo destacaron en la segunda entrevista como algo que seguía sucediendo, ya pasado un año del comienzo de la pandemia. Diversos estudios registran, por diferentes vías y metodologías, resultados similares de estrés, agotamiento, sensación de impotencia en trabajadores de servicios de salud mental(25–27). La imprevisibilidad de la pandemia y la necesidad de cambios repentinos, los cambios en la situación epidemiológica y en las medidas restrictivas de la circulación, sumado a la falta de directivas claras y de los apoyos necesarios desde las instancias de gestión para la implementación de los cambios necesarios en la organización y las prácticas de los servicios de rehabilitación psicosocial, y todo esto en un marco de incertidumbre respecto a la durabilidad y eficacia de estos cambios, impactan de forma negativa en el agotamiento. Estos hallazgos, encuentran también anclaje en los de Sklar, Ehrart y Aarons (26) para quienes el agotamiento era bajo sólo cuando los cambios laborales eran también leves y los recursos laborales de apoyo organizacional, institucional y de confianza por parte de las instancias centrales de gestión eran altos. En este sentido, plantean que si bien la llegada de la pandemia de COVID-19 no permitió una planificación anticipada, este trabajo muestra que gestores y diferentes instancias del sistema de salud podrían planificar cómo minimizar los cambios en la organización del trabajo cuando sea posible para prevenir el agotamiento, en lugar de brindar apoyo después del hecho.

Esto también fue posible contrastar con otras entrevistas, principalmente de Santa Fe y provincia de Buenos Aires, donde es posible notar repercusiones de los cambios en las gestiones provinciales de salud mental. La puesta en marcha - y la adhesión por parte de sectores importantes de los trabajadores - de un proyecto de transformación de la atención que

va en el sentido de profundizar la normativa vigente, con un modo de gestión más cercana, que escucha y apoya a los servicios y sus trabajadores con el objetivo de potenciar el apoyo y la ampliación de la red de servicios comunitarios y territoriales en función lograr el cierre definitivo de las instituciones monovalentes en nuestro país, renuevan - a pesar del agotamiento - las esperanzas, la convicción y el compromiso de estar siendo parte de un proyecto transformador de la atención para las personas con discapacidad psicosocial y usuarias de los servicios de salud mental. En este sentido, para Druss (25) el bienestar y la salud de los trabajadores de los servicios de rehabilitación para PcDP es una preocupación creciente, principalmente como resultado de la pandemia sobre la demanda de estos servicios y, si bien la investigación que se centra en este aspecto no abunda, considera que es importante para apoyar a una fuerza laboral de salud mental resiliente.

El uso de herramientas tecnológicas para mantener el contacto y ofrecer apoyo de forma remota tuvo un desarrollo inesperado antes de la pandemia. Con la irrupción de las dificultades asociadas al aislamiento físico y social, los trabajadores destacaron repetidamente la centralidad que habían adquirido los recursos tecnológicos aunque estos no siempre estaban al alcance de las personas usuarias o mismo de los trabajadores(28). Muchas veces faltaban dispositivos (teléfonos o computadoras) capaces de facilitar llamadas con video o simplemente algún tipo de conexión. Otras veces no se contaba con las habilidades necesarias para utilizar los aparatos o instalar aplicaciones nuevas. Muchas otras veces tampoco contaban con acceso a Wifi o planes de datos para conectarse. Otras veces, algunas personas optaban por no hacerlo por desconfianza hacia la tecnología o falta de privacidad. Si bien permitió la continuidad de comunicaciones con muchas personas, y de muchas personas entre sí a través de nuevos grupos de WhatsApp, por ejemplo, el acceso a la tecnología implicó un nuevo factor de discriminación y potenció la desigualdad para acceder a los servicios de rehabilitación.

Especialmente, la modalidad virtual para los enfoques grupales y talleres resultó agotadora al inicio y, una vez que se pudo implementar, también fue perdiendo interés para muchos usuarios que veían en esta nueva modalidad una pérdida significativa respecto de los encuentros en persona. Particularmente para muchos de los dispositivos/servicios relacionados a dar apoyo al trabajo resultó muy difícil el sostenimiento - en modalidad virtual - de los espacios colectivos centrados en la producción de objetos.

La virtualidad en los servicios de rehabilitación resaltó desigualdades y presentó severas limitaciones al tratar de traspasar lo presencial a este nuevo formato. Sin embargo, algunos trabajadores resaltaron que el aprendizaje en el uso de estas herramientas terminó facilitando el contacto entre los usuarios y sin presencia de los trabajadores, lo cual podría ser un paso interesante en términos de autonomía y la socialización en la cual los servicios de salud no ocupen la centralidad en el proceso de inclusión social.

Existe un creciente debate en torno a la prestación de servicios de salud mental de forma remota(28), se necesitan más estudios específicos para evaluar pertinentemente potencialidades y desafíos de esta modalidad(29), principalmente en aquellos contextos en los cuales el acceso a la virtualidad implica directamente el derecho del acceso a la salud. En este sentido, si el acceso a internet y la tecnología adecuada tiene directamente que ver con el acceso a un derecho humano básico como es la salud(30), esto genera obligaciones para las autoridades y la comunidad en general para crear la infraestructura digital requerida y (cuando sea necesario) cubrir los costos de acceso a Internet cuando esta sea la única forma factible de brindar atención de salud mental.

Los servicios orientados hacia la inclusión social no suelen tener entre sus objetivos primarios garantizar el acceso a comida o medicación (clínica o psiquiátrica) ya que se espera que dichos servicios básicos sean provistos en otras instancias y sectores. Sin embargo, el cierre de los servicios, la imposibilidad para trabajadores y usuarios de concurrir o la desconexión de muchos usuarios en los casos en los que los servicios permanecieron mínimamente abiertos, hizo que los trabajadores se centraran en garantizar aspectos no esenciales a sus dispositivos. Dado que algunos servicios proveían comida adicionalmente a sus objetivos primarios de socialización para los usuarios y, en otros casos estos se disponibilizaron para hacer llegar la alimentación proveída por otros servicios, el foco pasó a estar en cómo hacerles llegar la comida a los usuarios. A la crisis económica anterior a la pandemia se sumó la crisis derivada de las restricciones de la pandemia y, en tal caso, el acceso a servicios básicos se tornó aún más complejo que lo habitual. Los trabajadores pasaron a ser distribuidores de bolsones de comida con sus propios autos cuando los tenían y gestores de recetas para que los usuarios no se quedaran sin medicación. El apoyo a la socialización se volvió más un apoyo para la subsistencia.

Cuando comenzaron a publicarse los trabajos sobre el impacto de la pandemia en los servicios de salud mental esto sucedió en los países a los que llegó primero el coronavirus y se trataba

de países de alto desarrollo(31). Por lo tanto, sus reportes acerca de, por ejemplo, la comida en los servicios de salud mental no fueron tan difundidos. Sin embargo, reportes como el de Brasil(32) muestran afectaciones en estos servicios de modos más similares a los que encontramos en nuestro estudio.

9 RELEVANCIA PARA LA SALUD PÚBLICA

- Este estudio provee un panorama de lo que fueron los efectos de la pandemia en los servicios de atención dirigidos a personas con discapacidad psicosocial. Sería conveniente incluir en la evaluación de los resultados de la gestión sanitaria de la Argentina vinculada a la pandemia por COVID-19, con sus aciertos y dificultades, cuáles han sido los efectos en estas personas, en función de su vulnerabilidad y la fragilidad que caracteriza a los servicios destinados a ellas.
- Por otro lado, este estudio revela que las barreras de acceso a la tecnología podría constituirse en un nuevo elemento de discriminación y podría potenciar la desigualdad para acceder a servicios de rehabilitación. Para mejorar las prácticas e intervenciones de este tipo de servicios, se recomienda profundizar en las particularidades del trabajo en rehabilitación a partir de la incorporación de tecnologías de la comunicación, en función de la centralidad que pudieran obtener como principal herramienta de trabajo en el área a partir de la pandemia por COVID.
- A la luz de la afectación por la pandemia, se habría acentuado la importancia de desarrollar los servicios de rehabilitación para personas con discapacidad psicosocial en el seno de la comunidad y por fuera de los hospitales. Esta recomendación no es nueva. Pero, el estudio realizado mostró cómo los servicios insertos en los hospitales sufrieron una afectación aún mayor que los otros servicios de base comunitaria y acentuó el imperativo de la recomendación ya existente.
- Las estrategias de gestión de cambios transparentes, bien comunicadas y sólidas son importantes cuando los cambios no se pueden evitar para minimizar el estrés y desgaste entre trabajadores.
- Las adaptaciones sostenibles de los sistemas de prestación de servicios para la atención de la salud mental deberían ser desarrolladas por todos los involucrados: gestores, trabajadores, usuarios de servicios y deberían diseñarse específicamente para mitigar las

disparidades en la prestación de atención médica. La evaluación completa y continua de las prácticas de salud mental será crucial para definir qué prácticas deben desarrollarse más y cuáles deben interrumpirse.

- Finalmente, consideramos imperioso fortalecer los que existen y crear nuevos dispositivos y servicios de rehabilitación para personas con discapacidad psicosocial (en todas sus variantes, para socialización, para el trabajo y viviendas) para que, junto a la atención primaria de la salud y a los hospitales generales, sea posible avanzar en los procesos de externación sustentable y efectivamente sustituir la necesidad de las instituciones monovalentes.

10 COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Pretendemos comunicar los resultados a partir de:

- presentaciones en eventos científicos (ya uno agendado para noviembre/2021).
- publicaciones en revistas científicas, una en español y una en inglés.

11 ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

COVID19: Enfermedad por coronavirus de 2019

PcDP: Persona con Discapacidad Psicosocial

12 AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las personas entrevistadas por su testimonio y por su trabajo frente a los nuevos desafíos. A la Dirección de Investigación del Ministerio de Salud de la Nación por la posibilidad de darle sostén a esta iniciativa. A la Facultad de Psicología UBA y UNR, a Proyecto Suma y al Centro Integral de Salud Mental Comunitaria "La Casita" por alojar este y muchos otros proyectos.

13 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prvu Bettger J, Thoumi A, Markevich V, De Groot W, Rizzo Battistella L, Imamura M, et al. COVID-19: maintaining essential rehabilitation services across the care continuum. *BMJ Glob Heal* [Internet]. 2020 May 5;5(5):e002670. Available from: <https://gh.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgh-2020-002670>
2. WHO/OMS. *Invertir en Salud Mental*. Ginebra; 2004.
3. OPS/OMS. *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington DC; 2018.
4. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones Dnsm. *Primer Censo Nacional de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental*. Buenos Aires; 2019.
5. WHO/OMS. *Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. [Internet]. Ginebra; 2006. Available from: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
6. OPS/OMS. *Declaración de Caracas*. In Caracas; 1990 [cited 2018 May 20]. p. 5. Available from: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
7. OPS/OMS. *Consenso de Panamá*. Panamá; 2010.
8. República Argentina. *Decreto 603/2013 por el cual se aprueba la reglamentación de la Ley 26657*. Buenos Aires: Poder Ejecutivo Nacional; 2013.
9. República Argentina. *Ley 26657 del 25 de noviembre de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. Derecho a la protección de salud mental*. Buenos Aires: Congreso de la Nación Argentina; 2010.
10. Li W, Yang Y, Liu Z-H, Zhao Y-J, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. *Int J Biol Sci* [Internet]. 2020;16(10):1732–8. Available from: <http://www.ijbs.com/v16p1732.htm>
11. Etchevers M, Garay C, Putrino N, Grasso J, Natalí V, Helmich N. *Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de la cuarentena en*

población argentina. [Internet]. Buenos Aires; 2020. Available from: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>

12. Johnson MC, Saletti-Cuesta L, Tumas N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. Cien Saude Colet [Internet]. 2020 Jun;25(suppl 1):2447–56. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702447&tlng=es

13. ONU O de N, Unidas. Los servicios de salud mental son parte esencial en todas las respuestas de los gobiernos al COVID-19 [Internet]. United Nations; 2020 [cited 2021 Oct 1]. p. 3. Available from:

<https://www.un.org/es/coronavirus/articles/servicios-de-salud-mental-respuesta-gobiernos-covid-19>

14. Agrest M. Proyecto Suma. Cambios en el proceso de atención clínica, cuidado y autocuidado en el campo de la salud mental en la Argentina a partir de la declaración del COVID-19 como pandemia. Documento de trabajo. Buenos Aires; 2020.

15. Saraceno B. La Liberación de los pacientes psiquiátricos. Editorial. México; 2003.

16. Saraceno B. La rehabilitación entre modelos y práctica. In: Basauri A, editor. Evaluación de Servicios de Salud Mental. Asociación. Madrid; 1993.

17. Palacios A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Grupo Edit. Madrid; 2008. 524 p.

18. Ardila-Gómez S, Fernández M, Matkovich A, Rosales M, Alonso R, Agrest M, et al. Repercusiones de la COVID-19 en la Internación Psiquiátrica en América Latina y el Caribe. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2021 Jun;55(4):327–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745021001001>

19. Ardila-Gómez S, Rosales M, Fernandez M, Velzi Díaz AR, Matkovich A, Agrest M. Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. Rev Argentina Salud Pública [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 1];13. Available from: <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/575>

20. Ardila-Gómez S, Díaz AV, Vargas E, Trujillo MAA, Ortega EJC, Agrest M. COVID-19 and global mental health. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021 Jun;8(6):457–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2215036621001504>
21. Vasilachis de Gialdino I. *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa Edi. Barcelona; 2006.
22. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM*. 2020 Aug 1;113(8):229–35.
23. Ambrosetti J, Macheret L, Folliet A, Wullschleger A, Amerio A, Aguglia A, et al. Psychiatric emergency admissions during and after COVID-19 lockdown: short-term impact and long-term implications on mental health. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec 24 [cited 2021 Sep 27];21(1):465. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03469-8>
24. Aamir A, Awan S, de Filippis R, Diwan MN, Ullah I. Effect of COVID-19 on Mental Health Rehabilitation Centers. *J Psychosoc Rehabil Ment Heal* [Internet]. 2021 Apr 21 [cited 2021 Sep 27];8(1):97–100. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40737-020-00203-7>
25. Druss BG. Addressing the COVID-19 pandemic in populations with serious mental illness. *JAMA Psychiatry*. 2020 Sep 1;77(9):891–2.
26. MV M, A V, I C, B S, F F, G T. The Effect of the Pandemic on the Care of Patients with Mental Disorders: Measure of “Compassion Fatigue” and “Burn-Out” in the Operator. *Psychiatr Danub* [Internet]. 2021 Sep [cited 2021 Sep 27];33(Suppl 9):114–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34559789/>
27. Sklar M, Ehrhart MG, Aarons G. COVID-Related Work Changes, Burnout, and Turnover Intentions in Mental Health Providers: A Moderated Mediation Analysis. *Psychiatr Rehabil J* [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 29];44(3):219–28. Available from: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2021-45244-001.html>

28. A R. Remote Psychosocial Rehabilitation (rPSR): A Broad View. *J Psychosoc Rehabil Ment Heal* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 Sep 27];7(2):119–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837859/>
29. Daigle P, Rudnick A. Shifting to Remotely Delivered Mental Health Care: Quality Improvement in the COVID-19 Pandemic. *Psychiatry Int* 2020, Vol 1, Pages 31-35 [Internet]. 2020 Sep 22 [cited 2021 Oct 1];1(1):31–5. Available from: <https://www.mdpi.com/2673-5318/1/1/5/htm>
30. Reglitz M, Rudnick A. Internet access as a right for realizing the human right to adequate mental (and other) health care. <https://doi.org/10.1080/0020741120201727019> [Internet]. 2020 Jan 2 [cited 2021 Set 1];49(1):97–103. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207411.2020.1727019>
31. Boldrini P, Garcea M, Bricetto G, Reale N, Tonolo S, Falabella V, et al. Living with a disability during the pandemic. “Instant paper from the field” on rehabilitation answers to the COVID-19 emergency. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2020 Jul;56(3). Available from: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R33Y2020N03A0331>
32. Ornell F, Borelli WV, Benzano D, Schuch JB, Moura HF, Sordi AO, et al. The next pandemic: impact of COVID-19 in mental healthcare assistance in a nationwide epidemiological study. *Lancet Reg Heal - Am* [Internet]. 2021 Sep;100061. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2667193X21000570>