

CAPÍTULO III

Salud mental en trabajadores y trabajadoras de la salud de la ciudad
de Córdoba durante la pandemia de COVID-19

Gabriela Rivarola Montejano

Yanina Michelini

Sebastián Leonangeli

María Belén Luna Dómina

Introducción

El 11 de marzo de 2020, un comunicado de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) anunciaba que el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), notificado por primera vez en Wuhan (China) en diciembre de 2019, podía caracterizarse como una pandemia (es decir, una enfermedad de propagación mundial) (OMS, 2020). Pocos días antes de este anuncio, Argentina reportaba los primeros casos de COVID-19 (Ministerio de Salud de la Nación, 2020a). Desde ese entonces, el sistema de salud argentino comenzó a diseñar e implementar distintos protocolos sanitarios con altísimas implicancias para los trabajadores de la salud, y más aún, para aquellos/as que estuvieran en contacto con casos confirmados y/o sospechados de COVID-19 (Ministerio de Salud de la Nación, 2020d).

Diversas investigaciones (Brooks, Webster, Smith, Woodland, Wessely, Greenberg & Rubin, 2020; Hall, Hall, & Chapman, 2008; Maunder, Hunter, Vincent, Bennett, Peladeau, Leszcz, Sadavoy, Verhaeghe, Steinberg & Mazzulli, 2003) realizadas a partir de brotes de enfermedades infecciosas como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), la gripe pandémica (H1N1) y el brote de Ébola indican que, en tal contexto, los/as trabajadores/as de la salud se enfrentan a protocolos nuevos y muy cambiantes que incluyen medidas rigurosas de control de infecciones y uso permanente de equipos de protección personal que interfieren con su habitual desempeño en la interacción con pacientes, familiares y colegas. No sólo aumenta la carga de trabajo del personal sino también el temor por el propio contagio y/o el de su familia (Hall et al., 2008). Al mismo tiempo, sienten culpa por no brindar un servicio adecuado, por tener que mantenerse aislados/as, y sufren la estigmatización de vecinos y vínculos cercanos por ser percibidos/as en alto riesgo de contraer y/o contagiar la enfermedad.

Durante el brote del SARS, una enfermedad infecciosa de la misma familia del coronavirus, los/as trabajadores/as de la salud reportaron síntomas de ansiedad, depresión y estrés (Chong, Wang, Hsieh, Lee, Chiu, Yeh, Huang, Wen, & Chen, 2004; Wu, Fang, Guan, Fan, Kong, Yao, Liu, Fuller, Susser, Lu & Hoven, 2009). La ansiedad fue uno de los primeros síntomas en aparecer y luego fue cediendo gradualmente, en cambio, los síntomas de depresión y estrés post traumático fueron más tardíos y

tendieron a perdurar en el tiempo, impactando profundamente en la salud mental de los/as trabajadores/as. Un estudio reciente realizado en China (Lai et al., 2020) a personal de salud abocado a casos de COVID-19 demostró que una proporción considerable reportó síntomas de ansiedad (44.6%), depresión (50.4%), distrés (71.5%) e insomnio (34%). A su vez, los resultados de una revisión de investigaciones realizadas en India y China a trabajadores/as de salud durante la pandemia (Spoorthy, Pratapa & Mahant, 2020) reveló que quienes presentaron mayor severidad en estos síntomas fueron las mujeres, las personas que se desempeñaban en la primera línea de atención médica, aquellos/as que residían en zonas con mayor cantidad de casos y los/as trabajadores/as que reportaron niveles más bajos de autoeficacia y apoyo social.

A nivel regional, si bien son incipientes los estudios que evalúan la salud mental del personal en salud, se observa una tendencia similar de malestar emocional experimentado. En Chile, el 65% de los/as profesionales de la salud reportó síntomas de depresión, el 74% de ansiedad, el 65% de insomnio y el 57% de distrés (Urzúa, Vera-Villaruel, Samaniego, Caqueo-Úrizar, Zapata & Irarrázaval, 2020). Mientras que, en Paraguay, más de un tercio de los/trabajadores en salud tuvieron síntomas entre moderados y severos de depresión (32.2%), ansiedad (41.3%), insomnio (27.8%) y distrés (38.9%) (Samaniego, Urzúa, Buenahora & Vera-Villaruel, 2020). En ambos casos, las mujeres y las personas de menor edad presentaron un riesgo mayor de presentar síntomas (Samaniego et al., 2020; Urzúa et al., 2020). Por otra parte, contextos económicos y sociales severamente estresantes pueden incrementar el consumo de sustancias (alcohol u otras drogas), particularmente, en el personal de salud (McKay & Asmundson, 2020; Walton, Murray & Christian, 2020). El consumo de alcohol, marihuana y benzodiacepinas puede realizarse también como una manera de combatir la ansiedad y, si este consumo no se controla tempranamente, puede generar dependencia y otras complicaciones psiquiátricas (Esquivel-Acevedo, Sánchez-Guerrero, Ochoa-Palacios, Molina-Valdespino & Muñoz-Fernández, 2020). Ejemplificando este punto, un estudio halló que quienes trabajaron en hospitales durante la pandemia por SARS, presentaron síntomas de abuso y dependencia de alcohol tres años después del brote; estos síntomas, a su vez, se asociaron con haber estado en cuarentena y haber trabajado en locaciones de alto riesgo durante la pandemia (Wu et al., 2008).

Asimismo, un fenómeno social que ha sido documentado durante épocas de pandemia es la estigmatización (esto es, cuando se asocia un riesgo con una población o grupo particular de personas) y la discriminación al personal de salud (Maunder, 2004; O'Leary, Jalloh & Neria, 2018). Durante el brote de SARS, los/as

trabajadores/as de la salud que trataron pacientes con esta enfermedad reportaron haber sufrido mayor estigmatización que quienes no tenían contacto directo con los enfermos/as (Grace, Hershenfield, Robertson & Stewart, 2005). En el caso del COVID-19, durante el brote inicial fue la población asiática, en especial los/as ciudadanos/as chinos/as, quienes sufrieron mayor estigmatización en todo el mundo, pero al convertirse en una pandemia el foco de estigma y discriminación viró hacia los/as trabajadores/as de la salud, con numerosas situaciones de agresión verbal y física alrededor del mundo (Abuabara, 2020; Villa, Jaramillo, Mangioni, Bandera, Gori & Raviglione, 2020). El miedo a ser discriminado y/o estigmatizado, además de impactar negativamente en la salud mental de los/as trabajadores (Maunder, 2004), puede generar que quienes lo sufren no busquen tratamiento psicológico o psiquiátrico para mitigarlo (Zheng, 2020).

Las características únicas de la pandemia por COVID-19 han generado un gran caudal de investigaciones desarrolladas a lo largo del planeta, sin embargo, son incipientes los trabajos a nivel local que examinan su impacto en la vida de las personas en general, y menos aún, en la del personal que trabaja en centros de salud que brindan atención a personas con COVID-19 o sospechadas de tal enfermedad. En este contexto, es imperioso avanzar hacia estudios que indaguen los factores que influyen en la salud mental de los/as trabajadores/as de la salud durante la pandemia. Así entonces, este trabajo se propuso examinar problemas de salud mental (i.e., insomnio, depresión, ansiedad, estrés e impacto de evento estresante) y consumo de sustancias en trabajadores/as de la salud, pertenecientes a instituciones públicas y/o privadas de la provincia de Córdoba (Argentina), receptoras de casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Asimismo, indagamos si variables sociodemográficas como el sexo y la edad así como variables relacionadas con el desempeño en tareas de contingencia por COVID-19 (i.e., exposición a casos COVID-19, discriminación, acceso a ayuda psicológica) se asociaron con los problemas de salud mental y el consumo de sustancias.

Metodología

Muestra

Invitamos a participar, mediante redes sociales (Facebook, Instagram y Twitter) y contacto telefónico con Hospitales y Clínicas, a profesionales de la salud del sector público y privado de la provincia de Córdoba (Argentina). El

estudio se llevó a cabo durante los meses de julio a septiembre del año 2020, en el contexto de la pandemia por COVID-19. No obstante, la gran mayoría (87%) de los/as participantes, completó la encuesta durante los meses de julio y agosto. Participaron 163 profesionales de la salud (78.3% mujeres) de 21 a 66 años ($M = 36.42$ años; $DE = 9.54$). No observamos diferencias significativas en la edad en función del sexo ($t = .983$; $p = .327$).

El 50% de los participantes eran médicos/as, el 33.7% enfermeros/as, el 6.7% tenían como profesión farmacéutico/a, bioquímico/a, biólogo/a o especialista en bioimágenes, un 4.3% eran psicólogos/as o trabajadores/as sociales, el 2.5% se dedicaban a tareas administrativas, el 1.8% eran odontólogos/as o kinesiólogos/as y el 0.6% realizaban tareas de investigación. Respecto a la institución de salud donde se desempeñaban, el 53.1% trabajaba en una institución pública, el 32.7% en una institución de carácter privado y el 14.2% mencionó trabajar en ambos tipos de instituciones.

Procedimiento

Los datos se recolectaron a través de una encuesta online desarrollada con el software *LimeSurvey* (licencia oficial de la Universidad Nacional de Córdoba). Todos los procedimientos empleados respetaron los lineamientos éticos para la investigación con humanos recomendados por la Asociación Psicológica Americana (2016), la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2017) y la Ley Nacional Argentina 25.326 de Protección de los Datos Personales (Honorable Congreso de la Nación Argentina, 2000). Los protocolos de este estudio fueron aprobados por el Comité de ética del Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba, Argentina.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos

Se aplicó un cuestionario *ad-hoc* que incluyó preguntas sobre sexo, edad, nivel educativo alcanzado (desde *secundario completo* hasta *posgrado completo*), tipo de institución/es (*pública/s*, *privada/s* o *ambas*) en que se desempeña como trabajador/a de salud y tipo de actividad realizada en la/s institución/es de salud.

Cuestionario de desempeño en la contingencia por COVID-19

Siguiendo estudios previos (Kang et al., 2020; Maunder et al., 2013), se utilizó un cuestionario *ad-hoc* para indagar, en primer lugar, las áreas de la/s institución/es de salud (*triage, consultorio de casos febriles, guardia central, manejo de material biológico, internación casos COVID-19 en sala común, internación casos COVID-19 de cuidados críticos*) en las cuáles se desempeña la actividad de salud. En segundo lugar, los/as participantes reportaron *sí o no*, desde que inició la pandemia de COVID-19 en Argentina: 1- estuvieron expuestos/as directamente a casos sospechosos o confirmados de COVID-19; 2- ellos/as, 3- alguien de su círculo más cercano (i.e., familiares, amigos/as) o 4- alguien de su barrio recibió diagnóstico de COVID-19; 5- se sintieron discriminados/as por ser trabajadores/as de la salud. Por último, se preguntó a los/as participantes *si o no*, desde que inició la pandemia de COVID-19 en Argentina, recibieron algún tipo de ayuda psicológica como las siguientes: *materiales psicológicos (por ejemplo, libros, folletos), recursos psicológicos a través de redes sociales u otras plataformas virtuales, consejería psicológica o psicoterapia, otra*.

Índice de Gravedad del Insomnio (ISI)

Se utilizó la versión en español (Fernández-Mendoza et al., 2012) del Insomnia Severity Index (Bastien, Vallières & Morin, 2001). Esta escala mide el nivel de severidad (desde *ninguna* hasta *muy grave*) de problemas de sueño (i.e., *dificultades para quedarse y para permanecer dormido/a, problemas para levantarse temprano*) experimentados en los últimos 15 días. Además, incluye cuatro preguntas para indagar sobre el nivel (desde *para nada* hasta *extremadamente*) de: 1- satisfacción con el propio sueño, 2- notoriedad de sus problemas de sueño, 3- preocupación por el propio sueño, 4- interferencia de sus problemas de sueño con el propio funcionamiento diario. La escala presentó valores adecuados de consistencia interna tanto en la versión en español (Fernández-Mendoza et al., 2012; $\alpha = .82$) como en el presente estudio ($\alpha = .87$). Siguiendo estudios previos (Morin, Belleville, Bélanger & Ivers, 2011), se utilizaron los siguientes puntos de corte para los puntajes en la escala: *Sin insomnio* [0-7], *Subclínico* [8-14], *Moderado* [15-21] y *Severo* [22-28].

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

Se utilizó la versión en español (Daza, Novy, Stanley & Averill, 2002) de la

Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995). La escala mide síntomas de depresión, ansiedad y estrés y está conformada por 21 ítems, agrupados en tres dimensiones. Para responder, los/as participantes deben indicar cuánto aplica cada una de las afirmaciones a lo experimentado durante los siete días previos en una escala Likert de cuatro puntos (0 = *No aplica a mí, para nada*, 1 = *Aplica un poco a mí, o parte del tiempo*, 2 = *Aplica bastante a mí, o buena parte del tiempo*, 3 = *Aplica mucho a mí, o la mayor parte del tiempo*). La DASS-21 presentó valores adecuados de consistencia interna tanto en el estudio de adaptación española (Daza et al., 2002; $\alpha = .96$ para la escala total, entre $\alpha = .86$ y $\alpha = .93$ para las subescalas) como en el presente estudio ($\alpha = .94$ para la escala total, entre $\alpha = .84$ y $\alpha = .87$ para las subescalas). En función de estudios previos (Stanton et al., 2020) se utilizaron los siguientes puntos de corte para cada escala: Depresión: *Normal* [0-4], *Leve* [5-6], *Moderado* [7-10], *Severo* [11-13], *Extremo* [≥ 14]; Ansiedad: *Normal* [0-3], *Leve* [4-5], *Moderado* [6-7], *Severo* [8-9], *Extremo* [≥ 10]; Estrés: *Normal* [0-7], *Leve* [8-9], *Moderado* [10-12], *Severo* [13-16], *Extremo* [≥ 17].

Escala de Impacto de Evento-Revisada (EIE-R)

Se utilizó la versión en español (Caamaño, Fuentes, González, Melipillán, Sepúlveda & Valenzuela, 2011) de la *Impact of Event Scale Revised* (IES-R; Weiss & Marmar, 1997) que mide el malestar subjetivo causado por un evento estresante y está conformada por 22 ítems. A los fines del presente estudio, se solicitó a los participantes que respondan la escala pensando en un evento o suceso en particular que hayan experimentado en los últimos 15 días, vinculado con la contingencia por COVID-19 desde su posición de trabajador/a de la salud. Para responder, los participantes indicaron, en una escala de 0 = *nada* a 4 = *extremadamente*, que tan molestos/as o angustiados/as se sintieron frente a una serie de dificultades (i.e., enunciados) relacionadas con el evento estresante. La escala presentó valores adecuados de consistencia interna tanto en la versión en español (Caamaño et al., 2011; $\alpha = .98$) como en el presente estudio ($\alpha = .94$). En base a estudios previos (Samaniego et al., 2020) se establecieron puntos de corte para el puntaje en la escala, a saber: *Normal* [0-8], *Leve* [9-25], *Moderado* [26-43] y *Severo* [44-88].

Consumo de sustancias psicoactivas

Siguiendo estudios previos (Bravo et al., 2018; Bravo, Pearson, Pilatti, Mezquita & Cross-Cultural Addictions Study Team, 2019; Pilatti, Fernández-Calderón, Rivarola

Montejano, Michelini & Pautassi, 2019), se utilizó un cuestionario ad-hoc para medir ocurrencia, frecuencia y cantidad de uso de sustancias. Específicamente se interrogó, separadamente para cada sustancia, la ocurrencia (sí, no) y frecuencia (*cantidad de días*) de consumo en los últimos 15 días de alcohol, tabaco, marihuana y medicamentos (*analgésicos opioides, tranquilizantes y estimulantes*) no recetados. Adicionalmente, se preguntó por la cantidad de unidades estándar de alcohol (UEA = 14 gramos de alcohol; Ministerio de Salud de la Nación, 2012), de cigarrillos de tabaco y de gramos de marihuana consumidos en los últimos 15 días. A partir de la pregunta por la cantidad de UEA consumida, se identificó a los/as participantes que presentaban Consumo Episódico Elevado de Alcohol (CEEA; consumo de 4/5 UEA [mujeres/hombres] en una misma ocasión de consumo). Además, se incluyó una pregunta para indagar la frecuencia (*cantidad de días*) de CEEA. Las preguntas sobre consumo de alcohol y de marihuana estuvieron acompañadas de una imagen que describía el volumen (i.e., mililitros) de diferentes bebidas con alcohol correspondiente a una UEA y la cantidad de gramos contenidos en diferentes productos de marihuana (e.g., cigarrillos de marihuana de diferentes tamaños), respectivamente.

Análisis de datos

Se realizaron análisis descriptivos para determinar las áreas en las cuales se desempeñaba el personal de salud y para determinar la ocurrencia (expresada en porcentajes) de profesionales que estuvieron expuestos/as al virus (tanto desde casos sospechados en su lugar de trabajo como en su círculo cercano y barrio), tuvieron diagnóstico confirmado, se sintieron discriminados/as y recibieron algún tipo de ayuda psicológica. Asimismo, se realizaron análisis descriptivos de la salud mental de los trabajadores, a partir del nivel de insomnio, de ansiedad, depresión, estrés y de impacto de evento estresante experimentado. Además, se utilizó estadística descriptiva para determinar la ocurrencia (porcentaje) y frecuencia (Media y Desviación Estándar) de consumo de alcohol, consumo episódico elevado de alcohol (CEEA), tabaco, marihuana y medicamentos no recetados. Para el caso de alcohol, tabaco y marihuana se calculó también la cantidad consumida (Media y Desviación Estándar).

Asimismo, realizamos regresiones logísticas multinomiales para analizar la influencia de las variables sociodemográficas (sexo y edad) y de las variables relacionadas con la contingencia por COVID-19 (trabajar en áreas de internación de casos COVID-19, haber estado expuesto/a a casos confirmados o sospechados

COVID-19, haberse sentido discriminado/a y haber recibido algún tipo de ayuda psicológica) sobre el nivel de malestar psicológico (i.e., insomnio, síntomas de depresión, ansiedad y estrés, e impacto de evento estresante). Para ello, los indicadores de malestar psicológico fueron recodificados en tres categorías: *Normal a Leve, Moderado, Severo* para impacto de evento estresante; *Normal, Leve a Moderado, Severo a Extremo* para Depresión, Ansiedad y Estrés; *Sin Insomnio, Subclínico, Moderado a Severo* para insomnio. Para cada uno de los indicadores, la categoría de referencia fue aquella indicativa de niveles normales o de ausencia de malestar psicológico (i.e., *Normal a Leve* para impacto de evento estresante, *Normal* para depresión, ansiedad y estrés, y *Sin insomnio* para insomnio).

También calculamos regresiones logísticas binarias para examinar la influencia de variables sociodemográficas (i.e., sexo [variable dicotómica] y edad [variable continua]) y de variables relacionadas con el desempeño en tareas de contingencia por COVID-19 (i.e., variables dicotómicas: trabajar en áreas de internación de casos COVID-19, haber estado expuesto/a a casos confirmados o sospechosos de COVID-19, haberse sentido discriminado/a, haber recibido algún tipo de ayuda psicológica) sobre el consumo de sustancias (i.e., ocurrencia de: CEEA, consumo de tabaco, de marihuana y de medicamentos no recetados).

Los análisis descriptivos fueron realizados con el programa SPSS Versión 23 (IBM SPSS, 2015) y las regresiones logísticas fueron calculadas con el programa MPlus Versión 6.12 (Muthén & Muthén, 1998-2017). El nivel de significación se fijó en $p < .05$.

Resultados

Desempeño en la contingencia por COVID-19

Una gran cantidad de los/as trabajadores/as en salud (40.5%) desempeñaba su actividad en internación de pacientes con diagnóstico de COVID-19 (tanto en sala común como en cuidados críticos), otro gran porcentaje (39.9%) trabajaba en la guardia (que comprende también triage y consulta de casos febriles), el 6.1% estaba dedicado al manejo de material biológico de COVID-19 (para diagnóstico o investigación), un 8.6% realizaba su actividad con pacientes que tenían otras patologías no relacionadas al Coronavirus y un 4.9% se desempeñaba en actividades de gestión y traslado de pacientes.

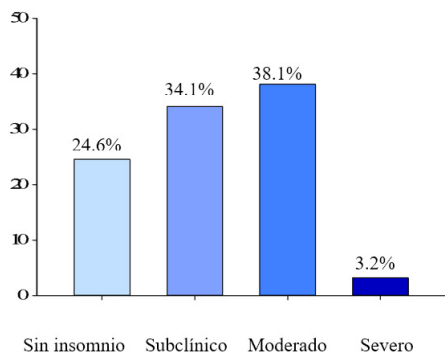
Si bien una amplia mayoría (68.2%) estuvo expuesto/a directamente a casos sospechosos o confirmados de COVID-19, al momento de la recolección de datos, sólo un 3.3% había recibido un diagnóstico positivo de Coronavirus. Respecto a la circulación del virus en círculos cercanos, un 19.8% de los/as participantes declaró que tuvo a familiares o amigos/as diagnosticados/as con COVID-19 y el 27.1% mencionó que alguien en su barrio fue diagnosticado/a con el virus.

Un dato de gran relevancia es que el 44.4% de los/as trabajadores/as de la salud se sintieron discriminados por su profesión, a partir de recibir insultos o gestos de desprecio por parte de vecinos/as y/o familiares. Sin embargo, tan solo un 26.4% manifestó recibir algún tipo de contención psicológica desde que se declaró la pandemia, principalmente psicoterapia y materiales psicoeducativos (libros, folletos, etc.). Llamativamente, el 73.6% de manifestó no haber recibido ningún tipo de ayuda psicológica.

Salud mental en trabajadores/as de la salud

La Figura 1 presenta el nivel de severidad de los problemas de sueño experimentados por los/as trabajadores/as en salud en los últimos 15 días. Se destaca que más del 40% de la muestra reportó problemas de insomnio que van de moderado a severo y que un tercio de los/as trabajadores/as presentaron problemas en la calidad de sueño con niveles subclínicos de insomnio.

Figura 1
Severidad de los problemas de sueño experimentados por los/as trabajadores/as en salud en los últimos 15 días

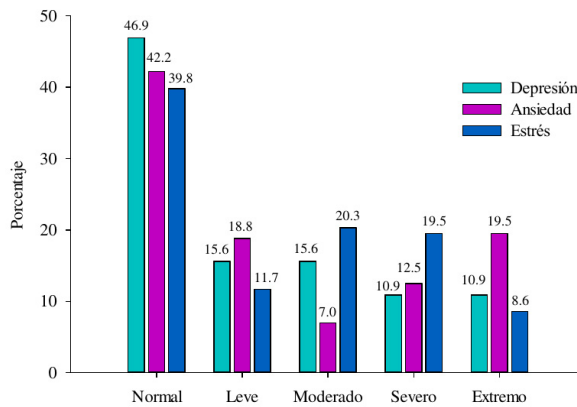


Fuente: elaboración propia

Por otro lado, la Figura 2 muestra el porcentaje de profesionales de la salud que experimentaron diferentes niveles de depresión, ansiedad y estrés durante la pandemia. Notablemente, menos de la mitad de la muestra se ubicó dentro de los rangos normales de las 3 sintomatologías. Asimismo, casi un tercio de la muestra, experimentó sintomatología de leve a moderada (i.e., 31.2% para depresión, 25.8% de ansiedad y 32% para estrés), mientras que el 21.8%, el 32% y el 28.1% tuvieron sintomatología de severa a extrema en depresión, ansiedad y estrés respectivamente.

Figura 2

Niveles de depresión, ansiedad y estrés experimentados en los últimos 15 días

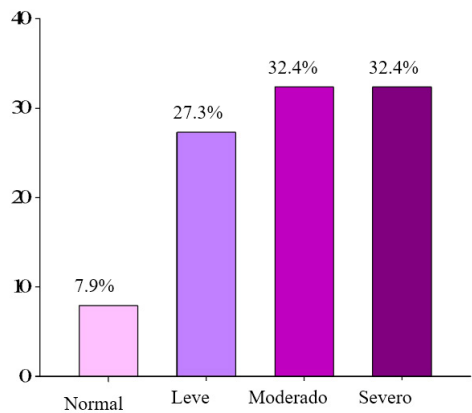


Fuente: elaboración propia

Finalmente, la Figura 3 muestra el porcentaje de participantes que experimentaron diferentes niveles de severidad de malestar subjetivo causado por un evento estresante (contingencia por COVID-19). Se observa que un 35.2% exhibieron niveles normales a leves, sin embargo, un tercio de los/as participantes experimentaron un nivel moderado de impacto evento estresante y el otro tercio exhibió un nivel severo de este malestar emocional.

Figura 3

Nivel de severidad de impacto evento estresante experimentado en últimos 15 días



Fuente: elaboración propia

Consumo de sustancias

La Figura 4 presenta la ocurrencia de consumo de sustancias de los/as trabajadores/as en salud en los últimos 15 días. El alcohol fue la sustancia de mayor prevalencia, ya que más del 60% de la muestra tuvo al menos un episodio de consumo en las últimas dos semanas. Específicamente, los/as participantes reportaron consumir alcohol con una frecuencia de más de 4 días ($M = 4.39$; $DE = 3.29$) y una cantidad de casi 3 medidas por ocasión ($M = 2.91$; $DE = 2.69$). Asimismo, entre los/as bebedores/as un 62% presentó al menos un episodio de CEEA. En detalle, la frecuencia de CEEA tuvo una media de 2.84 ($DE = 1.10$) días en las últimas dos semanas.

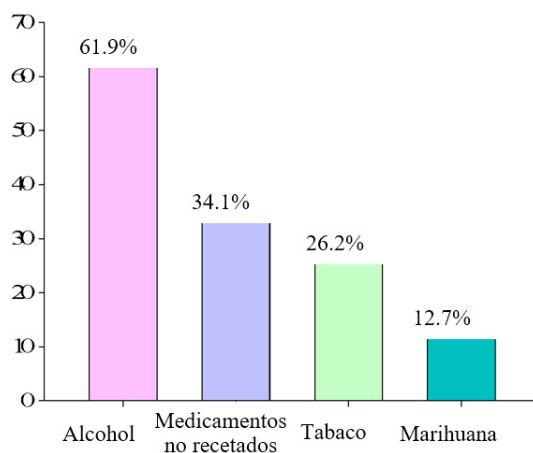
Por otro lado, más de un tercio de los/as participantes exhibió un consumo de medicamentos no recetados (esto es, sin indicación formal de un/a médico/a), que comprenden analgésicos, estimulantes y tranquilizantes. La frecuencia con que se consumieron tuvo una media de 4.69 ($DE = 4.24$) días, además, 3 casos con un consumo diario de estas sustancias en los últimos 15 días.

El consumo de tabaco, si bien fue menos prevalente, presentó una frecuencia de consumo elevada, con una media de 11.10 ($DE = 5.35$) días en las últimas dos semanas y también se consumió en gran cantidad con una media de casi 9 cigarrillos por ocasión ($M = 8.69$; $DE = 8.79$). Por otro lado, el consumo de marihuana presentó

una frecuencia media de 6 (DE = 4.44) días y una cantidad media de 1.95 gramos por ocasión (DE = 2.81), equivalentes a 4 cigarrillos de marihuana (con un tamaño similar a los cigarrillos de tabaco).

Figura 4

Consumo de sustancias de trabajadores/as en salud en últimos 15 días



Fuente: elaboración propia

Influencia del desempeño en la contingencia por COVID-19 en el malestar psicológico

Los resultados de las regresiones logísticas multinomiales muestran que haberse sentido discriminado/a se asoció significativamente a una mayor probabilidad de niveles severos de malestar psicológico. Específicamente, al comparar las categorías de malestar psicológico moderado y severo con la categoría de referencia se observó que sentir discriminación se asoció a mayor probabilidad de estrés Severo a Extremo (OR = 2.51, IC 95% [0.18, 1.66], $p < .05$), y mayor probabilidad de insomnio Moderado a Severo (OR = 3.66, IC 95% [0.42, 2.17], $p < .05$) e Insomnio Subclínico (OR = 2.85, IC 95% [0.19, 1.91], $p < .05$). Además, la asociación entre haber sentido discriminación y la probabilidad de impacto de evento estresante Severo, mostró una significación marginal (OR = 2.40, IC 95% [1.14, 1.61], $p = .051$). Trabajar en áreas de internación de casos COVID-19, haber estado expuesto/a a casos confirmados o sospechados COVID-19, haber recibido algún tipo de ayuda psicológica así como las variables sociodemográficas no presentaron

asociaciones significativas con el malestar psicológico

Influencia del desempeño en la contingencia por COVID-19 en el consumo de sustancias

Los resultados de las regresiones logísticas muestran que las variables relacionadas con el desempeño de los/as trabajadores/as de salud en la contingencia por COVID-19 (i.e., trabajo en áreas de internación de casos COVID-19, exposición a casos confirmados o sospechosos de COVID-19, sentir discriminación y haber recibido ayuda psicológica) no se asociaron significativamente ($p > .05$) con la probabilidad de consumir sustancias. No obstante, se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y la probabilidad de consumo de tabaco, marihuana y medicamentos no recetados. Específicamente, ser hombre se asoció con una mayor probabilidad de consumir tabaco (OR = 0.38, IC 95% [-1.78, -0.18], $p < .05$) y medicamentos no recetados (OR = 0.25, IC 95% [-2.17, -0.59], $p < .01$). Por otro lado, tener menor edad se asoció con mayor probabilidad de consumo de marihuana (OR = 0.85, IC 95% [-0.26, -0.07], $p < .01$), mientras que una mayor edad se asoció a mayor probabilidad de consumo de medicamentos no recetados (OR = 1.06, IC 95% [0.01, 0.10], $p < .05$).

Discusión

En el presente trabajo, examinamos la prevalencia de problemas de salud mental (insomnio, depresión, ansiedad, estrés e impacto de evento estresante) así como el consumo sustancias (alcohol, tabaco, marihuana y medicamentos no recetados) en una muestra de trabajadores/as de la salud de instituciones receptoras de casos sospechosos o confirmados de COVID-19, localizadas en la provincia de Córdoba (Argentina). Asimismo, evaluamos si el sexo, la edad y el desempeño en la contingencia por COVID-19 influían en el nivel de malestar psicológico y la ocurrencia de consumo de sustancias.

Entre los resultados que describen los problemas de salud mental, destacamos que más de la mitad de la muestra reportó síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Además, la gran mayoría de los/as trabajadores experimentaron síntomas de insomnio (75%) e impacto de evento estresante (88%), siendo este evento específico del desempeño en tareas de contingencia por COVID-19. Más relevante aún,

alrededor de cuatro de cada diez trabajadores/as presentaron síntomas moderados a severos de insomnio, depresión, ansiedad y estrés. A su vez, al menos seis de cada diez trabajadores reportaron niveles severos a moderados de impacto de evento estresante. La proporción de síntomas de malestar psicológico, en general, y de sintomatología severa, en particular, son similares a otros resultados de la región, observados en trabajadores/as de la salud de Paraguay (Samaniego et al., 2020) y Chile (Urzúa et al., 2020). Sin embargo, se encuentran notablemente por encima de los valores observados en otros países como China (Kang et al., 2020; Lai et al., 2020; Liu et al., 2020; Lu, Wang, Lin, & Li, 2020; Zhang et al., 2020a; Zhang, et al., 2020b), Italia (Di Tella, Romeo, Benfante & Castelli, 2020; Rossi, Socci, Pacitti, Di Lorenzo, Di Marco, Siracusano & Rossi, 2020) y España (Parrado-González & León-Jariego, 2020) donde el porcentaje de trabajadores/as con problemas de salud mental moderados a severos se encuentra, en la mayoría de los casos, en torno al 20%. Si bien la prevalencia de problemas de salud mental en el personal de salud parece ser mayor en países de Latinoamérica, los reportes regionales son aún escasos. Más investigación es necesaria para conocer el impacto de la pandemia por COVID-19 en trabajadores/as de la salud en nuestro contexto.

Los resultados de prevalencia de problemas de salud mental que observamos, apoyan la evidencia señalada en distintas revisiones de estudios (García-Iglesias, Gómez-Salgado, Martín-Pereira, Fagundo-Rivera, Ayuso-Murillo, Martínez-Riera & Ruiz Frutos, 2020; Luo, Guo, Yu, Jiang & Wang, 2020; Muller, Stensland & van de Velde, 2020; Pappa, Ntella, Giannakas, Giannakoulis, Papoutsis & Katsaounou, 2020; Spoorthy et al., 2020) en personas que se desempeñan en centros de salud abocados a la contingencia por COVID-19. Dichos estudios advierten que los/as trabajadores/as de la salud, y particularmente aquellos/as que realizan tareas de primera línea frente a la pandemia (por ejemplo, enfermeros/as y personal del área de medicina respiratoria), experimentan problemas de salud mental como dificultades para dormir, estrés y trastornos emocionales, atribuibles a la demanda sanitaria. En revisiones de otros trabajos, realizados en el marco del brote de SARS (Maunder, 2004; Ricci Cabello et al., 2020; Salazar de Pablo et al., 2020), también se observaron niveles considerables de malestar psicológico en trabajadores/as de la salud. Más preocupante aún, estudios longitudinales mostraron que estos síntomas se mantuvieron uno (McAlonan et al., 2007), dos (Maunder, 2006) y hasta tres años (Wu et al., 2009) después del brote de SARS.

Un objetivo central de nuestro trabajo fue examinar si variables sociodemográficas y variables relacionadas con las tareas de contingencia por COVID-19 predecían el nivel malestar psicológico. Entre los resultados,

encontramos que haber experimentado episodios de discriminación, como insultos o gestos de desprecio de parte de su círculo más cercano, a causa de su desempeño en la pandemia, se asoció con una mayor probabilidad de presentar síntomas moderados a severos de insomnio y de estrés. Consistentemente con estos hallazgos, estudios previos muestran que la estigmatización social fue uno de los factores de riesgo más fuertemente asociado con severos problemas de salud mental en trabajadores/as sanitarios/as durante COVID-19 y otros brotes de enfermedades infecciosas (Alden et al., 2020; Kisely, Warren, McMahon, Dalais, Henry & Siskind, 2020; Maunder, 2004; Muller et al., 2020; Zhang, Yang et al., 2020). Ilustrando este punto, una revisión de estudios realizados en personal de salud a cargo de tareas de contingencia del brote de SARS (Maunder, 2004), encontró que un 30% de los/as trabajadores/as atribuyó el estrés severo reportado a la percepción de evitación y aislamiento por parte de la comunidad. Al respecto, algunos/as autores/as (Greenberg, Docherty, Gnanapragasam & Wessely, 2020) señalan que el rol del personal de salud en la contingencia de la pandemia por COVID-19 vuelve a esta subpoblación particularmente vulnerable a sufrir un daño moral (esto es, angustia psicológica provocada por acciones que violan la moral de un individuo [Litz et al., 2009]). Las personas que son injuriadas moralmente pueden experimentar pensamientos negativos acerca de sí mismas y de otras personas (quienes ejercen el daño), y provocar emociones negativas como vergüenza, culpa o asco. Si bien el daño moral no es una enfermedad mental, podría contribuir al desarrollo de problemas de salud mental como depresión, trastorno de estrés postraumático e, incluso, ideación suicida (Williamson, Stevelink & Greenberg, 2018). Greenberg et al. (2020), destacan la importancia de implementar procedimientos que brinden soporte moral y afectivo a los/as trabajadores/as de la salud por parte de su círculo más cercano, incluido el personal superior (i.e., directores, gerentes, supervisores). Además, señalan la necesidad de que los/as trabajadores/as sanitarios/as sean monitoreados y reciban tratamientos adecuados.

Los resultados que observamos en relación a la examinación de variables que podrían asociarse al nivel de malestar psicológico reportado por los/as trabajadores/as de la salud replican parcialmente los hallazgos de otros estudios (García-iglesias et al., 2020; Kang et al., 2020; Luo et al., 2020; Muller et al., 2020; Pappa et al., 2020; Spoorthy et al., 2020) donde las mujeres, el personal más joven o con menor entrenamiento, los/as enfermeros/as o personal de primera línea y quienes no recibieron ayuda psicológica fueron subgrupos con mayor severidad de problemas de salud mental. Al respecto, creemos que la ausencia de diferencias significativas en el presente estudio en relación al desempeño en tareas de contingencia por

COVID-19 (trabajar en áreas de internación de casos COVID-19, haber estado expuesto/a casos confirmados/sospechados y haber recibido algún tipo de ayuda psicológica) podría deberse a que la totalidad de los/as trabajadores/as se desempeñaban en instituciones receptoras de casos sospechosos o confirmados de COVID-19. En consecuencia, la variabilidad en la exposición a COVID-19 podría estar reducida. Además, la muestra estuvo compuesta mayormente por mujeres (78%). No obstante, más estudios son necesarios para conocer qué factores sociodemográficos y relacionados con la contingencia por COVID-19 se asocian con los síntomas de malestar psicológico en trabajadores/as de la salud.

Otra variable que medimos en nuestro estudio fue el consumo de sustancias. Entre los resultados descriptivos, observamos que el alcohol fue la sustancia de mayor prevalencia. Además, notamos que, de los/as trabajadores/as que habían consumido alcohol, más de la mitad reportó CEEA, con una media de casi tres veces en los últimos 15 días. Este resultado reviste particular relevancia debido a que el CEEA, es decir, la ingesta de una cantidad elevada de bebidas con alcohol en una misma (y en general breve) ocasión de consumo, es un patrón de consumo de alto riesgo asociado a problemas de diversa severidad (Dawson, 2011). El CEEA puede derivar en consecuencias negativas como impulsividad y toma de riesgo, amnesia parcial o total, conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol, deterioro del sueño y la alimentación y desarrollo de tolerancia al alcohol (Dawson, 2011; Kuntsche, Kuntsche, Thrul & Gmel, 2017). Los medicamentos (esto es, analgésicos opioides, tranquilizantes y estimulantes) no recetados, por su parte, fueron las sustancias más consumidas después del alcohol. Precisamente, un tercio de la muestra reportó consumir esta medicación con un promedio de cuatro veces en las últimas dos semanas y, llamativamente, algunos casos reportaron consumo diario. Si bien no conocemos datos indicativos de la ingesta de medicación sin prescripción en la subpoblación de trabajadores/as sanitarios/as, estos resultados distan de los hallados en un relevamiento realizado a nivel nacional sobre consumo de sustancias en población general (Secretaría de Políticas integrales sobre Drogas de la Nación Argentina [SEDRONAR], 2017). En este informe, los medicamentos no recetados se ubican en el quinto lugar (después de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas ilícitas) en la prevalencia de vida, de último año y de último mes de consumo de sustancias en población adulta de Argentina (SEDRONAR, 2017). De manera similar al CEEA, este comportamiento de consumo de medicamentos podría implicar un uso problemático de estas sustancias, en especial si se considera el sencillo acceso a fármacos que tiene esta población en su medio laboral. El uso de psicofármacos sin supervisión de un/a especialista médico/a puede derivar en problemas como el

consumo abusivo de estas sustancias, interacciones medicamentosas no deseadas e intoxicaciones agudas (Noguera Marin, 2017; Salom, Burns, & Alati, 2017). A su vez, la automedicación con psicofármacos puede aumentar el riesgo a desarrollar problemas de salud mental (Salom et al., 2017).

Por otro lado, al examinar si el desempeño en tareas de contingencia por COVID-19 se asociaba con el consumo de sustancias no encontramos resultados estadísticamente significativos. No obstante, el sexo y la edad de los/as participantes predijeron significativamente el consumo de distintas sustancias. Ser hombre se asoció a una mayor probabilidad de consumo de tabaco y medicamentos no recetados, a su vez, los psicofármacos se asociaron también con quienes tenían mayor edad y los más jóvenes tuvieron una mayor probabilidad de consumo de marihuana. Esta información puede resultar útil teniendo en cuenta que en contextos de crisis sanitaria los/as trabajadores/as de salud representan una población de alta vulnerabilidad respecto del desarrollo de problemas de salud mental (Brooks et al., 2020; Spoorthy et al. 2020) y/o abuso de sustancias (McKay, & Asmundson, 2020; Walton, Murray, & Christian, 2020), sin embargo, poco conocemos aún sobre cuáles son los factores que incrementan dicho riesgo, más aún, en el personal de centros de salud locales.

Los resultados de este estudio deben ser considerados en el marco de limitaciones. En primer lugar, se trabajó con una muestra de tamaño pequeño y con una proporción altamente mayoritaria de mujeres. Además, todos/as los/as trabajadores/as se desempeñaban en instituciones de salud receptoras de casos sospechosos o confirmados de COVID-19, por lo que los resultados no son generalizables al personal en salud en general. En segundo lugar, el diseño transversal utilizado no nos permitió establecer relaciones causales entre las variables. Asimismo, no recolectamos datos de malestar psicológico ni de consumo de sustancias previo a la pandemia. En este sentido, resulta necesario sumar estudios en muestras de mayor tamaño y con diseños longitudinales que permitan analizar el efecto de variables predictoras sobre los problemas de salud mental a lo largo del tiempo. Más aún, teniendo en cuenta que desde el momento en que los datos fueron recolectados, la situación de pandemia en nuestro país empeoró significativamente. Mientras que en el mes de julio de 2020 Argentina reportaba un total de 100.000 casos positivos de COVID-19 (Ministerio de Salud de la Nación, 2020b), al día de hoy (octubre de 2020), se registran más de un millón de casos (Ministerio de Salud de la Nación, 2020c). En particular, el distrito de Córdoba presentó niveles de ocupación de camas críticas cercanos al 80% durante el mes de octubre de 2020 (Ministerio de Salud del Gobierno de Córdoba, 2020). De

manera adicional, futuros estudios podrían incluir otras variables que han resultado relevantes para explicar diferencias en el nivel de malestar psicológico en el personal de salud como, por ejemplo, el estatus marital, hijos/as a cargo (Di Tella et al., 2020; Kisely et al., 2020) o el desempeño en distritos con distinta densidad de casos de COVID-19 (Lai et al., 2020).

Con todo, los resultados de este estudio muestran que los/as trabajadores/as de la salud que se desempeñan en instituciones receptoras de casos sospechosos o confirmados de COVID-19 presentaron una prevalencia notable de problemas de sueño, síntomas de depresión, ansiedad, estrés, impacto de evento estresante, CEEA y consumo de medicamentos no recetados. A su vez, los/as trabajadores/as que experimentaron eventos de discriminación y desprecio por parte de su círculo más cercano exhibieron mayor riesgo de presentar problemas severos a moderados de insomnio y estrés. Más investigaciones son necesarias para ampliar nuestros conocimientos respecto de cuáles son los problemas de salud mental más prevalentes y qué subgrupos de trabajadores/as se encuentran en mayor vulnerabilidad a presentarlos. Tal como sugieren algunos antecedentes (Alden et al., 2020; Chen et al., 2020), esta información podría ser de utilidad para el diseño y la implementación de estrategias de intervención eficaces para reducir el malestar psicológico en esta subpoblación.

Referencias

- Abuabara, Y. C. (2020). Ataque al personal de la salud durante la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica. *Acta Médica Colombiana*, 45(3). doi: 10.36104/amc.2020.1975
- Alden, L.E., Matthews, L.R., Wagner, S., Fyfe, T., Randall, C., Regehr, C., White, N., Buys, M.G., Carey, W., Corneil, N., White, A., Fraess-Phillips, A. & Krutop, E. (2020). Systematic literature review of psychological interventions for first responders. *Work & Stress*, 1-23. doi: 10.1080/02678373.2020.1758833
- Asociación Médica Mundial (2017). *Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos>

- Asociación Psicológica Americana (2016). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2(4), 297-307. doi: 10.1016/S1389-9457(00)00065-4
- Bravo, A. J., Pearson, M. R., Pilatti, A., Mezquita, L., & Cross-Cultural Addictions Study Team. (2019). Negative marijuana related consequences among college students in five countries: measurement invariance of the Brief Marijuana Consequences Questionnaire. *Addiction*, 114(10), 1854-1865. doi:10.1111/add.14646
- Bravo, A. J., Pearson, M. R., Pilatti, A., Read, J. P., Mezquita, L., Ibáñez, M. I., & Ortet, G. (2018). Impulsivity-related traits, college alcohol beliefs, and alcohol outcomes: examination of a prospective multiple mediation model among college students in Spain, Argentina, and USA. *Addictive Behaviors*, 81, 125-133. doi:10.1016/j.addbeh.2018.02.009
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Gaamaño, L., Fuentes, D., González, L., Melipillán, R., Sepúlveda, M. & Valenzuela, E. (2011). Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Revista Médica de Chile*, 139(9), 1163-1168. doi: 10.4067/S0034-98872011000900008
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., ... & Wang, J. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X
- Chong, M.Y., Wang, W.C., Hsieh, W.C., Lee, C.Y., Chiu, N.M., Yeh, W.C., Huang, T.L., Wen, J.K. & Chen, C.L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 185(2), 127-133. doi: 10.1192/bjp.185.2.127
- Dawson, D. A. (2011). Defining risk drinking. *Alcohol Research: Current Reviews*.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205. doi:10.1023/A:1016014818163

- Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID 19 pandemic in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 1-5. doi: 10.1111/jep.13444
- Fernández-Mendoza, J., Rodríguez-Muñoz, A., Vela-Bueno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., & Vgontzas, A. N. (2012). The Spanish version of the Insomnia Severity Index: a confirmatory factor analysis. *Sleep Medicine*, 13(2), 207-210. doi: 10.1016/j.sleep.2011.06.019
- García-Iglesias, J.J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J.R. & Ruiz Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e1-20.
- Grace, S. L., Hershenfield, K., Robertson, E., & Stewart, D. E. (2005). The occupational and psychosocial impact of SARS on academic physicians in three affected hospitals. *Psychosomatics*, 46(5), 385-391. doi: 10.1176/appi.psy.46.5.385
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *The British Medical Journal*, 368. doi: 10.1136/bmj.m1211
- Hall, R. C., Hall, R. C., & Chapman, M. J. (2008). The 1995 Kikwit Ebola outbreak: lessons hospitals and physicians can apply to future viral epidemics. *General Hospital Psychiatry*, 30(5), 446-452. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.05.003
- Honorable Congreso de la Nación Argentina (2000). *Ley 25326: Protección de datos personales*. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790>
- IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I. & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *The British Medical Journal*, 369. doi: 10.1136/bmj.m1642

- Kuntsche, E., Kuntsche, S., Thrul, J., & Gmel, G. (2017). Binge drinking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health*, 32(8), 976-1017. doi: 10.1080/08870446.2017.1325889
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z. & Hu, S. MD1 (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695-706. doi: 10.1016/j.cpr.2009.07.003
- Liu, C. Y., Yang, Y. Z., Zhang, X. M., Xu, X., Dou, Q. L., Zhang, W. W., & Cheng, A. S. (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiology & Infection*, e98, 1-17. doi: 10.1017/S0950268820001107
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., & Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry research*, 112936. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112936
- Luo, M., Guo, L., Yu, M. & Wang, H. (2020). The Psychological and Mental Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) on Medical Staff and General Public—A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113190
- Lovibond, S. H., & Lovinbond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scale*. Sidney: The Psychological Foundation of Autralia.
- McAlonan, G. M., Lee, A. M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K. W., Sham, P. C., Chua, S. E., Wong, J. G. (2007). Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatry* 52(4), 241-7. doi: 10.1177/070674370705200406.
- McKay, D., & Asmundson, G. (2020). Substance use and abuse associated with the behavioral immune system during COVID-19: The special case of healthcare workers and essential workers. *Addictive behaviors*, 110, 106522. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106522

- Maunder, R. (2004). The experience of the 2003 SARS outbreak as a traumatic stress among frontline healthcare workers in Toronto: lessons learned. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 359(1447), 1117-1125. doi: 10.1098/rstb.2004.1483
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., Leszcz, M., Sadavoy, J., Verhaeghe, L. M., Steinberg, R. & Mazzulli, T. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1245-1251.
- Maunder, R.G., Lancee, W.J., Balderson, K.E., Bennett, J.P., Borgundvaag, B., Evans, S., Fernandes, C.M., Goldbloom, D.S., Gupta, M., Hunter, J.J., McGillis Hall, L., Nagle, L.M., Pain, C., Peczeniuk, S.S., Raymond, G., Read, N., Rourke, S.B., Steinberg, R.J., Stewart, T.E., VanDeVelde-Coke, S., Veldhorst, G.G. & Wasylenko, D.A. (2006). Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerging infectious diseases*, 12(12), 1924.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012). Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes. Recuperado de http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2012-10-31_lineamientos-atencion-alcohol.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2020a). Nuevo Coronavirus (COVID-19). Reporte diario. 5 de marzo de 2020. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/marzo2020>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020b). Nuevo Coronavirus (COVID-19). Reporte diario. 15 de julio de 2020. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/julio2020>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020c). Nuevo Coronavirus (COVID-19). Reporte diario. 15 de octubre de 2020. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/octubre2020>
- Ministerio de Salud de la Nación (2020d). Recomendaciones para equipos de salud. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/equipos-salud>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Córdoba (2020). Centro de Operaciones de Emergencia: Estado de Situación en la Provincia de Córdoba. Recuperado de <https://coe-reporte-diario-mapasydatos.hub.arcgis.com/>

- Morin, C. M., Belleville, G., Bélanger, L., & Ivers, H. (2011). The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, 34(5), 601-608. doi: 10.1093/sleep/34.5.601
- Muller, R. A. E., Stensland, R. S. Ø. & van de Velde, R. S. (2020). The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: a rapid systematic review. *Psychiatry Research*, 293, 113441. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113441
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2017). *Mplus User's Guide*. (8th Edition). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén
- Marin, M. J. N. (2017). *Consumo abusivo de psicofármacos entre la población que acude a un servicio de urgencias*. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá, Madrid, España. Recuperado de <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/29320>.
- O'Leary, A., Jalloh, M. F., & Neria, Y. (2018). Fear and culture: contextualising mental health impact of the 2014–2016 Ebola epidemic in West Africa. doi: 10.1136/bmjgh-2018-000924
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2020). Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-06-2020-covidtimeline>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026
- Parrado-González, A., & León-Jariego, J. C. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e1-16.
- Pilatti, A., Fernández Calderón, F., Rivarola Montejano, G., Michelini, Y. & Pautassi, R. (2019). Perfiles de consumo de sustancias y contextos recreativos en estudiantes universitarios argentinos. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 19(2), 91-102. doi: 10.21134/haaj.v19i2.446
- Ricci Cabello, I., Meneses Echavez, J. F., Serrano-Ripoll, M. J., Fraile-Navarro, D., de Roque, M. A. F., Moreno, G. P., Castro, A., Ruiz-Pérez, I., Zamanillo Campos, R. & Goncalves-Bradley, D. (2020). Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review. *medRxiv*. doi: 10.1101/2020.04.02.20048892

- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A. & Rossi, A. (2020). Mental Health Outcomes Among Frontline and Second-Line Health Care Workers During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3(5), e2010185-e2010185. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.10185
- Salazar de Pablo, G., Vaquerizo-Serrano, J., Catalan, A., Arango, C., Moreno, C., Ferre, F., Shin, J.I., Sullivan, S., Brondino, N., Solmi, M. & Fusar-Poli, P. (2020). Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 48-57. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.022
- Salom, C. L., Burns, L. A., & Alati, R. (2018). Misuse of pharmaceuticals by regular psychostimulant users is linked to mental health problems. *Salud Mental*, 40(6), 265-270. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2017.034
- Samaniego, A., Urzúa, A., Buenahora, M. & Vera-Villarreal, P. (2020). Sintomatología asociada a trastornos de Salud Mental en trabajadores sanitarios en Paraguay: efecto COVID-19. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54(1), e1298-e1298. doi: 10.30849/ripij.v54i1.1298
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico [SEDRONAR] (2017). *Estudio Nacional en Población de 12 a 65 años, sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Recuperado de <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/CAPZDEMANDAZDEZTRATAMIENTOS22ZdeZenero.pdf>
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102119. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102119
- Stanton, R., To, Q. G., Khalesi, S., Williams, S. L., Alley, S. J., Thwaite, T. L., ... & Vandelanotte, C. (2020). Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4065. doi: 10.3390/ijerph17114065
- Urzúa, A., Vera-Villarreal, P., Samaniego, A., Caqueo-Úrizar, A., Zapata, A. & Irrázaval, M. (2020). COVID-19 y salud mental en trabajadores de la salud en Chile. Un estudio exploratorio. Manuscrito presentado para su publicación.
- Villa, S., Jaramillo, E., Mangioni, D., Bandera, A., Gori, A. & Raviglione, M. C. (2020). Stigma

- at the time of the COVID-19 pandemic. *Clinical Microbiology and Infection*. doi: 10.1016/j.cmi.2020.08.001
- Walton, M., Murray, E., & Christian, M. D. (2020). Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 9(3), 241-247. doi:10.1177/2048872620922795
- Weiss, D.S., & Marmar, Ch. (1997): The Impact of Event Scale-Revised. En J.P. Wilson & T.M. Keane, (eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD*, pp. 399-411. New York: The Guilford Press
- Williamson, V., Stevelink, S. A., & Greenberg, N. (2018). Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 212(6), 339-346. doi: 10.1192/bjp.2018.55
- Wu, P., Fang, Y., Guan, Z., Fan, B., Kong, J., Yao, Z., Liu, X., Fuller, C.J., Susser, E., Lu, J. & Hoven, C.W. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 302-311.
- Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., Yao, Z., Kong, J., Lu, J., & Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 43(6), 706–712. doi: 10.1093/alcalc/agn073
- Zhang, S. X., Liu, J., Jahanshahi, A. A., Nawaser, K., Yousefi, A., Li, J. & Sun, S. (2020). At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 144-146. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.010
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., ... & Chang, H. (2020a). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242-250. doi: 10.1159/000507639
- Zhang, C., Yang, L., Liu, S., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Du, H., Li, R., Kang, L., Su, M., Zhang, J., Liu, Z. & Zhang, J. (2020b). Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 306. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00306
- Zheng, W. (2020). Mental health and a novel coronavirus (2019-nCoV) in China. *Journal of Affective Disorders*, 269, 201–202. doi: 10.1016/j.jad.2020.03.041