

Percepciones de personas económicamente activas obligadas a realizar trabajo remoto durante la pandemia de COVID-19 por tener una comorbilidad: estudio cualitativo

Mariano Granero^{1,2}, María Viti³, Malena Colombo², Natalia Mozeluk¹, Sergio Terrasa¹

1. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

2. Instituto Universitario del Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

3. Servicio de Otorrinolaringología, CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Introducción: la probabilidad de presentar una forma grave de COVID-19 es mayor en personas con algunas condiciones preexistentes. En la Argentina, las personas con alguna de estas comorbilidades realizaron un trabajo remoto y diferenciado respecto de sus compañeros. Esta estrategia se denomina *shielding* y tiene resultados heterogéneos, ya que –si bien evita las infecciones– puede tener algún impacto en las vivencias y salud de las personas.

Métodos: investigación exploratoria a través de un diseño cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas.

Resultados: se realizaron 21 entrevistas. Se organizaron los conceptos en ejes temáticos de análisis. Como principales hallazgos se identificó que la salud general de las personas empeoró durante la pandemia a pesar de realizar trabajo diferenciado, y que durante el período explorado surgieron múltiples emergentes que incluyeron hábitos no saludables y estrategias positivas de afrontamiento. Respecto de lo laboral predominaron los sentimientos negativos.

Conclusión: la implementación de *shielding* resulta insuficiente como única medida para la preservación de la salud de las personas con mayor riesgo de desarrollar formas graves de COVID-19.

Palabras clave: COVID-19, cuarentena, trabajo remoto, *shielding*.

Perceptions of economically active people who had to do remote work during the COVID19 pandemic due to having a comorbidity: a qualitative study

ABSTRACT

Introduction: people with some pre-existing conditions are more likely to have a severe form of COVID-19. In Argentina, people with any of these comorbidities performed remote and differentiated work compared to their peers. This strategy is known as *shielding* and has heterogeneous results, since although it prevents infections it can have some impact on people's experiences and health.

Methods: exploratory research through a qualitative design based on semi-structured interviews.

Results: 21 interviews were conducted. The concepts were organized in thematic axes of analysis. As the main findings, we identified that the general health of the people worsened during the pandemic

Autor para correspondencia: mariano.granero@hospitalitaliano.org.ar, Peper F.E.

Recibido: 13/12/21 Aceptado: 9/03/22 En línea: 31/03/22

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbares.v42i1.140>

Cómo citar: Granero M, Viti M, Colombo M, Mozeluk N, Terrasa S. Percepciones de personas económicamente activas obligadas a realizar trabajo remoto durante la pandemia de COVID19 por tener una comorbilidad: estudio cualitativo. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2022;42(1):21-28.

despite performing differentiated work, and that during the period explored, emerged both unhealthy habits and positive coping strategies. Regarding work, negative feelings predominated over positives.

Conclusion: the implementation of shielding is insufficient as the only measure for the preservation of the health of people at higher risk of developing severe forms of COVID-19.

Key words: COVID-19, lockdown, remote work, shielding.

INTRODUCCIÓN

Desde su aparición en diciembre de 2019, el SARS-CoV-2 se diseminó a través de todo el mundo¹. La enfermedad COVID-19 puede cursar como un cuadro leve hasta formas más graves con insuficiencia respiratoria y muerte. La probabilidad de presentar una forma grave es mayor en personas con ciertas condiciones preexistentes^{2,3}.

Con el fin de reducir la circulación viral y el número de nuevos casos, en la Argentina se estableció en marzo de 2020 un Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) para la población general, de manera que solo podían circular aquellos que realizaban tareas definidas por la autoridad como “esenciales”⁴. Adicionalmente, a través de la Resolución 207/2020 se estableció la suspensión del deber de asistencia al lugar de trabajo (con goce íntegro de sus remuneraciones) para aquellas personas con comorbilidades preexistentes que aumentarían el riesgo de enfermedad grave por COVID-19, aun cuando realizaran tareas definidas como esenciales⁵. Como parte de un proceso de adaptación a este escenario inédito, a muchos de estos trabajadores con comorbilidades se les asignaron tareas diferentes de las habituales y de forma remota.

El trabajo diferenciado con respecto a sus pares y de forma remota es conocido en la bibliografía anglosajona

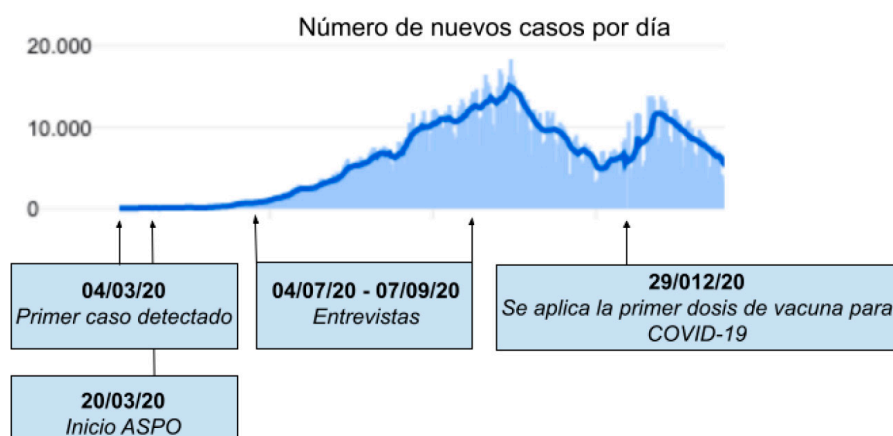
como *shielding*. Este término se utiliza para describir un proceso de “blindaje” destinado a salvaguardar a personas con cierta vulnerabilidad. De acuerdo con varios trabajos publicados, esta estrategia tuvo resultados heterogéneos dado que, si bien fue establecida para preservar la salud de esas personas, generó un importante impacto en su calidad de vida y salud afectivo-emocional^{6,7}.

Conocer en mayor detalle las experiencias de estas subpoblaciones resulta de gran importancia para construir una mejor forma de abordarlas en situaciones futuras similares. Por este motivo, comunicamos los resultados de nuestra investigación cualitativa sobre las percepciones de personas económicamente activas que realizaron trabajo diferenciado durante la pandemia de COVID-19 por presentar alguna comorbilidad preexistente.

Contexto

En la Argentina, a partir de su dinámica y de las medidas gubernamentales adoptadas, la pandemia generó un escenario rápidamente cambiante conformado por etapas con distintas características que impregnaron las vivencias de todas las personas. Conocer las principales características del momento en el que se realizó este estudio permitirá tener una mejor comprensión de sus hallazgos (Fig. 1).

Figura 1. Representación gráfica del contexto en el que se desarrollaron las entrevistas.



OBJETIVOS

Objetivo general

Explorar las experiencias de las personas económicamente activas que realizaron trabajo diferenciado con respecto a sus colegas durante la pandemia de COVID-19, por presentar alguna comorbilidad que aumentara su riesgo de sufrir una forma grave de la enfermedad.

Objetivo específico

Identificar los factores estresores que influyeron sobre su percepción de esta experiencia y las estrategias de afrontamiento adoptadas ante tal situación.

METODOLOGÍA

Realizamos una investigación exploratoria a través de un diseño cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas. Nos basamos en el marco de la teoría fundamentada mediante un enfoque constructivista. Esto nos permitió combinar la generación de una abstracción a partir de los significados atribuidos por los participantes desde una base cuasipositivista con un marco constructivista que cuestiona lo observado, adoptando los elementos de su base como herramientas y adaptándolos a una postura reflexiva por parte de los investigadores⁸.

El equipo investigador estuvo conformado por tres médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, una médica especialista en Otorrinolaringología y una estudiante avanzada de la carrera de Medicina. Las entrevistas fueron realizadas entre julio y septiembre de 2020, a través de videollamadas para asegurar el cumplimiento del ASPO.

Unidad de análisis y criterios de inclusión

Fueron invitadas a participar personas económicamente activas menores de 75 años, que estuvieran realizando trabajo remoto y diferenciado con respecto a sus colegas, por contar con al menos una de las comorbilidades especificadas en la Resolución 207/2020: ser mayor de 60 años, embarazo, EPOC, asma moderado o grave, enfisema congénito, bronquiectasias o fibrosis quística, insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, valvulopatías y cardiopatías congénitas, diabetes, insuficiencia renal crónica, estar realizando diálisis o con expectativa de hacerlo en los próximos seis meses, y/o inmunodeficiencias.

Técnica de muestreo

Los primeros participantes fueron convocados a través de informantes clave de la comunidad, y a partir de ellos se recurrió a un muestreo por bola de nieve⁹.

Recopilación, procesamiento y análisis de los datos

Los datos fueron recopilados a través de entrevistas semiestructuradas individuales de aproximadamente 30 minutos de duración, que se registraron mediante grabación de audio y luego fueron transcritas en un documento de texto. Se trabajó con un muestreo teórico;

el proceso de las entrevistas finalizó cuando se logró una saturación teórica del discurso. Se recolectó información básica sobre edad, género autopercebido, comorbilidad por la que realizó trabajo diferenciado y actividad laboral.

Para el análisis utilizamos un editor de texto colaborativo de Google; con él se realizó una codificación en dos instancias: primero abierta y luego axial^{10,11}. Durante la primera etapa, el equipo investigador segmentó la información y generó las categorías iniciales que se utilizaron para confeccionar mapas conceptuales. Durante la segunda etapa realizamos una síntesis narrativa, ilustrando cada idea con una selección de citas textuales. En cuanto a la validez de los datos, diferenciamos con transcripciones textuales los datos originales de nuestras propias conclusiones. Dado que todos los miembros del equipo investigador pertenecen al mismo campo disciplinario, no se realizó una triangulación de los datos obtenidos. Para la comunicación de esta investigación utilizamos los estándares reconocidos de transparencia para los informes de investigaciones cualitativas¹².

Aspectos éticos

El presente trabajo fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires, bajo el número de registro 1296. Se solicitó un consentimiento informado oral, y los entrevistados que participaron lo hicieron de forma voluntaria. Todos los datos del estudio fueron tratados con máxima confidencialidad de manera anónima, con acceso restringido solo al equipo investigador.

RESULTADOS

Se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas. Las características de la población estudiada se detallan en el cuadro 1.

Los conceptos emergentes identificados fueron agrupados en los siguientes ejes temáticos de análisis: 1) percepciones sobre la salud/enfermedad, 2) percepciones sobre el trabajo, 3) percepciones sobre la pandemia y 4) estrategias de afrontamiento.

1) Percepciones sobre la salud/enfermedad

Una primera modificación que introdujo esta experiencia en la vida de los entrevistados tuvo que ver con la limitación que comenzó a generarles su comorbilidad preexistente. Antes de la pandemia, su condición de base –si bien requería cierto seguimiento médico– no influía en sus funciones habituales. No obstante, para muchos la irrupción de COVID-19 significó por primera vez en su vida que estas comorbilidades significaran un impedimento (aun cuando su situación de salud no hubiera cambiado) en lo que podían hacer, generando en algunos casos sentimientos de fragilidad.

“Yo no tenía ninguna restricción en mi vida por tener asma. Es la primera vez que estoy impedida de hacer algo por mi condición”. (Abogada, 49 años, asma).

Cuadro 1. Resumen de las características de las personas entrevistadas

Características demográficas y clínicas		Número (%)
Edad en años	Menores de 50	10 (48%)
	50 a 65	8 (38%)
	Mayores de 65	3 (14%)
Género femenino		15 (71,4%)
Actividad laboral	Personal de salud	12 (57,14%)
	Administrativo	7 (33,33%)
	Docente	1 (4,7%)
	Otros	1 (4,7%)
Condición clínica que generó la exclusión de la actividad laboral presencial	Enfermedad Asma respiratoria	8 (38%)
	EPOC ^a	2 (9,5%)
la exclusión de la actividad laboral presencial	Diabetes/Obesidad mórbida	3 (14,3%)
	Cardiopatía	2 (9,5%)
presencial	Inmuno-compromiso	1 (4,7%)
	Enfermedad oncológica	3 (14,3%)
	Trasplantados/Enf. autoinmunes	3 (14,3%)
	Otras	1 (4,7%)
	Total	21 (100%)

^a EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

“Un día fui a trabajar y me dijeron: Tenés que tomarte licencia porque tenés EPOC”. (Administrativa, 54 años, EPOC).

Además de esta nueva limitación, para muchos también fue la primera vez que su comorbilidad significó una mayor posibilidad de presentar complicaciones serias o de morir por esto. La angustia asociada al hecho de tener mayor riesgo de morbilidad por estas condiciones fue una constante en la casi totalidad de los entrevistados.

“Al principio yo estaba trabajando y me agarró miedo, porque decían que las personas que tenían asma corrían más riesgo de fallecer”. (Encargado de edificio, 40 años, asma)

Si bien las medidas de aislamiento fueron establecidas con el fin de preservar la salud de las personas, al preguntarles a los entrevistados sobre su estado de salud, paradójicamente muchos respondían que su situación en general había empeorado. Las razones fueron múltiples y variadas. Por un lado, algunos vieron empeorar su patología de base. Otros refirieron que, durante la cuarentena, desarrollaron hábitos no saludables como el sedentarismo, aumento del tabaquismo o consumo de alcohol. Finalmente, otros lo relacionaron con la menor accesibilidad a atención médica presencial y de calidad.

“Lo que tuve, que hace muchos años que no tenía, fue un broncoespasmo muy fuerte y que me duró bastante tiempo”. (Abogada, 49 años, asma)

“Esto me trajo angustia, enojo, depresión Y la absorción de la insulina en mi cuerpo se modificó. Yo uso dosis muy bajas normalmente, pero vi que no estaba funcionando. Pasé de una hemoglobina glicosilada de 7,3 a 8,4 en 3 meses”. (Administrativa, 49 años, diabética).

“Al quedarme adentro estoy más ansiosa (...) tengo EPOC y estoy fumando mucho más que antes”. (Administrativa, 54 años, EPOC).

“Tomo vino de noche porque lo necesito para dormir”. (Docente, 66 años, edad > 60 años).

2) Percepciones sobre el trabajo

Dentro de este eje aparecieron diversos sentimientos emergentes que vale la pena destacar. Si bien se pudieron identificar tanto sentimientos positivos como negativos, predominaron los negativos. El principal sentimiento positivo identificado fue el de sentirse cuidados por no tener que ir a trabajar en forma presencial. Por otro lado, algunos valoraron el espíritu colaborativo de sus compañeros de trabajo, quienes tuvieron buena predisposición para darles asistencia para adaptarse al trabajo remoto.

“Sentí que es mejor estar encerrado. De alguna manera estar aislado te protege de algo muy desagradable”. (Trabajadora social, 69 años, edad > 60 años)

“Tenemos un grupo de WhatsApp. Ponés algo, desde un caso o una pavada de la tecnología que no entiendo, todos te contestan y te ayudan”. (Médica, 64 años, diabetes).

Los aspectos negativos de la vivencia, en cambio, fueron múltiples. El primero se relaciona con sentirse prescindible, con saber que –si uno no va al trabajo– todo sigue funcionando igual. Otros refirieron sentirse en cierta desventaja respecto de aquellos que no tienen ningún factor de riesgo, lo que generó a su vez una sensación de vulnerabilidad laboral. Finalmente, otros sintieron culpa por no poder brindar más ayuda a sus compañeros que

trabajaban de forma presencial, dado que consideraban que el trabajo realizado en forma remota no era equiparable al que desempeñaban de manera presencial, por lo que su *shielding* necesariamente habría implicado una sobrecarga laboral para sus pares.

“No sos imprescindible (...) las cosas siguen y te quedás a un lado. Si yo no voy, todo sigue adelante”. (Médica, 53 años, artritis reumatoide).

“Me preguntaba: ¿Por dónde se puede cortar todo en el trabajo? Y dije: ¡Conmigo! Soy la más grande. Podés prescindir de un personal más grande (...) hace 4 meses la única que va a trabajar es una chica de 35 años”. (Docente, 66 años, edad > 60 años).

“Sentí mucha culpa por mis compañeros, porque sabía que si yo no iba era más trabajo para ellos”. (Médica, 29 años, asma).

Otro sentimiento negativo de la vivencia surgió por el hecho de que la falta de presencialidad en el trabajo para muchos significó una pérdida de las relaciones sociales que normalmente provee el lugar de trabajo.

“Me falta lo otro del trabajo, me falta lo social. Yo no solo voy al trabajo, sino que entre una consulta y otra me siento a tomar un café y converso con alguien”. (Médica, 53 años, artritis reumatoide).

“Extraño mucho esa parte del trabajo, poder estar con gente. Uno extraña ese contacto”. (Administrativa, 54 años, EPOC).

Para los entrevistados que eran profesionales de la salud, la irrupción de la pandemia también generó cambios en la forma de relacionarse con sus pacientes. Estas nuevas dinámicas generaron incomodidad en los entrevistados, sobre todo en aquellas disciplinas sanitarias donde lo vincular es importante y donde los entrevistados parecen jerarquizar las relaciones de cercanía. Por otra parte, estas nuevas condiciones de trabajo también generaron ansiedad al requerir mayores cuidados que antes respecto de qué pacientes aceptar o no, por saberse población de riesgo.

“Me es extraño atender a una persona estando disfrazada de astronauta (...) no poder abrazar a un niño o a un adulto si lo necesita; el no poder darle la mano me hace sentir como lejos, como fría”. (Médica, 53 años, artritis reumatoide).

“Tenés que ser muy minucioso en la selección del paciente que vas a atender (...) revisar los controles previos del estado de salud y además de eso seleccionar qué actividad podés desarrollar para movilizar la menor cantidad de aerosoles posibles... Cosas que antes ni pensabas”. (Odontólogo, 46 años, diabetes y antecedente de IAM).

Uno de los estresores más frecuentemente identificados se relacionó con la pérdida de la rutina diaria al trabajar desde la casa. El hecho de ya no tener que entrar y salir a un determinado horario del trabajo hizo menos claro el límite entre el tiempo dedicado al trabajo y el tiempo personal, a la familia y a las labores hogareñas. Algunos entrevistados además consideraron que esta falta de organización pudo repercutir de forma negativa sobre su productividad laboral.

“Por ahí empiezo a trabajar y corto, me pongo a ver una película, corto la película y sigo con el celular, y así se me pasa el día. Después por ahí había días que eran las doce de la noche

y seguíamos trabajando, haciendo todo lo que se nos atrasó durante el día”. (Administrativa, 54 años, EPOC).

“A veces trabajo, pongo a lavar ropa y vuelvo a trabajar. Estar todo el día en casa es todo un tema”. (Administrativa, 54 años, esclerosis múltiple).

3) Percepciones sobre la pandemia

Más allá de las vivencias específicas relacionadas con la salud y el trabajo, los entrevistados refirieron situaciones y sentimientos similares a los experimentados por otros segmentos de la población general. Fundamentalmente durante las primeras semanas de aislamiento, se vio una tendencia a disfrutar y agradecer el tiempo disponible para estar en casa y en familia. Se usó este tiempo para probar nuevos hobbies, para hacer cosas de la casa y para hacer actividades en familia.

“Compartí más tiempo con mis tres hijos”. (Administrativa, 54 años, EPOC).

“Con mi hija capaz nos enganchamos con algo para hacer, pintar algo, cambiar el color de un ambiente; cosas así”. (Administrativa, 54 años, esclerosis múltiple).

A medida que se alargó el aislamiento y empezaron a subir los casos, comenzaron a referir más sentimientos de miedo. El estar en la casa contribuía a estar más tiempo expuesto a noticias, donde principalmente se hablaba de COVID-19 y los nuevos casos, lo que aumentaba el miedo.

“Las primeras semanas estaba muy ansiosa por lo que comunicaban los medios... Los números, las últimas noticias, hasta que me di cuenta que me perjudicaba”.

(Médica, 33 años, asma)

“Estar escuchando el conteo todos los días en los informativos... De los recuperados, de los que estaban fallecidos, eso la verdad que me satura...”. (Médica, 53 años, artritis reumatoide).

Además, empezaron a aparecer sentimientos negativos debido a la extensión del aislamiento social. En líneas generales, la mayor parte de los entrevistados pensaban que el aislamiento iba a durar unas pocas semanas, por lo que –cuando fue pasando el tiempo– comenzaron a aparecer sentimientos de hartazgo y de incertidumbre respecto de cuánto más duraría.

“Estoy agotado, quiero volver a mi vida”. (Abogado, 49 años, asma).

“No pensé que iba a ser tan larga, pensé que 15 a 20 días se extendería esa etapa y bueno después se iba a ir normalizando”. (Administrativa, 54 años, EPOC).

También generó sentimientos negativos el no haber podido realizar rituales importantes para nuestros entrevistados, como funerales, festejos por nacimientos o cumpleaños, ni otras actividades relevantes para su vida como son los viajes y las actividades deportivas.

“Hace 10 días falleció la madre de mi cuñado y no hubo velorio, fue un saludo y nada más”. (Médica, 64 años, diabetes).

“Ese fin de semana yo iba a correr una carrera. Yo corro, es mi escape físico y mental. Y se cortó todo”.

“En agosto cumpla 50, un montón de proyectos, festejos. Y quedó todo en nada”. (Administrativa, 49 años, diabetes).

“Me estaba por mudar solo y no pude”. (Encargado de edificio, 40 años, asma).

4) Estrategias de afrontamiento

La aparición de la pandemia obligó a nuestra población a fuertes cambios en la cotidianidad, tanto en relación con el trabajo como respecto de la dinámica familiar. La respuesta adaptativa a estos cambios se vio reflejada en ambas esferas.

Un grupo de pacientes registró, durante la cuarentena, que no solo había tiempo extra disponible, sino que el ritmo parecía haberse ralentizado; desapareció el apuro constante y lo usaron para realizar regularmente actividades que antes no hacían con frecuencia. Esa actitud resiliente permitió aprovechar una situación de encierro como una oportunidad.

“Es un ritmo más pausado que el que yo hacía. Yo siempre estaba corriendo y llegando tarde a todas partes (...) ahora no corro, y eso está mucho más bueno. Tiene como otro disfrute de las cosas. Eso me encantaría que quede”. (Médica, 43 años, esplenectomía).

Con el transcurso de los días se pudo reconstruir una nueva “rutina hogareña”, que permitió una mejor organización del tiempo dedicado al *home office* y a las tareas de la casa.

“Con mi marido nos organizamos. Los días que yo trabajo, él cocina y lava. Y los días que él tiene que ir a la oficina o tiene alguna reunión acá en casa, yo me encargo de la cocina—. (Médica, 33 años, asma).

“Pasamos por todas las etapas. Al principio era limpiar, limpiar, limpiar; después cocinar, cocinar... Pero después todo se fue acomodando...”. (Administrativa, 54 años, esclerosis múltiple).

A diferencia de sus pares, nuestros entrevistados fueron obligados a aislarse debido a su vulnerabilidad. En lugar de contrariarse, algunos de ellos supieron sostener una actitud positiva, y, a partir de un proceso de aceptación de lo que no podía ser modificado, intentaron resignificar su situación.

“Tener que quedarme por tener un mieloma tiene que tener algún lado bueno”.

“Los ingresos bajan un poco... Pero estoy en casa, no estoy gastando nafta, no estoy consumiendo cosas”. (Médico, 54 años, mieloma múltiple).

Parte del tiempo libre fue aprovechado por algunos para iniciar actividades que tenían pendientes, como realizar ejercicio físico o estudiar por placer.

“Estoy haciendo bastante deporte, con todas las páginas online con rutinas de actividad física. Ojalá eso quede”. (Abogada, 49 años, asma).

“Me enganché con un curso de historia de Felipe Pigna, con mi novio, una vez por semana”. (Médica, 43 años, esplenectomía).

En cuanto al contacto con la familia, las estrategias fueron dirigidas a afrontar la cercanía obligada con los convivientes, que pudo ser aprovechada como una oportunidad para fortalecer vínculos.

“Comparto con mis hijas mucho más tiempo. En otras circunstancias no lo haría más que en las vacaciones”. (Abogada, 49 años, asma).

En otros casos fue necesario usar la creatividad para lograr algún contacto virtual o real a la distancia con los familiares no convivientes para tratar de mantener vivo el vínculo, sobre todo entre los mayores (vistos como vulnerables) y los niños (vistos como fuentes de contagio).

“Es impactante ser abuela en estas condiciones (...) pasaron muchos meses y yo no he podido vincularme con él (su nieto). Pero al menos lo veo crecer por videollamadas”. (Trabajadora social, 69 años, edad > 60 años).

“Cada 10 o 15 días paso por la casa de mi hijo mayor y veo a mis nietos, los saludo y conversamos un rato... Yo desde el auto y ellos desde la vereda”. (Médico, 72 años, asmático y edad > 60 años).

Entre las estrategias de afrontamiento valoradas por nuestros entrevistados se destaca la conformación o visibilización de redes de apoyo de familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc. Muchas de ellas quizá ya existían antes de la pandemia, pero se hicieron más evidentes dada la relevancia que cobraron los vínculos durante esa etapa.

“Tengo una red increíble y es como que no me hace sentir sola, no me hace sentir mal. Si estoy mal lo comparto. Seguí teniendo la relación social que tenía y en estos momentos más todavía”. (Médica, 43 años, esplenectomía).

“Me doy cuenta de que las reuniones las recibo bien, como una cosa buena en el día. No como antes, que terminaba el día y encima tenía una reunión (...) me sentí apoyado por esta gente”. (Médico, 54 años, mieloma múltiple).

DISCUSIÓN

Identificamos que la salud general de las personas empeoró durante la pandemia a pesar de realizar trabajo diferenciado, y que durante el período explorado surgieron múltiples emergentes que incluyeron hábitos no saludables y, también, estrategias positivas de afrontamiento. Respecto de lo laboral predominaron los sentimientos negativos.

El hecho de que la salud general haya empeorado probablemente se relacione con que la estrategia de *shielding* se enfocó exclusivamente en evitar que las personas se contagiaran de COVID-19. Los procesos de salud/enfermedad son complejos y dependen de muchas otras variables que operan no solo en la esfera biológica de las personas sino también en la psíquica y la socioeconómica. La pandemia tuvo un impacto negativo sobre la salud de toda la población, y ofrecerles a nuestros entrevistados solamente trabajo remoto en lugar de un abordaje integral parece haber hecho que experimentaran un deterioro similar al de otros segmentos de la población. Por ejemplo, nuestros entrevistados refirieron mayores niveles de malestar psíquico y consumo problemático de sustancias, lo cual coincide con lo referido por otros trabajos locales. En el informe preliminar de resultados de un estudio realizado en la Argentina¹³, el 48% de la población encuestada presentaba un puntaje compatible

con malestar psicológico, y el 28% tuvo un puntaje de la escala K10 (evalúa síntomas de depresión y/o ansiedad) compatible con un cuadro moderado o grave. A su vez, el consumo problemático de sustancias habría experimentado un aumento durante esos meses. Dos estudios realizados en este mismo período, uno en España¹⁴ y otro en la Argentina¹⁵ revelaron que –durante la cuarentena– se triplicó el número de personas que afirmaban consumir bebidas alcohólicas todos los días.

Los entrevistados también relacionaron el empeoramiento de su salud con problemas en el acceso a los servicios de salud. Esto coincide con un estudio realizado en la Argentina, según el cual el 9% de la población encuestada refirió tener al menos un problema de salud; y, de estos, el 26% declaró que tuvo que interrumpir su tratamiento, exámenes complementarios controles de salud, total o parcialmente debido a la pandemia¹³. Otro estudio local remarcó que la disminución en la oferta de consultas presenciales intentó ser compensada con consultas virtuales, lo que operó como una barrera para aquellas personas que no tienen el recurso o el conocimiento para hacer uso de esas tecnologías, comprometiendo la calidad de los cuidados provistos y su accesibilidad¹⁶.

Vale destacar que, a diferencia de otros escenarios en los que el *shielding* se llevó a cabo en individuos con cierta fragilidad preexistente debido a su condición clínica previa, nuestros entrevistados eran personas funcionales, a quienes su enfermedad de base nunca les había significado una limitación relevante. Bloom¹⁷ y Rahe¹⁸ sostienen que los sucesos vitales son eventos externos, que demandan a las personas una respuesta adaptativa, y que la capacidad para adaptarse a esos cambios depende en gran medida de las experiencias previas del individuo. Esta falta de vivencias previas que los preparan para el desarrollo de una respuesta adaptativa adecuada podría explicar en parte la ansiedad que generó esta situación en nuestros entrevistados.

En lo referido a lo laboral, la pérdida de la presencialidad fue lo que más parece haber contribuido a los sentimientos negativos de esta vivencia. El trabajo no solo provee una retribución económica a las personas, sino además contribuye al desarrollo y bienestar personal dado que permite formar parte de grupos de pertenencia y tener actividad social¹⁹. Dado que nuestra muestra incluyó solo personas económicamente activas, en nuestro estudio no detectamos daño mediado por pérdidas económicas sino asociado a la pérdida de la actividad social que provee el trabajo presencial. Por otra parte, el tener que trabajar desde los hogares también contribuyó al malestar. La bibliografía describe que los ámbitos laboral y familiar de las personas requieren límites claros que los separen, ya que –cuando estos se pierden– generan malestar a las personas porque las obliga a hacer las tareas de ambos ámbitos simultáneamente²⁰.

Finalmente, otra variable que generó malestar se relacionó con la sensación de vulnerabilidad laboral. Nuestros entrevistados se sintieron en desventaja con respecto a otros trabajadores sin factores de riesgo y tenían temor

de que su condición les hiciera perder el trabajo. Una investigación sobre la inestabilidad y la precariedad laboral y su repercusión sobre la salud afirma que este tipo de situaciones se asocian estrechamente al desarrollo de nerviosismo, ansiedad y depresión²¹.

Consideramos que la principal fortaleza de este estudio es que brinda evidencia sobre un tema poco abordado en la bibliografía. La mayoría de los trabajos revisados tratan sobre personas que son vulnerables dada la fragilidad con que se asocia su patología de base, mientras que el nuestro se centró en personas que se sentían completamente funcionales antes de la pandemia ya que su condición de base nunca los había limitado, pero que fueron “vulnerabilizadas” al ser tratadas como frágiles aun en contra de su autopercepción. En cuanto a las debilidades, consideramos que en nuestra muestra está sobrerrepresentado el personal sanitario. La experiencia de este colectivo tuvo características distintivas, por ejemplo la sobrecarga laboral, que no necesariamente ocurrió en otras actividades laborales. De esta manera, muchas de las vivencias detectadas en este estudio probablemente no sean extrapolables a otros colectivos de personas económicamente activas que trabajan en áreas diferentes del ámbito de la salud. Otra debilidad para mencionar es que, debido al contexto de ASPO, todas las entrevistas fueron realizadas mediante videollamadas, lo que puede haber condicionado algún tipo de sesgo de selección en la muestra, restringiéndola solamente a personas alfabetizadas digitalmente y con acceso a tecnologías de la información y la comunicación.

Para concluir, nuestros resultados sugieren que la implementación de *shielding* resulta insuficiente como única medida para la preservación de la salud de las personas con mayor riesgo de desarrollar formas graves de COVID-19 o de cualquier otra enfermedad con características epidemiológicas semejantes. Probablemente la instauración sorpresiva de la pandemia y la ausencia de memoria colectiva respecto de situaciones similares (son escasos los sobrevivientes de pandemias anteriores de enfermedades de transmisión respiratoria de esta magnitud) hayan contribuido al impacto que tuvo el *shielding* en nuestros entrevistados. Queda por reflexionar cómo podríamos mejorar la gestión de una próxima situación epidemiológica semejante (sea esta causada por el SARS-CoV-2 o por otros agentes), a través del diseño de estrategias de abordaje más integrales que contemplen los emergentes y las estrategias de afrontamiento identificadas en este trabajo.

CONCLUSIÓN

La implementación de *shielding* resulta insuficiente como única medida para la preservación de la salud de las personas con mayor riesgo de desarrollar formas graves de COVID-19 o de cualquier otra enfermedad con características epidemiológicas semejantes.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, et al. World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg.* 2020;76:71-76. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.02.034>. Errata en: *Int J Surg.* 2020;77:217. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2020.03.036>.
2. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020;323(13):1239-1242. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.
3. Livingston E, Bucher K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA.* 2020;323(14):1335. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4344>.
4. Boletín Oficial de la República Argentina. Aislamiento social, preventivo y obligatorio. Decreto 297/2020 [Internet]. Buenos Aires: Argentina. Presidencia; 2020 mar 19 [citado 2021 dic 13]. Disponible en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>.
5. Argentina. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Deber de asistencia al lugar de trabajo: suspéndase. Resolución 207/2020 [Internet]. Buenos Aires: el Ministerio; 2020 mar 17 [citado 2021 dic 13]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolucion-207-2020-335541>.
6. Westcott K, Wilkins F, Chancellor M, et al. P122 The impact of COVID-19 shielding on the wellbeing, mental health and treatment adherence of adults with cystic fibrosis (CF). *Thorax.* 2021;76(Suppl 1):A154-A155. <https://doi.org/10.1136/thorax-2020-BTSabstracts.267>.
7. Antoun J, Brown DJ, Jones DJW, et al. Understanding the impact of initial COVID-19 restrictions on physical activity, wellbeing and quality of life in shielding adults with end-stage renal disease in the United Kingdom dialysing at home versus in-centre and their experiences with telemedicine. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(6):3144. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063144>.
8. Denzin NK, Lincoln YS. Métodos de recolección y análisis de datos: manual de investigación cualitativa. Barcelona: Gedisa; 2015. 544 p.
9. Blanco CM-C, Castro ABS. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure investig.* 2007;(27):10.
10. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2016. 341 p.
11. HYPERLINK "<http://paperpile.com/b/oVA7VN/GqRT>"Creswell JW, Poth CN. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches.* Los Angeles, LA: SAGE; 2017. 488 p.
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245-1251. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388>.
13. Arrossi S, Ramos S, Paolino M, et al. Estudio TIARA. Primer avance de resultados: 2020 [Internet]. Buenos Aires: CEDES; 2020 abr 20 [citado 2022 mar 1]. Disponible en: <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4534>.
14. García-Álvarez L, de la Fuente-Tomás L, Sáiz PA, et al. ¿Se observarán cambios en el consumo de alcohol y tabaco durante el confinamiento por COVID-19? *Adicciones.* 2020;32(2):85-89.
15. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Área de Salud y Población. Consumo de alcohol durante la cuarentena [Internet]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales; 2020 [citado 2021 dic 7]. Disponible en: <http://www.sociales.uba.ar/2020/05/28/consumo-de-alcohol-durante-la-cuarentena/>.
16. Loza CA, Baez G, Valverdi R, et al. Estudio cualitativo sobre los adultos mayores y la accesibilidad a los servicios de salud durante el confinamiento por COVID-19 en Buenos Aires, Argentina - parte 2 [A qualitative study on the elderly and accessibility to health services during the COVID-19 lockdown in Buenos Aires, Argentina - Part 2]. *Medwave.* 2021;21(4):e8192. <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.04.8192>.
18. Rahe RH. Subjects' recent life changes and their near-future illness reports. *Ann Clin Res.* 1972 Oct;4(5):250-265.
19. Betancourt O. La salud y el trabajo: reflexiones teórico-metodológicas monitoreo epidemiológico atención básica en salud. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS); 1995. 306 p.
20. Clark SC. Work/family border theory: a new theory of work/family balance. *Hum Relat.* 2000;53(6):747-770.
21. Amable M, Others. La precariedad laboral y su impacto sobre la salud: un estudio en trabajadores asalariados en España. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2009. <http://hdl.handle.net/10803/71116>.