



Serie Proyectos de Investigación e Innovación

Superintendencia de Seguridad Social
Santiago - Chile

INFORME FINAL

Impacto psicosocial en los trabajadores en centros de salud durante la pandemia de COVID 19 en dos comunas de la Región Metropolitana

Autores:

Gabriel Mansilla Lucero
Marco Bravo Dañobeitía
Daniela Pino Molina
Silvia Torrealba Sánchez
Álvaro Alvarado Jorquera
Camila Ramírez Pino
Macarena Riquelme Rivera

2022





SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

SUPERINTENDENCE OF SOCIAL SECURITY

La serie Proyectos de Investigación e Innovación corresponde a una línea de publicaciones de la Superintendencia de Seguridad Social, que tiene por objetivo divulgar los trabajos de investigación e innovación en Prevención de Accidentes y Enfermedades del Trabajo financiados por los recursos del Seguro Social de la Ley 16.744.

Los trabajos aquí publicados son los informes finales y están disponibles para su conocimiento y uso. Los contenidos, análisis y conclusiones expresados son de exclusiva responsabilidad de su(s) autor(es), y no reflejan necesariamente la opinión de la Superintendencia de Seguridad Social.

Si requiere de mayor información, sobre el estudio o proyecto escriba a: investigaciones@suseso.cl.

Si desea conocer otras publicaciones, artículos de investigación y proyectos de la Superintendencia de Seguridad Social, visite nuestro sitio web: www.suseso.cl.

The Research and Innovation Projects series corresponds to a line of publications of the Superintendence of Social Security, which aims to disseminate the research and innovation work in the Prevention of Occupational Accidents and Illnesses financed by the resources of Law Insurance 16,744.

The papers published here are the final reports and are available for your knowledge and use. The content, analysis and conclusions are solely the responsibility of the author (s), and do not necessarily reflect the opinion of the Superintendence of Social Security.

For further information, please write to: investigaciones@suseso.cl.

For other publications, research papers and projects of the Superintendence of Social Security, please visit our website: www.suseso.cl.

Superintendencia de Seguridad Social
Huérfanos 1376
Santiago, Chile.

Índice

1.	Antecedentes del estudio	5
1.1	Planteamiento del problema	6
1.2	Objetivos	7
1.2.1	Objetivo General:	7
1.2.2	Objetivos específicos:.....	7
2.	Marco Teórico	8
3.1	Contexto nacional e internacional en COVID y salud mental	8
3.2	Aspectos psicosociales de la pandemia	12
3.3	Atención primaria de Salud en nuestro país	13
3.4	Enfermedades y condiciones en salud mental en Chile.....	14
3.5	Instrumentos de medición en patologías de salud mental.....	15
3.	Materiales y método	19
3.1	Aspectos relevantes del enfoque cualitativo	20
3.2	Aspectos relevantes del enfoque cuantitativo	21
3.3	Muestra, criterios de inclusión y exclusión	22
3.4	Aspectos éticos.....	22
3.5	Entrega de resultados	23
3.6	Plan de análisis de los datos.....	24
4.	Resultados y discusión	24
5.	Resultados de instrumento cuantitativo de la comuna de La Granja	24
5.1.1	Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)	25
5.1.2	Demand-Control-Support Model Inventory de Karasek (DCSM).....	28
5.2	Resultados de instrumento cualitativo de la comuna de La Granja	37
5.3	Análisis resultados instrumento cualitativo de la comuna de La Granja	37
5.4	Discusión resultados de la comuna de La Granja.....	45
5.5	Resultados de instrumento cuantitativo de la comuna de Cerro Navia.....	45
5.5.1	Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD).....	46
5.5.2	Demand-Control-Support Model Inventory de Karasek (DCSM)	48
5.5.3	Maslach Burnout Inventory (MBI)	51

5.5.4	Coronavirus Anxiety Scale (CAS).....	53
6	Conclusiones.....	55
	Bibliografía.....	57
	Anexos	63
	Anexo 1: Resolución Comité de Ética Servicio de Salud Metropolitano Norte.	63
	Anexo 2: Consentimiento Informado aprobado por el Comité de Ética.	64
	Anexo 3: Carta aprobación Comité de Ética Servicio de Salud Metropolitano Occidente	67
	Anexo 4: Consentimiento Informado aprobado Comité de Ética Servicio de Salud Metropolitano Occidente.	69
	Anexo 5: Instrumentos de evaluación cuantitativa	71
	Anexo 6: Propuesta de preguntas para estudio cualitativo.	85
	Anexo 7: Estructura de mail para invitación del estudio.....	86

1. Antecedentes del estudio

Acorde a lo establecido en la normativa vigente, se llevó a cabo el concurso versión 2020 de Proyectos de Investigación e Innovación en Seguridad y Salud en el trabajo, los cuales son financiados por las Mutualidades de Empleadores y por el Instituto de Seguridad Laboral con los recursos del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Ley N° 16.744, definidos para el año 2020 por el Decreto Supremo N°57/2019 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Los proyectos fueron evaluados por una comisión integrada por representantes de los organismos administradores de la Ley 16.744 y con fecha 14 de agosto de 2020 se dio por finalizada la revisión y selección de los proyectos.

El estudio denominado “Impacto psicosocial en los trabajadores en centros de salud durante la pandemia de COVID 19 en dos comunas de la Región Metropolitana” presentado a concurso por GSE Salud Consultores Ltda., fue adjudicado al Instituto de Seguridad del Trabajo (IST).

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una pandemia implica la propagación mundial de una nueva enfermedad. La pandemia actual provocada por una nueva cepa de coronavirus, conocida como SARS-Cov-2, provoca la enfermedad denominada como COVID-19, la cual ha tenido un impacto sin precedentes en todo el mundo. La aparición y propagación del virus comenzó en Wuhan, China, a fines del 2019; es altamente transmisible y se ha propagado rápidamente por todo el mundo, siendo declarada pandemia el 12 de marzo del 2020.

El primer caso en nuestro país fue documentado el 02 de marzo del mismo año. En líneas generales, la OMS recomienda que la población evite circular libremente, acuñando el término de “distanciamiento social” para evitar la propagación del virus. Esto se traduce en que más de un tercio de la población mundial ha estado o está actualmente en confinamiento en sus hogares según la situación de propagación del virus de su país.

En este sentido, la pandemia además de tener un alto costo en vidas humanas también ha tenido un impacto económico negativo a nivel global, además del ocasionado sobre la salud mental de los individuos. Según cifras de la OMS, entre un 3 y un 4% de la población puede sufrir trastornos de salud mental severos, mientras que entre un 15 y un 20% podría padecer trastornos leves a moderados. El porcentaje restante se ve expuesto a un fuerte estrés psicosocial no patológico. Como muestra de esto, se ha documentado un alza importante de los niveles de ansiedad, estrés y depresión en la población general (Wang et al., 2019; Zhu, Chen, Ji, Xi, & Fang, 2020).

El fenómeno antes señalado, no es ajeno al personal de la atención primaria de salud, pues pueden sentirse poco preparados para atender pacientes infectados con un virus nuevo, del cual poco se sabe, no existen protocolos clínicos bien establecidos y su quehacer habitual no está vinculado a enfermedades como esta que suelen ser tratadas en el nivel secundario de atención (Huang, Han, Luo, Ren, & Zhou, 2020). También existe la preocupación constante por el riesgo de contagio a sus familiares, amigos o colegas (Kang, 2020; Xiang, 2020). Esto genera aislamiento, cambios de rutina y por ende reduce la red de apoyo social (Huang et al., 2020). En nuestro país, según la Superintendencia de Salud, durante el primer mes de pandemia las licencias por enfermedades psiquiátricas aumentaron un 7% respecto del año anterior.

Descrito el panorama actual, este proyecto de investigación constituye una oportunidad para evaluar el estado de la salud mental de los funcionarios de la atención primaria de salud (APS) en el contexto pandemia COVID-19 como punto de partida, ya que permite evaluar la sintomatología y eventualmente plantear intervenciones a cargo de un equipo de profesionales de salud mental (Min, Sub, Cho, Kim, & Kyung, 2020), previniendo y tratando las lesiones psicológicas producto de la pandemia, contribuyendo de forma significativa a reducir el impacto psicosocial en los trabajadores sanitarios.

Por ello se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo impacta la atención de usuarios internos y externos con riesgo de padecer COVID-19 en la salud mental de los funcionarios de salud?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General:

Dimensionar las necesidades psicológicas percibidas por los funcionarios de la atención primaria (APS) en el área de salud mental, a raíz de la pandemia COVID-19, en centros de salud de la Región Metropolitana en el período 2020-2021.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Explorar la evidencia actual sobre problemas de salud mental relacionados con la pandemia COVID-19.
- Analizar los riesgos asociados a trastornos psicológicos que se pueden atribuir a la atención de público en atención primaria de salud a raíz de la pandemia COVID-19.
- Describir las necesidades percibidas y normativas relacionadas con el cuidado de la salud mental de los trabajadores de la salud.
- Comparar estrategias locales de contención psicológica implementadas por centros observados en el estudio.

2. Marco Teórico

3.1 Contexto nacional e internacional en COVID y salud mental

La pandemia de COVID-19 es una emergencia internacional de salud pública sin precedentes en la historia moderna (WHO, 2020).

El contexto biológico actual y la duración de los importantes cambios que se han generado en la vida diaria, implican un importante reto para la recuperación psicológica.

En el pasado, se han realizado estudios que han evidenciado que las epidemias y la contaminación generan un gran impacto psicosocial individual y comunitario, que con el tiempo se vuelve más frecuente que la misma epidemia (Li et al., 2020; Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020). En la actualidad, debido a la pandemia, se ha ido observando un aumento importante en los niveles de ansiedad, estrés y depresión en la población (Wang et al., 2019; Zhu, Chen, Ji, Xi, & Fang, 2020).

De acuerdo a esta situación, es fundamental que las autoridades de salud logren identificar a los grupos que tienen mayor riesgo de presentar problemas emocionales, ya que además del peligro biológico, el cual se conoce, se debe vigilar la salud mental y generar atenciones psicológicas y psiquiátricas tempranas (Ornell et al., 2020; Wang et al., 2019).

Antes del 2019, un amplio rango de investigaciones había establecido la naturaleza multifactorial de los factores estresantes en la atención de salud: registros clínicos electrónicos; problemas con facturaciones y seguros médicos; cualquier insatisfacción del paciente; equilibrar los copados horarios de trabajo con la vida personal (Nanda, Wasan, & Sussman, 2017). Posteriormente, se han ido realizando algunos estudios que han relacionado la aparición de depresión leve a moderada en los trabajadores como causa de trabajar y exponerse al COVID-19 (Lu, 2020)(Lai et al., 2020).

A diferencia de lo que ha ocurrido con la mayoría de la población, los trabajadores de la salud han visto como ha aumentado exponencialmente la demanda por servicios de salud (Freedman, 2020), lo que los expone a turnos extensos, generalmente con mala infraestructura y escasos recursos (Shigemura, Ursano, Morganstein, Kurosawa, & Benedek, 2020), además de requerir elementos de protección personal (EPP), que generan molestias y dificultad para respirar (Huang, Han, Luo, Ren, & Zhou, 2020). La sobrecarga de trabajo y los síntomas relacionados el estrés hacen que los profesionales de la salud sean especialmente vulnerables al sufrimiento psicológico (Kang, 2020; Shigemura et al., 2020; Xiang, 2020), lo que eleva el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos (Rimoin & Strathdee, 2020).

Junto a lo anterior, el personal de salud puede sentirse poco preparado para llevar a cabo la atención de pacientes infectados con un virus nuevo, ya que se sabe poco de este y no existen protocolos clínicos bien establecidos (Huang et al., 2020).

También existe la preocupación constante por el riesgo de contagio a sus familiares, amigos o colegas (Kang, 2020; Xiang, 2020). A raíz de esto, se puede generar aislamiento de la familia, cambios de rutina y por lo tanto reducir la red de apoyo social (Huang et al., 2020). Estos factores pueden dar lugar a diferentes niveles de presión psicológica, lo que puede desencadenar sentimientos de soledad e impotencia, o varios estados disfóricos como estrés, irritabilidad, sensación de fatiga tanto mental como física y desesperación (Huang et al., 2020).

A pesar de que los funcionarios de la salud suelen estar acostumbrados a la fatiga física y mental dado la sobredemanda de sus servicios, esta pandemia trae además el miedo al contagio, dadas las secuelas y mortalidad asociada al COVID. Por ello, reconocer los riesgos y generar intervenciones para proteger psicológicamente a los funcionarios que atienden a pacientes COVID 19, debe ser prioritario.

Se cuenta con ejemplos que grafican la importancia de cuidar la salud mental de los trabajadores de la salud, tal el caso del SARS el 2003, donde entre un 18 y 57% de los profesionales de la salud tuvieron problemas emocionales graves y sintomatología psiquiátrica durante y después del brote (S. M. Lee, Kang, Cho, Kim, & Park, 2018). En 2015, se observó disforia y estrés en los funcionarios de salud durante el brote del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS). Estas alteraciones emocionales predijeron una mala conducta funcionaria además de tratamientos enlentecidos debido a falta de comunicación y ausentismo laboral. En situaciones como estas, es bastante frecuente que las sensaciones y sentimientos que no se expresan en los equipos de forma verbal, se terminan expresando de otras formas como ausentismo y omisiones en las labores. Los funcionarios de primera línea también reflejan mayor riesgo de desarrollar estrés postraumático (TEPT), el cuál persiste incluso posterior a la ausencia laboral (S. M. Lee et al., 2018).

Existen investigaciones que muestran el impacto sobre la salud mental de los funcionarios de salud durante las epidemias, las que pueden ser persistentes. Se han hallado niveles elevados de estrés, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático después de un tiempo transcurrido desde que finalizó la emergencia (Li et al., 2020; Ornell et al., 2020); Se observó la presencia del síndrome de Burnout en el año 2016 en Corea a causa de una epidemia en funcionarios de salud que trataban de forma directa a pacientes (Kim & Choi, 2020). Si bien es cierto que esta condición suele relacionarse con factores organizacionales, puede darse que, dada la gravedad y complejidad de la pandemia, se desencadene fatiga emocional (Herrer, 2020).

Durante las catástrofes se ha observado estrés postraumático de manera similar en la frecuencia en que se está observando en los profesionales de la salud durante esta pandemia. En cuanto a la sintomatología más frecuente, se ha observado fatiga, pérdida de apetito, deterioro físico, irritabilidad, trastornos del sueño y la atención, entumecimiento, miedo y desesperación (Li et al., 2020).

También se ha observado estigma en los funcionarios de salud que atienden personas con enfermedades de alta posibilidad de contagio. Por otro lado, se ha observado que a los profesionales de salud se les confiere un estado de superhéroes, lo que genera aún más presión, debido a que los superhéroes no fallan, no se rinden y no se enferman. Los medios de comunicación refuerzan este último estereotipo, delimitando el apoyo emocional, aliento y aprecio (Rodrigues, 2020). Esto también puede conducir al colapso del sistema de salud, lo que impide tomar buenas decisiones debido a presiones internas (miedo, incapacidad para enfrentar el sufrimiento, falta de conocimiento) o externas (falta de recursos, apoyo de servicios, problemas de comunicación y organización, presión jerárquica).

El estrés psicológico generado por el aislamiento de la red de apoyo y el estigma producto de la alta posibilidad de contagio percibido por parte de la comunidad, pueden producir en el personal de salud problemas en la concentración y atención, disminución de la función cognitiva y alteración de la toma de decisiones clínicas (Leblanc, 2009; Panagioti et al., 2018), lo que genera un aumento en la frecuencia de errores clínicos e incidentes, poniendo en riesgo a los usuarios de los servicios de salud, además de generar falta de empatía al tratar a los pacientes, baja productividad y mayores tasas de rotación de personal (Penwell-Waines, Ward, Kirkpatrick, Smith, & Abouljoud, 2018).

También ha sido bien documentado que el estrés agudo producto de los desastres, puede tener un efecto a largo plazo en el bienestar en general (Grace & VanHeuvelen, 2019; Grassi & Magnani, 2000; Mulfinger et al., 2019). Junto a esto, el estrés agudo podría llevar a contemplar el renunciar en los trabajadores de salud, lo que agravaría aún más la escasez de personal sanitario.

En la actualidad existen escasos estudios que observen la epidemiología y modelos de intervención para abordar la salud mental en los funcionarios de salud que atienden pacientes con COVID-19. Gran parte de estos se han ejecutado en China, por lo que, junto a la barrera idiomática, la barrera cultural puede no ser extrapolable a otros países, sobre todo países en vías de desarrollo, donde la estructura del sistema de salud es muy distinta. En nuestro país se han realizado diferentes esfuerzos para detectar las consecuencias en salud mental en los funcionarios de salud. Uno de ellos se encuentra enmarcado en el estudio internacional "Health Care Workers COVID-19 Study", enfocado en determinar la prevalencia de patologías mentales (Alvarado & Tapia, 2020). Este estudio estima en resultados preliminares, que un 54,8% de los trabajadores de la salud podrían estar padeciendo un trastorno mental común, el cual alcanzaría una cifra preocupante casi 3 veces mayor a estudios anteriores de prevalencia de salud mental en Chile.

En relación con estos estudios, se observó en uno de ellos que tanto médicos como enfermeras que atendían a pacientes con COVID-19, tenían una mayor incidencia de estrés, ansiedad y TEPT, sobre todo en las mujeres y enfermeras en relación con los varones y médicos. Una explicación de causalidad puede deberse a que las enfermeras suelen tener turnos más largos y contacto más estrecho con los pacientes, lo que aumenta la tensión y

la fatiga. En otra investigación con una muestra similar, se evidenció que el grado de apoyo social de los médicos tuvo una asociación significativa con la eficacia y la calidad del sueño y por otro lado, tuvo asociación negativa con la ansiedad y el estrés (Xiao, Zhang, Kong, Li, & Yang, 2020).

En otro estudio, se observó una prevalencia de 43% de ansiedad y depresión en médicos de primera línea (Amin, Sharif, Saeed, Durrani, & Jilani, 2020), principalmente en médicos jóvenes debido a que tener niños pequeños en casa estaba asociado a ansiedad y depresión por el miedo a llevar el virus a los seres queridos, y son los médicos jóvenes quienes son más propensos a tener niños pequeños en casa.

Aunque los datos en torno al deterioro de la salud mental de los trabajadores de salud como causa de la reciente pandemia son escasos, existen estudios previos que han evaluado la salud mental de médicos, donde se encontró asociación entre el sexo femenino y tener mayor años de servicio con presentar ansiedad y depresión (Atif, Khan, Ullah, Shah, & Latif, 2016).

La depresión, ansiedad e ideación suicida requiere ser revisada y monitoreada regularmente en aquellos funcionarios de salud que atiendan pacientes infectados. De igual manera, deben observarse aquellos profesionales que tengan antecedentes de exposición a factores de riesgo psicosocial. Por consiguiente, aquellas personas que tengan problemas de salud mental más graves, se les debe proporcionar tratamiento psiquiátrico.

En el contexto de COVID-19, se debe identificar aquellos profesionales que tengan enfermedades crónicas, aquellos que viven con niños pequeños o miembros familiares adultos mayores, ya que estos factores psicosociales secundarios pueden generar estrés por el riesgo de llevar el contagio al hogar (Rodriguez, 2020).

Se debe evaluar y manejar aquella sintomatología somática como el insomnio, la ira, la rumiación, la ansiedad, la baja concentración, la depresión y la pérdida de energía por un equipo de profesionales de salud mental. Junto a lo anterior, se debe capacitar sobre el uso adecuado de EPP, así como establecer un protocolo estricto para prevenir infecciones y garantizar un entorno seguro (S. M. Lee et al., 2018).

La carga psicológica y el bienestar general de los trabajadores de salud ha recibido una mayor atención por parte de los medios y las autoridades, lo que ha generado un aumento en las investigaciones en esta área, mostrando altas tasas de burnout, estrés psicológico y suicidio (Santarone, McKenney, & Elkbuli, 2020).

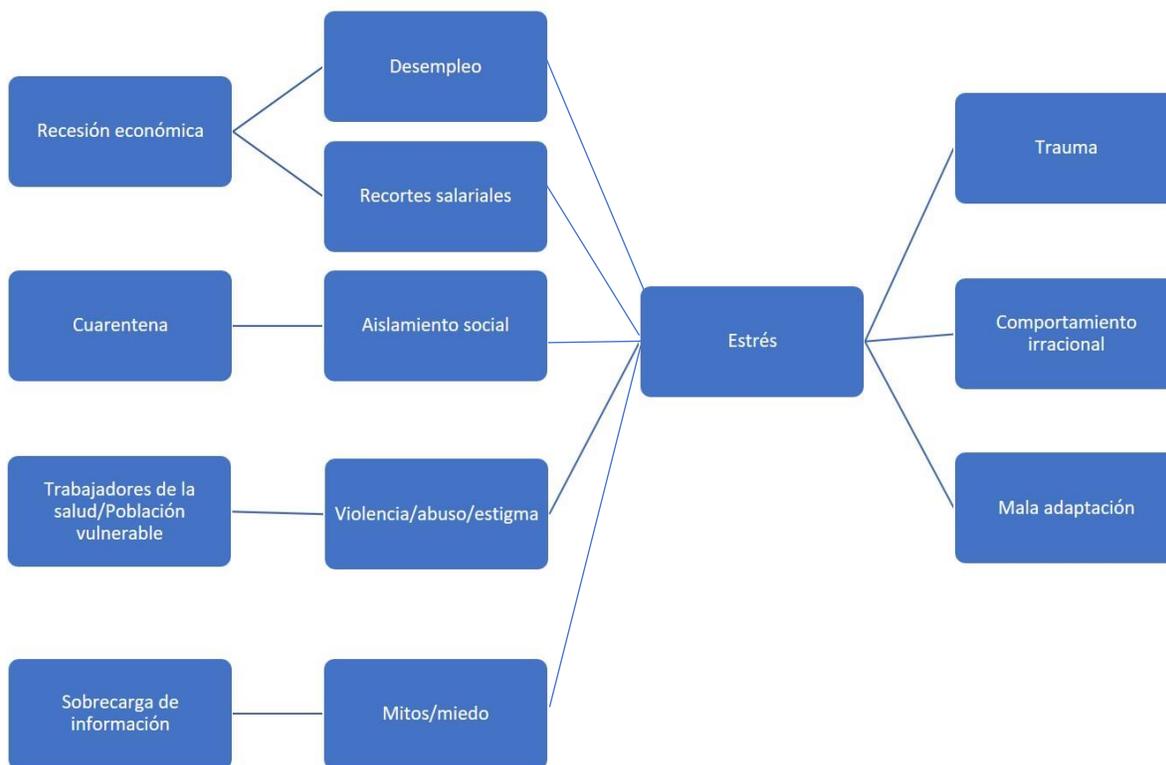
La capacidad de los profesionales de salud para afrontar de forma adecuada los factores estresantes es importante para sus pacientes, sus familias y para ellos mismos. Los funcionarios varían en los niveles de resiliencia psicológica, que es la capacidad de adaptarse de forma positiva a la adversidad para protegerse del estrés (O'Dowd et al., 2018).

3.2 Aspectos psicosociales de la pandemia

Cuando se mencionan los aspectos psicosociales, se refieren a la influencia de factores sociales en el bienestar de los individuos. Una aproximación psicosocial al comportamiento humano incluye la relación entre los aspectos psicológicos intrapersonales y el medioambiente, incluyendo su cultura. Al menos en el contexto de la investigación en salud, hace relación a los efectos de la estructura social en la salud de los individuos, condicionados y modificados por el contexto en el que existen(ILO, 2013). Tal es el caso de la salud ocupacional, rama que se ocupa del bienestar de los trabajadores en su lugar de empleo, donde se considera que estos aspectos son situaciones y condiciones del trabajo que se relacionan con el tipo de organización, el contenido del trabajo y la ejecución de la tarea, los cuales tienen la capacidad de afectar en forma positiva o negativa, el bienestar y la salud(Ministerio de Salud, 2016). Se ha llegado a sugerir que existen demandas psicosociales “universales” que afectan a los trabajadores de forma crónica, independiente de las características de su función, como lo son la falta de recompensas, falsas expectativas, carga laboral, grado de control del trabajador, relaciones interpersonales y apoyo social en el lugar de empleo(Aguirre Martínez, 2010).

Diversos estudios mencionan que existen variados factores psicosociales que inciden en la salud mental de los profesionales que atienden público como los trabajadores de la salud, destacándose la escasez de personal y la consecuente sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos. Si a esto se agrega además que los trabajadores de la salud se encuentran particularmente vulnerables al distrés emocional en la actualidad dado el riesgo de exposición al SARS-CoV-2, preocupación por infectar a sus seres queridos, escasez de EPP, fatiga y compromiso con sus pacientes, se puede prever un aumento en la incidencia de trastornos de salud mental en este grupo(Giménez-Espert, Prado-Gascó, & Soto-Rubio, 2020), pues ya se ha visto que las consecuencias en el bienestar emocional se ve afectado negativamente por desastres (naturales, epidemias u ocasionados por humanos), los que pueden durar mucho tiempo después de su resolución.

En un estudio realizado en India(Das, 2020), se propone un modelo para explicar cómo los aspectos psicosociales interactúan e impactan en la salud mental de los individuos y comunidades en el tiempo del COVID-19:



Fuente: Elaboración propia.

Por esto, se hace más evidente la necesidad de valorar estos aspectos, que se agregan a los factores psicosociales “más comunes” relacionados con el trabajo como la estructura organizacional, una carga extra.

3.3 Atención primaria de Salud en nuestro país

El sistema de salud sanitario en nuestro país es un sistema mixto de atención, integrado por un seguro público conocido como FONASA (Fondo Nacional de salud), y uno privado denominado ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional). El sistema público atiende aproximadamente al 80% de la población, incluyendo dentro de este porcentaje a las personas con mayor vulnerabilidad socioeconómica, quienes no presentan ingresos. En cuanto a la organización, el sistema se organiza en tres niveles diferenciados de atención según complejidad. El primer nivel conocido como la “puerta de entrada” es la Atención Primaria de Salud (APS), donde su función es dar atención de baja complejidad a los usuarios, abarcando todo el ciclo vital a través de una mirada de prevención y promoción de la salud. Está compuesta por distintos dispositivos como son los Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Servicio de Alta Resolución (SAR), Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR) y Postas Rurales de Salud (PRS).

Desde el año 2005 con la implementación de la Reforma de Salud, se dio un cambio de mirada a la atención primaria, pasando de un enfoque biomédico a un enfoque integral y biopsicosocial, conocido como Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, definido según el Ministerio de Salud como “conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados a las personas, consideradas en su integralidad física, mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su ambiente físico, social y cultural”. Al cambiar el enfoque, la salud primaria se vuelca al trabajo territorial e intersectorial, centrado en el individuo y sus necesidades tanto individuales como de familiares, por lo tanto, el personal de salud que se desempeña en esta área debe crear fuertes vínculos con su comunidad, pues lo acompaña a lo largo de toda su vida, en todas sus crisis normativas y no normativas que tengan impacto en su estado de salud, en todas las esferas psíquicas, físicas y biológicas. Cabe destacar además que a través de la Atención Primaria se implementan dos programas ministeriales de gran impacto sanitario como son el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).

El segundo nivel de atención es la Atención Secundaria, donde se encuentran los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centro de diagnóstico terapéutico (CDT) y los Centros de Salud Mental (COSAM). En estos centros atienden las especialidades médicas y se realizan procedimientos de mediana complejidad.

En el tercer nivel de atención están los Hospitales, donde se dan las atenciones más complejas como las cirugías y urgencias de alta complejidad.

3.4 Enfermedades y condiciones en salud mental en Chile

De acuerdo con el último estudio disponible de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA) están determinados por condiciones neuro-psiquiátricas, convirtiéndolas en la primera fuente de carga de enfermedad (Gobierno de Chile & Ministerio de Salud, 2008) y uno de los más altos de América (PAHO, 2018). La depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol ocupan el primer y segundo lugar en las discapacidades atribuidas entre adultos, donde casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida. Solo el 38,5% de quienes han sido diagnosticados reciben algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria.

En la adultez, las exposiciones a factores de riesgo en etapas previas además de las inequidades en salud se expresan generalmente como un deterioro del bienestar, incluyendo la salud mental. En promedio, las personas adultas pasan la mitad de su tiempo despierto trabajando, por tanto, es de suma importancia que el ambiente laboral no sea un factor de riesgo para desarrollar estas condiciones. La acumulación de estas exposiciones influirá en las condiciones del envejecimiento (Ministerio de Salud, 2017).

En la Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida, los principales síntomas o problemas de salud declarados por los trabajadores se refieren al ámbito de la salud mental, destacando la sensación continua de cansancio con un 30,3% y el haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas los últimos 12 meses con un 21%. Estas cifras presentan variaciones importantes según el género, tipo de ocupación y nivel ocupacional, siendo las más afectadas las mujeres que laboran en el servicio doméstico, las ocupaciones familiares no remuneradas, las que trabajan en empleos informales y las trabajadoras del sector público (Instituto de Seguridad Laboral, 2011).

En cuanto a estudios de prevalencia, lo más actual son los datos entregados por la Encuesta Nacional de Salud (ENS), en su tercera versión realizada durante el 2017, donde se confirma la importancia del consumo riesgoso de alcohol que alcanza al 11,7% de la población (20,5 en hombres y 3,3 en mujeres); la presencia de depresión (según un cuestionario CIDI abreviado) en un 6,2% de la población (2,1 en hombres y 10,1 en mujeres), y en el tema del riesgo de la conducta suicida 2,2 % reconoce haber tenido ideas suicidas, 1,5% haber tenido algún grado de planificación y 0,7% haberlo intentado en los últimos 12 meses (Margozzini & Passi, 2018). A esto se agrega el deterioro cognitivo y las demencias que van en aumento, acorde con la transición epidemiológica que sufre el país, donde predomina un perfil con alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en contraste con la baja de enfermedades infecciosas.

La incorporación de patologías de salud mental a las Garantías Explícitas en Salud (GES) ha mejorado el acceso y cobertura a un número importante de personas. Esquizofrenia, depresión y trastorno bipolar en mayores de 15 años, consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas cuentan actualmente con alguna clase de cobertura.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (Ministerio de Salud, 2017), propuso que del presupuesto del sector Salud, un 5% se destinara a Salud Mental. A pesar de este objetivo, se ha mantenido en cifras cercanas al 2,1%. Países de altos ingresos como Nueva Zelanda, Suecia o el Reino Unido invierten sobre el 10% del presupuesto en salud, países de ingresos medios como Uruguay o Costa Rica lo hacen cercano al 8%. Si a esto se suma que desde el 2008, las licencias médicas por salud mental ocupan el primer lugar entre las causas de licencias, se puede concluir que estas condiciones imponen un alto costo económico en el sistema de salud.

3.5 Instrumentos de medición en patologías de salud mental

Para estudiar un fenómeno existen diversos instrumentos que permiten acercarse lo más posible a su realidad (Sampieri, 2010). En el caso del estudio de la salud mental, existe una gran variedad de instrumentos, que varían desde una aproximación más individual hasta encuestas poblacionales.

La presente investigación tiene dentro de sus propósitos evaluar diversos aspectos biopsicosociales de los funcionarios de atención primaria de salud en condición de pandemia, dicho proceso se llevará a cabo indagando particularmente en algunas psicopatologías pertenecientes a la categoría de Trastornos del ánimo, como lo son:

Ansiedad: Esta psicopatología se presenta como un estado emocional desagradable, compartiendo características de miedo, ansiedad excesiva y alteraciones conductuales (Reyes, 2010). El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente, conductas de huida e incluso de evitación general (Reyes, 2010). Entre sus características autonómicas encontramos: tensión muscular, hipervigilia, sudoración, temblores, taquicardia, entre otros (Reyes, 2010).

Depresión: Esta psicopatología se puede presentar en un grado leve, moderada o grave, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad (World health Organization, 2015). Entre los aspectos que se deterioran se encuentran: incapacidad de disfrutar, pérdida de interés y concentración, frecuente cansancio (incluso después de la realización de esfuerzos mínimos), sueño perturbado, disminución del apetito, decae la autoestima, la autoconfianza y a menudo aparecen ideas de culpa o de inutilidad (World health Organization, 2015).

Estrés Agudo: Trastorno transitorio que se desarrolla en una persona que no tiene ningún otro trastorno mental aparente, en respuesta a un estrés físico y mental excepcional y que habitualmente remite en un lapso de horas o de días. En la aparición y en la gravedad de las reacciones agudas de estrés desempeñan un papel importante la vulnerabilidad individual y la capacidad de adaptación de la persona. Entre los síntomas que configuran este cuadro se encuentran: un estado inicial de “aturdimiento”, con cierta construcción del campo de la conciencia y con estrechamiento de la atención, incapacidad para captar estímulos y desorientación. Este estado puede ser seguido tanto de un aislamiento ulterior de la situación circundante (incluso hasta el grado de un estupor disociativo, como de agitación e hiperactividad). Con frecuencia hay signos autonómicos de pánico grave ansioso (taquicardia, sudor, rubor). Los síntomas aparecen minutos después del impacto del estímulo o suceso estresante y desaparecen en el lapso de horas a tres días (American Psychological Association, 2010).

Estrés Postraumático: Surge como respuesta retardada o tardía a un suceso o a una situación estresante (de corta o larga duración) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que probablemente causarían angustia generalizada a casi cualquier persona (Mayo Clinic, 2015).

Entre sus características distintivas se encuentran: los episodios repetidos en que se revive el trauma a través de recuerdos intrusos (“retrospectivas”), sueños o pesadillas que ocurren sobre un fondo persistente de “torpor” y de aplanamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de respuesta a las circunstancias, de anhedonia y de impedimento de las actividades y de las situaciones que le recuerdan el trauma. Habitualmente hay un estado de alerta excesivo en la esfera autonómica, con hipervigilancia, incremento de la reacción de alarma e insomnio (Mayo Clinic, 2015).

El comienzo del trastorno sigue a la presentación del trauma con un período de latencia que puede variar desde pocas semanas a unos meses. La evolución es fluctuante, aun cuando en la mayoría de los casos se puede esperar una recuperación. En una pequeña proporción de los casos la afección puede presentar un curso crónico de varios años, con un eventual cambio perdurable de la personalidad (Mayo Clinic, 2015).

Burnout: El estrés en ámbito laboral o del trabajo, se ha considerado como la respuesta nociva del individuo a consecuencia de las exigencias que sobrepasan las capacidades y recursos del trabajador convirtiéndose en uno de los principales efectos negativos del trabajo, que no ser tratado a tiempo, puede evolucionar a un síndrome de estrés crónico, o también conocido como Burnout (Gomez, et. al., 2016).

El Burnout es considerada una enfermedad moderna, que se produce a consecuencia del estrés crónico de tipo laboral al que está expuesto todo trabajador, provocando ocasionalmente variaciones en la conducta, agresividad y motivación para realizar actividades, alterando simultáneamente la calidad de vida familiar, social y laboral de quienes padecen de este síndrome (Gómez, et al., 2016).

En este estudio se revisaron los diversos instrumentos que se han diseñado de forma específica para estudiar una o un conjunto de patologías o condiciones de salud mental, se optaron por escalas o instrumento que estuvieran validados de forma previa en Chile. En entre estos se encuentran:

- a) **Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD):** Consta de 7 ítems que evalúan presencia de síntomas ansiosos durante la última semana, en escala de 0 = nunca, a 3 = casi todo el día y 7 ítems que evalúan presencia de síntomas depresivos durante la última semana, en escala de 0 = nunca, a 3 = casi todo el día (Villoria & Lara, 2018), algunas de sus características son:
 - Es una de las pruebas más utilizadas para detectar malestar emocional en pacientes hospitalarios no psiquiátricos, con enfermedad física (Brennan, Worrall-Davies, McMillan, Gilbody, & House, 2010; Tyrer, P. Methuen, 2007).
 - Es un instrumento corto (14 ítems) que ha mostrado su fiabilidad y validez y ha sido utilizado tanto para el diagnóstico como para medir la gravedad del trastorno (Rivera et al., 2006).
 - Es considerado especialmente útil para adaptarse en diferentes contextos de salud y hospitalario (Carmen Terol-Cantero, Cabrera-Perona, & Martín-Aragón, 2015).

- Distintos trabajos sobre el HAD en enfermos físicos analizan su estructura factorial, sensibilidad y especificidad (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002; Brennan et al., 2010; Cosco, Doyle, Ward, & McGee, 2012; Morse, Kendell, & Barton, 2005).
 - Respecto de la sensibilidad y especificidad, es superior al 70%, tanto para Ansiedad como para Depresión (Carmen Terol-Cantero et al., 2015).
 - Una cantidad importante de aplicaciones de este instrumento se asocia específicamente al área Oncológica (Carmen Terol-Cantero et al., 2015).
- b) **Demand-Control-Support Model Inventory de Karasek (DCSM):** Examina la interacción entre las demandas laborales, el control y el apoyo social, permitiendo explicar el estrés, la violencia y el acoso laboral en función de dichas variables (Rosario-Hernández & Rovira Millán, 2016), algunas de sus características son:
- El DCSM contempla las demandas laborales desde una perspectiva de esfuerzo físico, psicológico y/o emocional (Schaufeli & Bakker, 1978).
 - El DCSM contempla el control desde las habilidades y destrezas de la persona para afrontar las demandas y la libertad en la realización de sus tareas (Ali, 2011).
 - El DCSM contempla la evidencia sobre los beneficios que provee el apoyo social para reducir la tensión laboral y aumentar la satisfacción y el bienestar de las personas en sus lugares de trabajo (Akerboom & Maes, 2006; De Roda & Moreno, 2001)
 - Es un instrumento de mediana extensión (29 ítems), con data de 1979 (Johnson & Hall, 1988).
- c) **Maslach Burnout Inventory (MBI):** Consta de 22 ítems divididos en 3 factores: Agotamiento emocional 9 ítems, Despersonalización 5 ítems y Baja realización personal en el trabajo 8 ítems. La temporalidad que contempla el inventario corresponde al último año, en escala de 0 = Nunca, a 6 = Todos los días (Pando, Aranda, & López, 2015), algunas de sus características son:
- El Síndrome de Burnout es considerado una patología moderna derivada del estrés crónico laboral al que se exponen los trabajadores con motivo de su trabajo (Christina Maslach & Jackson, 1981).
 - El Síndrome de Burnout se manifiesta en tres factores: Agotamiento físico y/o emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (Christina Maslach & Jackson, 1981).
 - Es un instrumento de mediana extensión (22 ítems), con data de 1986 (Christina Maslach, 1986).
- d) **Coronavirus Anxiety Scale (CAS):** Consta de 5 ítems que evalúan presencia de miedo y ansiedad frente al Coronavirus durante las últimas dos semanas, en una escala de 0 = Nunca, a 4 = Casi todos los días (S. A. Lee, 2020a) , algunas de sus características son:
- Es un instrumento específico sobre la ansiedad disfuncional asociada con la crisis de coronavirus.

- Sus propiedades diagnósticas corresponden a: 90% de sensibilidad y 85% de especificidad.
- El formato de escala es coherente con la medida de síntomas transversales del DSM-5.
- El CAS se coloca en el dominio público para fomentar su uso en la evaluación clínica y la investigación, por lo tanto, no se requiere ningún permiso formal para su reproducción y uso por parte de terceros, más allá de la cita apropiada: (S. A. Lee, 2020a).
- Sus propiedades psicométricas han sido demostradas en población adulta de E.E.U.U. (S. A. Lee, 2020a).

3. Materiales y método

En los tiempos actuales de pandemia de COVID-19, los trabajadores de la salud enfrentan una serie de dificultades en nuestro país, siendo una de las principales, la dificultad de dar una respuesta oportuna a las necesidades de las personas.

Se utiliza una metodología mixta, es decir cuantitativa y cualitativa considerando la naturaleza del fenómeno, ya que el abordaje de un problema multidimensional complejo como este requiere de la integración de técnicas de investigación. No resulta pertinente afirmar que una metodología (cualitativa o cuantitativa) sea mejor que otra, ya que ambos enfoques metodológicos se complementan en conocimiento, comprensión y explicación de la realidad social en cualquier ámbito de estudio. La complementariedad de estudios cuantitativos y cualitativos permite obtener una comprensión en mayor profundidad de un fenómeno estudiado. Los cambios en salud mental o del ámbito psicosocial desde todas las perspectivas que encierra su concepto son significativos cuando se trata de la salud por tanto resulta de gran utilidad aplicar ambos métodos en la investigación.

La relación entre investigación cualitativa y cuantitativa no debe considerarse en términos de una dicotomía mutuamente excluyente, sino más bien como un continuo de paradigmas complementarios dentro de la investigación científica sistemática que, cuando se utiliza concertadamente, produce un conocimiento más completo y útil. Aunque estos dos paradigmas de investigación a menudo se comparan y contrastan, la investigación más útil generalmente resulta de la aplicación apropiada de ambos paradigmas de investigación, combinando estratégicamente sus enfoques y metodologías tradicionales para crear conocimiento en apoyo de la toma de decisiones. (Cilleros, Gómez, Muñoz, & Franco, 2016).

Se realiza una revisión de la literatura para generar respuesta y un marco lógico del entendimiento del fenómeno como de los resultados. Como se ha evidenciado en la justificación del tema, existe la necesidad implícita de realizar un exhaustivo proceso de investigación bibliográfica para sustentar y diseñar íntegramente una propuesta programática de esta índole. Se utilizan las fuentes de información/bases de datos más idóneas para este fin, junto a su respectiva estrategia de búsqueda con descriptores y calificadores para acceder a evidencia actualizada que sustente el supuesto de la

investigación y así desarrollar el abordaje investigativo basado en experiencias internacionales.

En las bases de datos se revisaron Revisiones Sistemáticas, Overviews of Reviews, Integrative Reviews, Umbrella Systematic Review, estudios de diferentes diseños metodológicos y literatura gris entre otras, para generar evidencia suficiente que cuenten con las características esenciales de validación de la información descritas como: credibilidad, confiabilidad y aplicabilidad.

Se establece como eje transversal a esta instancia investigativa el análisis de las normativas de orden menor que emanen del Nivel Central (MINSAL, Instituto de Seguridad Laboral u otras entidades gubernamentales), con la finalidad de dar una aproximación a la experiencia desarrollada a nivel local relacionada con el problema planteado, delimitando y estructurando una base para el abordaje de las necesidades percibidas en los actores relevantes participantes y vislumbrando las estrategias adoptadas localmente a la fecha.

3.1 Aspectos relevantes del enfoque cualitativo

En cuanto a la metodología cualitativa, se utilizaron entrevistas semiestructuradas con el objetivo de analizar y dar una respuesta local al fenómeno, ya que para lograr entender el cómo se sienten los trabajadores de la salud, es imprescindible conocer desde la fuente este aspecto y, de esta manera, la opinión pública y las autoridades puedan tomar decisiones acordes. Esto permite observar si se logra relacionar la respuesta local de las entrevistas con la evidencia recogida de la literatura.

Los datos obtenidos en la revisión bibliográfica se valoran y se trabajan como “categorías emergentes” posibilitando incorporar nuevos objetos de estudio y elaboración de preguntas para ser incorporadas en la entrevista semiestructurada. Se conviene un análisis descriptivo y relacional para estos fines, previa codificación de los datos obtenidos en la metodología propuesta que será comparada permanentemente con nuevas evidencias hasta conseguir la “saturación teórica”. Las entrevistas son audio grabadas y se transcriben para realizar su correspondiente análisis e interpretación. Se ejecuta una reducción de datos en planilla Excel de cada entrevista para determinar a qué categoría o eje temático corresponde cada respuesta. Un segundo revisor se cerciora de verificar autenticidad de los datos contenidos en la reducción de la información obtenida.

Respecto de la técnica de análisis cualitativo a utilizar, esta corresponde a un Análisis de Contenido Temático, el cual consiste en la deducción e inducción de categorías emergentes (Díaz, 2018), a partir de la identificación de macroestructuras lingüísticas contenidas en las distintas entrevistas semiestructuradas (Fuenmayor, 2008).

Variable de resultado: necesidades psicológicas percibidas por los funcionarios de la salud primaria (APS) en el área de salud mental, a raíz de la pandemia COVID-19.

Las preguntas para la entrevista propuesta se encuentran asociadas al Anexo 4 del presente informe, la selección de estas preguntas está relacionada con dimensiones propuestas principalmente por el cuestionario ISTAS-21, y considerando variables individuales a

concordancia con otros estudios cualitativos en la literatura científica, por ejemplo: Apoyo social entre compañeros de trabajo, relación jefaturas, exigencias psicológicas, doble presencia, entre otras (Artazcoz & Molinero, 2004; Gómez-Rojas, Hernández-Gerrero, & Méndez-Campos, 2011; Gutiérrez Falcón, 2017; Unidad de Riesgo Psicosocial Laboral & Superintendencia de Seguridad Social, 2013)

3.2 Aspectos relevantes del enfoque cuantitativo

La batería de instrumentos de medición que se utilizan para efectos de esta investigación se encuentran orientados a recopilar datos sobre diversas áreas de funcionalidad biopsicosocial de los funcionarios de Atención de Salud en condición de pandemia (S. A. Lee, 2020b), dichas pruebas corresponden a: Patient Health Questionnaire (PHQ-9), el cual consta de 9 ítems que evalúan presencia de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas, en una escala de 0 = Nunca, a 3 = Casi todos los días (Baader et al., 2012); Generalized Anxiety Disorder (GAD-7), el cual consta de 7 ítems que evalúan presencia de síntomas de ansiedad generalizada durante las últimas dos semanas, en escala de 0 = Nunca, a 3 = Casi todos los días (Bártolo, Monteiro, & Pereira, 2017); Demand-Control-Support Model Inventory de Karasek, el cual examina la interacción entre las demandas laborales, el control y el apoyo social, permitiendo explicar el estrés, la violencia y el acoso laboral en función de dichas variables (Rosario-Hernández & Rovira Millán, 2016); Maslach Burnout Inventory (MBI), el cual consta de 22 ítems divididos en 3 factores: Agotamiento emocional 9 ítems, Despersonalización 5 ítems y Baja realización personal en el trabajo 8 ítems. Todos estos indicadores permiten la evaluación de Burnout durante el último año, en escala de 0 = Nunca, a 6 = Todos los días (Pando et al., 2015); Coronavirus Anxiety Scale (CAS), el cual consta de 5 ítems que evalúan presencia de miedo y ansiedad frente al Coronavirus durante las últimas dos semanas, en una escala de 0 = Nunca, a 4 = Casi todos los días (S. A. Lee, 2020a). Además, se utilizarán preguntas específicas validadas por grupo de expertos para determinar diferencias en la interpretación de resultados.

La batería de instrumentos se aplica según sea más práctico para el funcionario a evaluar, en dos modalidades: a través de cuestionario enviado por correo electrónico junto al consentimiento informado, y de forma presencial registrando las respuestas en papel previa firma del consentimiento.

- Variable Dependiente: trastornos psicológicos atribuibles a la atención de público en atención primaria de salud a raíz de la pandemia SARS CoV-2.
- Variables independientes: sexo, edad, profesión o cargo que se desempeña, años de antigüedad en el puesto de trabajo y su rol dentro de su núcleo familiar (proveedor, sostenedor, etc.).

La construcción del instrumento completo se encuentra en el Anexo 5 del presente informe.

3.3 Muestra, criterios de inclusión y exclusión

Las comunas objetivo del proyecto Cerro Navia y La Granja se eligieron por conveniencia. Se optó por esta modalidad en función de facilitar el acceso a la población trabajadora de APS en tiempos de pandemia ya que entre ambas comunas se estima una población trabajadora en salud de más de 1700 trabajadores y trabajadoras. Debido a lo extenso de la evaluación y los alcances del estudio, se estima una muestra de 400 funcionarios(as) de los centros de salud entre ambas comunas. Para esta muestra se consideran los siguientes criterios de inclusión:

- 1.- Funcionarios (as) que presten servicios en los centros de salud seleccionados que tengan contrato con dicha institución, sea cual sea la calidad contractual (contrata, planta u honorarios) del funcionario.
- 2.- Que el funcionario(a) se encuentre trabajando en el periodo de evaluación.
- 3.- Que el funcionario(a) haya trabajado durante el periodo de pandemia por COVID-19.
- 4.- Que el funcionario (a) acepte a través de consentimiento informado la participación en el estudio.

Se considerarán los siguientes criterios de exclusión:

- 1.- Funcionarios(as) que trabajan en los centros de salud seleccionados y que simultáneamente presten servicios en otro centro de salud de distinta complejidad.
- 2.- Funcionarios(as) que lleven menos de 1 año trabajando en los centros de salud seleccionados.

3.4 Aspectos éticos

El estudio se sometió al comité de ética del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) el cual se encuentra certificado ante el Ministerio de Salud de Chile. Con fecha de 01 de diciembre 2020 se presentó al comité según las indicaciones en el concurso de la Superintendencia de Seguridad Social, con fecha 10 de Febrero del año 2021, se obtuvo un resolución de aprobación del proyecto y su consentimiento informado según se expone “resolución N°006/2021” en el Anexo 1. El consentimiento informado aprobado por el comité de ética del SSMN se construyó utilizando elementos críticos en relación a la finalidad del estudio y la repercusión que su participación pudiera tener potencialmente (objetivos de la investigación, procedimientos asociados, beneficios, riesgos, costos, compensaciones, confidencialidad de la información, voluntariedad de la participación y medios de contacto con el investigador en caso de requerir), el cual se encuentra disponible en el Anexo 2 del presente informe.

Por otra parte, para dar cumplimiento a los requisitos de la Ilustre Comuna de Cerro Navia para la aplicación del estudio se envió a revisión al comité de ética del SSMOCC, teniendo la

aprobación Carta 52 código 21/2022 encontrados en el Anexo 3 y consentimiento informado respectivo Anexo 4

En función de la naturaleza del estudio y la toma de muestra del cuestionario (parte cuantitativa), se realiza a través de una encuesta digital por enlace directo, se informa y se tiene la realización de un consentimiento vía mail y una pregunta sobre aceptación del mismo antes de realizar la evaluación del instrumento (se describe estructura del mail en el Anexo 7), con esto, se vela por dar cumplimiento a los principios de beneficencia y no maleficencia, explicitando que la participación voluntaria implica la generación de evidencia local y nacional que ayudará a prever y reducir riesgos asociados al abordaje de la materia en futuros estudios. En cuanto al principio de justicia, la persona tendrá el derecho a ser favorecida con los resultados de la investigación en la cual participa y la libertad en la toma de decisión de participar o no, asociada al principio de autonomía quedará plasmada en la voluntariedad de participación consignada en el consentimiento informado.

3.5 Entrega de resultados

Los resultados cuantitativos son procesados con IBM SPSS Statistics v.22, se utilizan estadígrafos de frecuencia para entender los principales aspectos a nivel poblacional de estas dos comunas y se realiza asociación de variables en función de lo que permitan los datos. Para la evidencia emanada de la aplicación de la entrevista semiestructurada (actualmente en fase de implementación), será codificada, anonimizada y categorizada para establecer líneas de desarrollo congruentes entre sí, se realizará el desarrollo de contenido temático, y posibilitar un análisis y discusión que dimensione las necesidades psicológicas percibidas por los funcionarios de la salud primaria (APS) en el área de salud mental, a raíz de la pandemia COVID-19, en centros de salud de la Región Metropolitana en el período 2020-2021 y que generen recomendaciones de actividades de prevención e intervención en base a los resultados obtenidos.

Resumen de actividades y procedimientos principales de la investigación:

- Revisión de literatura.
- Revisión de normativas a nivel central.
- Revisión de protocolos/iniciativas relacionadas con el tema investigado a nivel local.
- Aplicación de baterías de instrumentos de medición (área cuantitativa).
- Aplicación de entrevistas semiestructuradas (área cualitativa).
- Análisis, discusión y entrega de resultados

3.6 Plan de análisis de los datos

Se realizó un análisis estadístico en función de dar respuesta a los objetivos, para ello se usó análisis estadístico a través de paquete estadístico SPSS y planillas Microsoft Excel para Office 365. Se establecieron medidas de frecuencia y promedio por la naturaleza de los instrumentos, se evaluará si se realizará cruces entre los resultados de los instrumentos.

4. Resultados y discusión

Se realizó un estudio piloto del instrumento cuantitativo, se tomó la muestra a 14 trabajadores de la Atención Primaria de la Salud, con el fin encontrar deficiencias en las preguntas o poco entendimiento de estas, frente a esto se obtuvieron los siguientes resultados:

- De las 14 encuestas sólo 2 individuos omitieron 1 o más preguntas, teniendo un total de 12 encuestas completas.
- El tiempo promedio de realización del cuestionario completo es de 12 minutos con 2 segundos, considerando un tiempo bastante óptimo para la realización de este tipo de instrumentos.
- Se obtuvo un 93% de las preguntas contestadas siendo mayor al 85% aceptado para encuestas de este tipo.
- Todos los participantes describieron que el cuestionario era de fácil entendimiento y de rápido completado.

5. Resultados de instrumento cuantitativo de la comuna de La Granja

Se aplicó el instrumento de la encuesta a la totalidad de la población de trabajadores de la salud de los cinco consultorios: CESFAM La Granja, CESFAM La Granja Sur, CESFAM Padre Esteban Gumucio, CECOSF Yungay, CECOSF Millalemu y CESFAM Malaquías Concha. Se obtuvo una respuesta positiva teniendo un total de 139 encuestas respondidas, de las cuales un total de 114 encuestados respondieron la totalidad de las preguntas, sólo 1 no aceptó los términos del consentimiento informado. Los detalles de la muestra se explican según la siguiente tabla.

Tabla N° 1: Encuestas realizadas.			
Total de encuestas enviadas	Total encuestas respondidas	Total de encuestas respondidas completamente	No aceptados o no elegibles
677	139	114	1

Fuente: Elaboración propia

Se considera un muestreo de 677 total de trabajadores de los cinco centros de salud considerados, con un tamaño muestral de 139 se obtiene un intervalo de confianza de un 90% y un margen de error del 7%; por lo que por la metodología utilizada se considera una muestra representativa.

A continuación, se presentan los resultados y el desglose de cada instrumento de la encuesta.

5.1.1 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

La escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HAD por sus siglas en inglés), ha sido el instrumento más usado para detectar malestar emocional (ansiedad y depresión), tanto en enfermos físicos y mentales, como en población general, por lo que se considera útil para detectar distrés psicológico en pacientes no psiquiátricos (Brennan et al., 2010). Ha mostrado su validez, utilizándose tanto para el diagnóstico, como para evaluar la gravedad del trastorno (Rivera et al., 2006).

El instrumento se compone de dos subescalas (HAD Depresión y HAD Ansiedad), con siete ítems cada una, con puntuaciones de 0 a 3, siendo el valor mínimo 0 en cada escala, y el máximo 21.

En lo que respecta a la clasificación de los puntajes de cada una de las escalas, se clasifican estos en:

Normal: Con un puntaje de 0 a 7

Al límite: Con un puntaje de 8 a 10

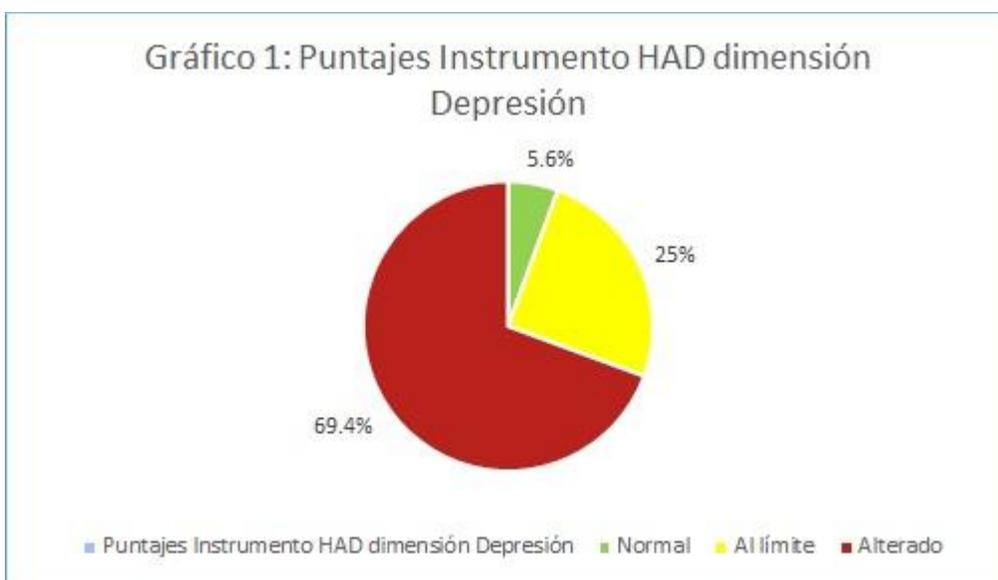
Anormal: Con un puntaje de 11 a 21

Para esta sección se obtuvo un total de 124 respuestas de parte de los trabajadores en el cual los resultados generales se expresan en las siguientes tablas.

Tabla N° 2: Puntajes instrumento HAD dimensión Depresión			
Puntaje HAD Depresión	Clasificación	Cantidad de Trabajadores	Porcentaje
0 a 7	Normal	7	5,6%
8 a 10	Al límite	31	25%
11 a 21	Alterado	86	69,4%
Total encuestas		124	

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla N°2 de depresión, se puede observar que un 94,4% de los trabajadores tiene resultados al límite o alterado.



Fuente: Elaboración propia.

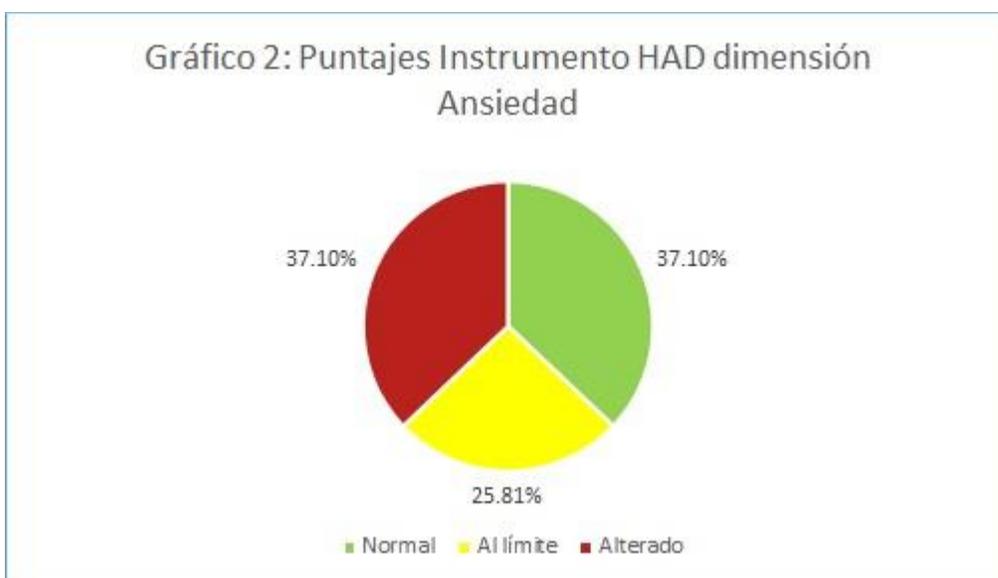
Al analizar preguntas específicas del instrumento encontramos posibles explicaciones a los resultados finales, ya que un 68% se siente nervioso en su trabajo casi todo el día o gran parte de este, un 37% ya no disfruta o solamente un poco con las mismas cosas de siempre, un 67% siente temor como si algo malo fuera a suceder, un 32% no es capaz de reírse y ver el lado gracioso de las cosas, un 93% tiene la cabeza llena de preocupaciones casi todo el día o gran parte de este, un 78% muy pocas veces o solo en algunas situaciones se siente alegre, y finalmente, un 28% es incapaz de permanecer tranquilo y relajado.

Por tal razón, un número importante de trabajadores debe ser evaluado para establecer si existe diagnóstico de depresión y su gravedad en caso de ser diagnosticado.

Tabla N° 3: Puntajes instrumento HAD dimensión Ansiedad			
Puntaje HAD Ansiedad	Clasificación	Cantidad de trabajadores	Porcentaje
0 a 7	Normal	46	37,1
8 a 10	Al límite	32	25,81
11 a 21	Alterado	46	37,1
Total encuestas		124	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°3 de la dimensión Ansiedad, se puede observar que un 62,91% de los encuestados tiene resultados al límite o alterado.



Fuente: Elaboración propia.

Dentro de los factores a considerar en el detalle del instrumento, tenemos que un 45% se siente lento o torpe, un 27% experimenta una sensación desagradable de nervios y hormigueos en el estómago, un 37% ha perdido el interés por su aspecto personal, un 36% se siente inquieto como si no pudiera parar de moverse, un 39% ha dejado de esperar las cosas con ilusión, un 63% experimenta de manera frecuente sensaciones de gran angustia o temor, y finalmente, un 35% es incapaz de disfrutar con un buen libro o programa de televisión.

Por este motivo, el trabajador se siente la mayor parte del tiempo ansioso mientras realiza su trabajo.

Al evaluar los resultados de estas subescalas en su conjunto, podemos observar que un 78,6% presenta algún grado de trastorno emocional, lo que evidencia un riesgo alto de patologías psiquiátricas.

5.1.2 Demand-Control-Support Model Inventory de Karasek (DCSM)

El presente instrumento tiene por propósito examinar el estrés laboral, contando con una cantidad de 29 ítems en escala Likert de 4 alternativas, siendo el valor mínimo posible para cada respuesta 1 y el valor máximo posible para cada respuesta 4. En consecuencia, el valor máximo posible de ser obtenido por cuestionario es de 116, mientras que el valor mínimo posible de ser obtenido por cuestionario es de 29 (Lucia & Aristizabal, 2018)

Las dimensiones a ser examinadas en este instrumento se dividen en tres, siendo ellas:

- Control Laboral: Representado desde la pregunta numero 01 a la pregunta número 09, contemplando dentro de ello las habilidades y destrezas para afrontar las demandas y la libertad al momento de realizar sus tareas (Ali, 2011).
- Demanda Laboral: Representado desde la pregunta numero 10 a la pregunta número 18, contemplando dentro de ella el esfuerzo físico, psicológico y/o emocional al momento de realizar sus tareas (Schaufeli & Bakker, 1978).
- Apoyo Social: Representado desde la pregunta numero 19 a la pregunta número 29, contemplando dentro de ello los beneficios que pudiesen ayudar a disminuir la tensión laboral y a aumentar el nivel del confort al momento de realizar sus tareas (Akerboom & Maes, 2006; De Roda & Moreno, 2001).

En lo que respecta a los niveles de estrés de los trabajadores por dimensión, existen 4 categorías:

Para Control Laboral y Demanda Laboral: Estrés muy bajo de 09 a 15, estrés bajo de 16 a 22, estrés alto de 23 a 29 y estrés muy alto de 30 a 36.

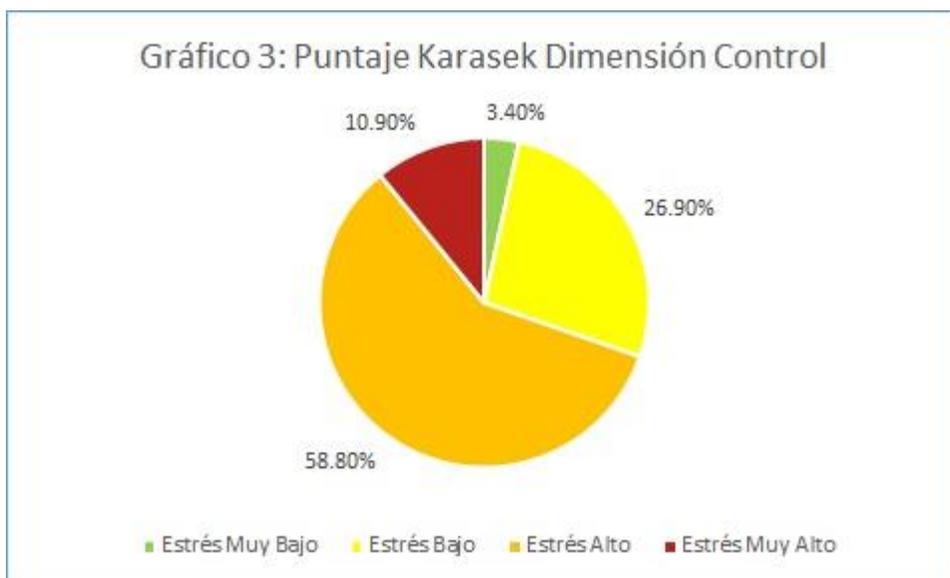
Para Apoyo Social: Estrés muy bajo de 11 a 19, estrés bajo de 20 a 28, estrés alto de 29 a 36 y estrés muy alto de 37 a 44 (Lucia & Aristizabal, 2018).

A continuación, se procederá a presentar el análisis de los resultados del instrumento.

Dimensión Control Laboral: Para esta sección se obtuvo un total de 119 respuestas de parte de los trabajadores, en el cual los resultados generales se expresan en la siguiente tabla N°4

Tabla N°4: Puntaje Karasek Dimensión Control		
Clasificación	Puntaje	Porcentaje
Estrés Muy Bajo	4	3,4
Estrés Bajo	32	26,9
Estrés Alto	70	58,8
Estrés Muy Alto	13	10,9
Total Sujetos	119	100

Fuente: Elaboración propia



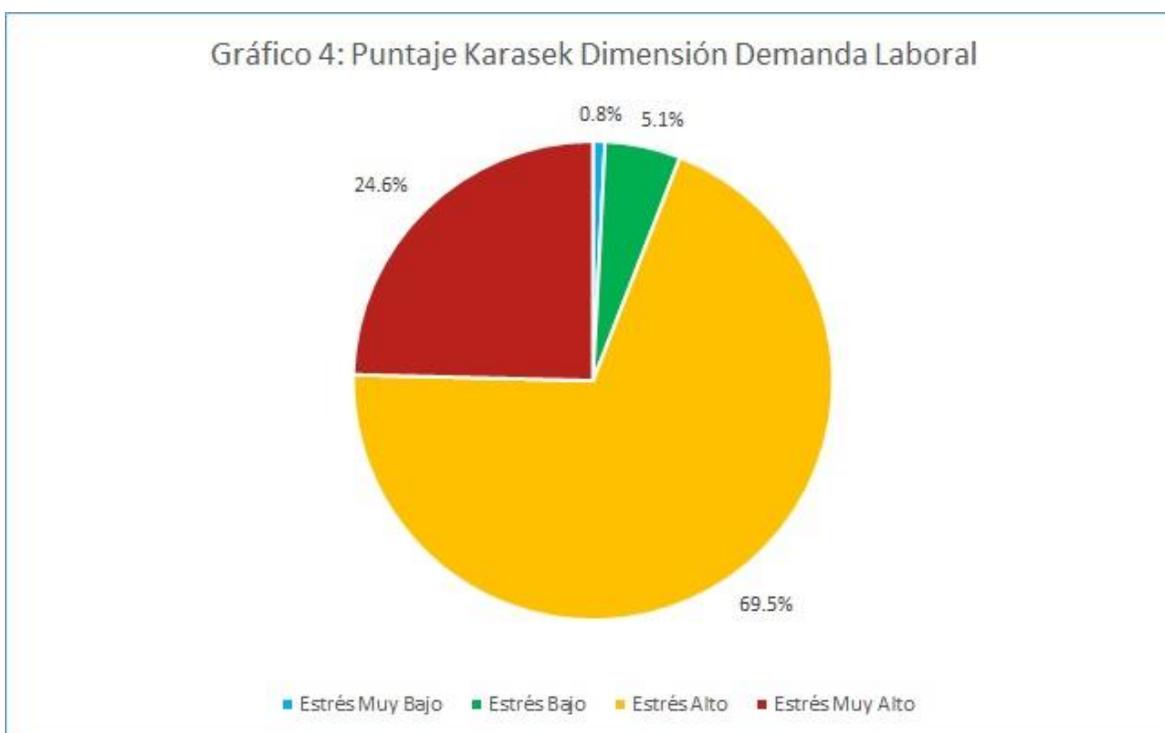
Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 4 Dimensión Control, se puede evidenciar que el 69.7% de los trabajadores presenta niveles de estrés alto o muy alto, lo cual trae consigo un compromiso serio de la salud de los trabajadores. Lo anteriormente señalado se podría explicar en función de: Malas condiciones laborales, poca autonomía, bajo nivel de capacitación o estancamiento, poca libertad para innovar y monotonía, pobre claridad del rol a desempeñar y alto control sobre el producto final de su trabajo. En consecuencia, el trabajador siente que tiene un bajo control sobre las actividades laborales que debe realizar.

Dimensión Demanda Laboral: Para esta sección se obtuvo un total de 118 respuestas de parte de los trabajadores, en el cual los resultados generales se expresan en la siguiente tabla N°5.

Tabla N° 5: Puntaje Karasek Dimensión Demanda Laboral		
Clasificación	Puntaje	Porcentaje
Estrés Muy Bajo	1	0,8
Estrés Bajo	6	5,1
Estrés Alto	82	69,5
Estrés Muy Alto	29	24,6
Total Sujetos	118	100

Fuente: Elaboración propia



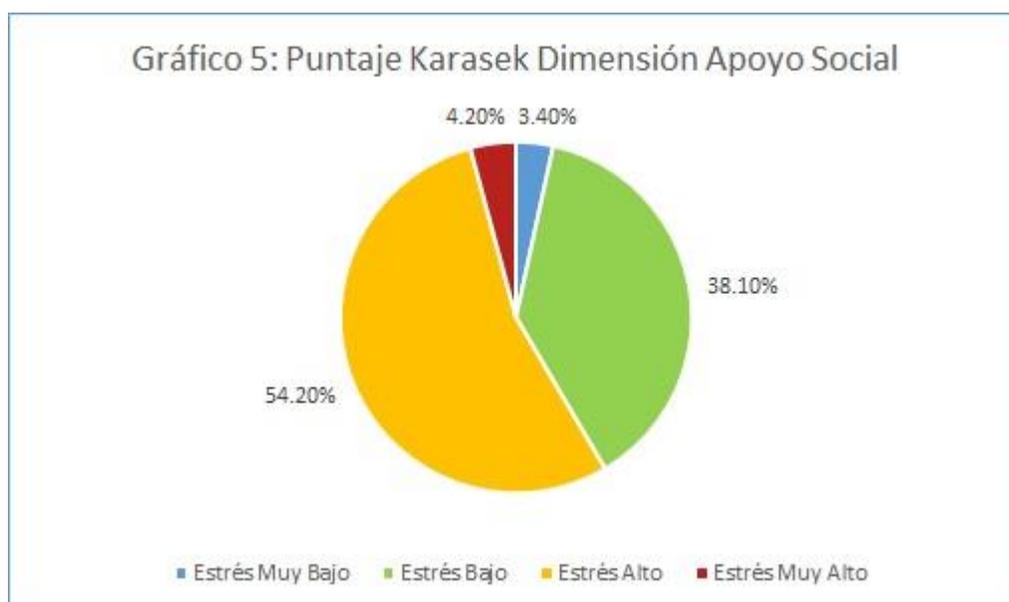
Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 5 Dimensión Demanda Laboral, se puede evidenciar que el 94.1% de los trabajadores presenta niveles de estrés alto o muy alto, lo cual es alarmante debido a la masividad de trabajadores que consideran tener: Jornadas laborales muy extensas, amplio volumen de trabajo bajo presión, elevados niveles de vigilia y alerta, interrupción de las tareas a realizar, inadecuada sistematización de procesos y procedimientos, problemas contractuales, compensaciones bajas, pobre sensación de seguridad, alta exposición a riesgos, inadecuada gestión de cambio y bajo nivel de capacitación. En consecuencia, el trabajador siente que tiene una alta demanda psicológica sobre las actividades laborales que debe realizar.

Dimensión Apoyo Social: Para esta sección se obtuvo un total de 116 respuestas de parte de los trabajadores, en el cual los resultados generales se expresan en la siguiente tabla N° 6.

Tabla N°6: Puntaje Karasek Dimensión Apoyo Social		
Clasificación	Puntaje	Porcentaje
Estrés Muy Bajo	4	3,4
Estrés Bajo	45	38,1
Estrés Alto	64	54,2
Estrés Muy Alto	5	4,2
Total Sujetos	116	100

Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 6 Dimensión Apoyo Social, se puede evidenciar que el 58.4% de los trabajadores presenta niveles de estrés alto o muy alto, lo cual da cuenta que los trabajadores perciben: Clima social y laboral hostil, además de una relación emocional tensa e incómoda con pobre soporte instrumental por parte de las instituciones en las cuales trabajan.

Al realizar el cruce de las Dimensiones Control y Demanda Laboral, encontramos que en promedio el 81.9% de los trabajadores presenta niveles de estrés alto o muy alto, lo cual trae consigo la peor de las configuraciones posibles dentro de este cruce de variables llamada Tensión Laboral, contemplado un bajo nivel de control sobre las tareas a realizar y

un alto nivel de demanda laboral, siendo este un panorama de altísimo riesgo frente a la generación de enfermedades tanto psicológicas como físicas en los trabajadores.

5.1.3 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Este instrumento ha sido parte de la mayoría de las investigaciones como instrumento de medición para el síndrome de Burnout o síndrome del trabajador “quemado”, desarrollado por Maslach y Jackson (1981). El instrumento describe que el síndrome de Burnout es un constructo compuesto por tres dimensiones: Agotamiento Emocional, Despersonalización o Cinismo y Realización Personal (Maslach y otros, 2001). El instrumento se constituye de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y la atención de pacientes en los sistemas de salud. Su función es medir el desgaste profesional. Las preguntas seleccionadas miden los tres aspectos del síndrome de Burnout:

Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20) asociadas al instrumento con una puntuación máxima de 54.

Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Consta de cinco preguntas (5, 10, 11, 15, 22) asociadas al instrumento, con una puntuación máxima de 30.

Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 preguntas (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21) asociadas al instrumento, con puntuación máxima 48.

En cada pregunta se presenta una escala de tipo Likert que va desde el 0 al 6 según la siguiente graduación:

- 0 = Nunca.
- 1 = Pocas veces al año o menos.
- 2 = Una vez al mes o menos.
- 3 = Unas pocas veces al mes.
- 4 = Una vez a la semana.
- 5 = Unas pocas veces a la semana.
- 6 = Todos los días

Para definir el estado o grado de Burnout presentado por el trabajador, se obtiene una escala de Alto, Medio o Bajo como se demuestra en la Tabla N° 7:

Tabla 7: Valores de referencia valoración Síndrome Burnout			
Clasificación	Bajo	Medio	Alto

Cansancio emocional	0 - 18	19 - 26	27 - 54
Despersonalización	0 - 5	6 - 9	10 - 30
Realización personal	0 - 33	34 - 39	40 - 36

Fuente: Elaboración propia. Basado en: (C. Maslach & Jackson, 1981)

Para esta sección se obtuvo un total de 114 respuestas de parte de los trabajadores en el cual los resultados generales se expresan en la siguiente tabla 8. Los resultados se obtuvieron según las tres dimensiones evaluadas: Cansancio emocional, realización personal y despersonalización. Los resultados pertenecientes a la Comuna de la Granja se muestran por dimensión a continuación:

Tabla N° 8: Puntaje Dimensión Cansancio Emocional para instrumento MBI		
Clasificación	Puntajes	Porcentajes
Bajo	18	15,8
Medio	15	13,2
Alto	81	71,1
Crítico Medio+Alto	96	84,3
Total sujetos	114	100

Fuente: Elaboración propia.

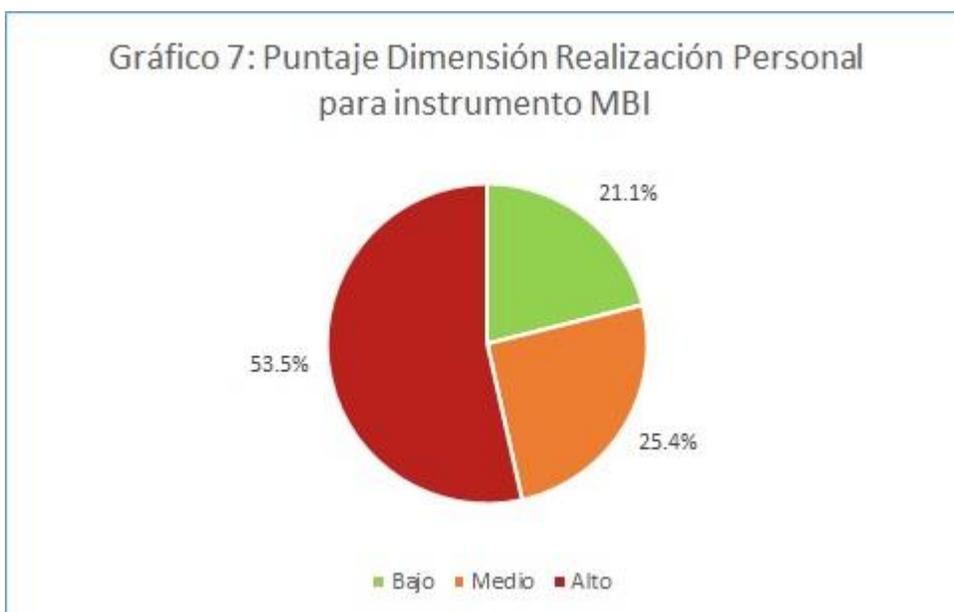


Fuente: Elaboración propia

Para los trabajadores encuestados se presenta un riesgo alto para un 71,1% de la población encuestada, un 13,2% de riesgo medio y un 15,8 de riesgo bajo o no presentar riesgo de estar cursando Burnout. Si agrupamos en función de las recomendaciones del autor (C. Maslach & Jackson, 1981) los trabajadores que presenten un riesgo medio y alto para la dimensión cansancio emocional, si no se realiza ninguna intervención, tienen un riesgo preocupante de un 84,2%.

Tabla N° 9: Puntaje Dimensión Realización Personal para instrumento MBI		
Clasificación	Puntajes	Porcentajes
Bajo	24	21,1
Medio	29	25,4
Alto	61	53,5
Total sujetos	114	100,0

Fuente: Elaboración propia.

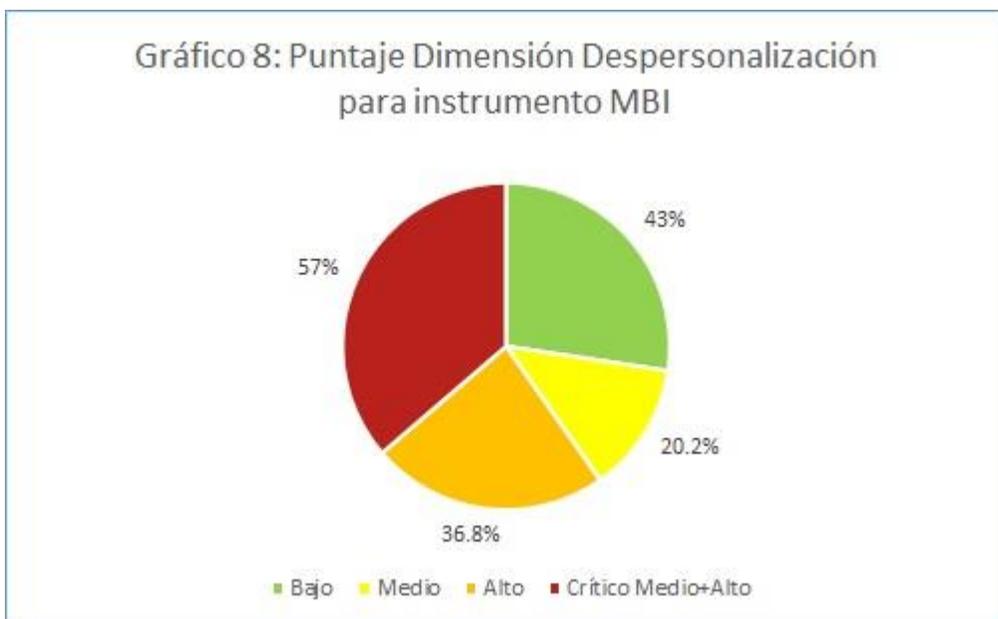


Fuente: Elaboración propia.

En este caso el aspecto negativo de presentar una baja realización personal contiene el riesgo de sufrir síndrome de Burnout. Bajo esta mirada, al contrario de la dimensión anterior, sólo un 21,1% presenta riesgo alto de Burnout. Por otra parte, el 53,5% de los trabajadores sienten que el trabajo es una buena oportunidad para la realización personal.

Tabla N° 10: Puntaje Dimensión Despersonalización para instrumento MBI		
Clasificación	Puntajes	Porcentajes
Bajo	49	43,0
Medio	23	20,2
Alto	42	36,8
Crítico Medio+Alto	65	57,0
Total sujetos	114	100,0

Fuente: Elaboración propia.



Fuente: Elaboración propia

Para la categoría despersonalización, se evalúa que un 57% se encuentra en estado medio u alto, y que la relación con el síndrome Burnout describe que más de la mitad de los trabajadores de la salud está perdiendo la capacidad de percibir a los pacientes como seres humanos y se está comenzando a percibir al resto como cosas u objetos.

5.1.4 Coronavirus Anxiety Scale (CAS)

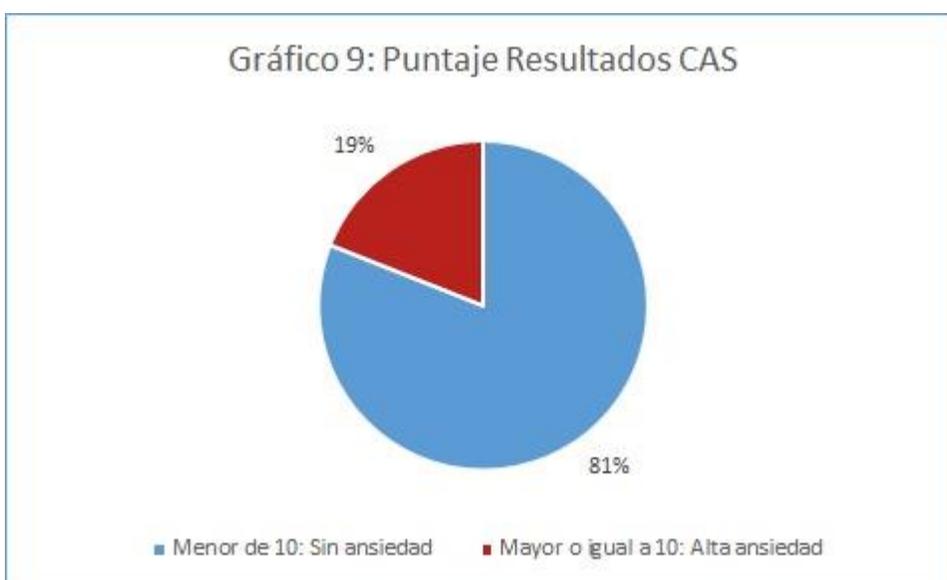
Este instrumento fue creado originalmente en inglés por Sherman A. Lee (2020), quien desarrolló los ítems fundamentándose en literatura especializada sobre miedo y ansiedad (APA, 2013; Barlow, 1991; Cosmides & Tooby, 2000; Ekman, 2003; Ohman, 2000). La escala, evalúa los siguientes síntomas como resultado de pensar o estar expuesto a información sobre el coronavirus (COVID-19): mareos (ítem 1), alteraciones del sueño (ítem 2),

inmovilidad tónica (ítem 3), pérdida de apetito (ítem 4) y náuseas o problemas estomacales (ítem 5). Cada ítem se califica en una escala tipo Likert de 5 puntos para reflejar la frecuencia del síntoma, que varía de 0 (en absoluto) a 4 (casi todos los días) durante las últimas dos semanas. El puntaje más bajo que se puede obtener es 0 y el más alto es 20, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad asociada al COVID-19 (Barboza-palomino, Gallegos, & Reyes-bossio, 2020). Cabe destacar que el CAS excluye adecuadamente personas con y sin ansiedad (Hederich-Martínez, 2016). En este sentido, un aumento de la ansiedad y depresión durante la pandemia de COVID-19 indican un deterioro clínicamente significativo en la salud mental (González-Rivera, Rosario-Rodríguez, & Cruz-Santos, 2020).

Para esta sección se obtuvo un total de 114 respuestas de parte de los trabajadores en el cual los resultados generales se expresan en la siguiente tabla 11. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: alrededor del 19% de los funcionarios, es decir 17 individuos, presentan un alto nivel de ansiedad, el otro 81% de los funcionarios no presenta niveles de ansiedad (97 funcionarios).

TABLA N° 11: Resultados CAS		
Puntaje	N° Funcionarios	Porcentaje
Menor de 10: sin ansiedad	97	81%
Mayor o igual a 10: Alta ansiedad	17	19%
Total Individuos	114	100%

Fuente: Elaboración propia



Se sabe que la exposición constante a información negativa del COVID-19 y la preocupación por infectarse genera en las personas ansiedad y depresión, cuyos niveles pueden aumentar

a medida que se extiende el aislamiento. Sin embargo, los niveles de ansiedad no son tan llamativos en esta medición, lo cual lo podemos atribuir a que los funcionarios para la fecha en que fueron encuestados, julio de 2021, ya tenían al menos una o dos dosis de la vacuna contra el Covid 19. Para esta fecha también ya se habían acabado las cuarentenas, la tasa de positividad para ese entonces se encontraba alrededor de un 3%, así como también las otras cifras más comúnmente socializadas como hospitalizaciones diarias, muertes diarias, casos nuevos diarios, entre otras (Covid-MINSAL, 2021).

No obstante, hay casi un 20% de funcionarios que, a pesar de vivir un momento de cierta estabilidad en la pandemia, persisten con altos niveles de ansiedad, que sostenidos en el tiempo van a mermar su salud mental y su calidad de vida a causa del COVID-19.

5.2 Resultados de instrumento cualitativo de la comuna de La Granja

Para esta sección se obtuvo un total de 14 encuestas realizadas, en las cuales la duración promedio de las entrevistas fue de 15,6 minutos.

Tabla 12: Entrevistas realizadas en la Comuna de la Granja.		
Total de encuestas realizadas	Promedio de tiempo de las entrevistas	Comuna
14	15,6 minutos	La Granja

Fuente: Elaboración propia.

5.3 Análisis resultados instrumento cualitativo de la comuna de La Granja

Se realizó la entrevista semiestructurada como se describe en el Anexo 6, se analizaron las respuestas en función de la caracterización de profundización en temas relacionados con los factores psicosociales en el trabajo.

El análisis cualitativo de las entrevistas semiestructuradas, aplicadas a los trabajadores de la salud de los centros de salud de atención primaria de salud de la Ilustre Municipalidad de La Granja se realizó en dos etapas:

a) Análisis textual: Se realizó una lectura total de las entrevistas, contrastando los tópicos presentes en la pauta de preguntas. A partir de esa primera lectura, y de los conceptos presentes en el marco referencial, se diseñó una malla temática (codificación formal), desde la cual se establecieron ejes básicos con los cuales organizar la codificación de las unidades de análisis del texto o enunciados (codificación textual).

b) Producción conceptual: Se llevó a cabo un análisis de los conceptos latentes en la primera clasificación del texto, desde donde surgieron códigos que se transformaron en

“codificación temática” situados de forma similar al contexto teórico del abordaje psicosocial en el trabajo. Se dejó estipulado como:

- Elementos sobre salud y bienestar en el trabajo.
- Elementos de satisfacción en el trabajo
- Condiciones de trabajo
- Desarrollo personal
- Relación trabajo-familia
- Relación de jefaturas y compañeros de trabajo

Analizaremos cada uno de ellos y se dejará un contexto general sobre los principales hitos encontrados en la entrevista.

Elementos sobre salud y bienestar en el trabajo: Este concepto lo relacionamos con todos los factores del bienestar en el lugar de trabajo, refiriendo a elementos de seguridad y estabilidad en el trabajo; formas de comunicación y acceso a la información; ausentismo por enfermedad; acciones de retorno al trabajo en contexto de pandemia (considerando el teletrabajo como opción) y cumplimiento de normativas de salud y bienestar en el trabajo que se desarrollaron en la pandemia de COVID-19 específicamente en los centros de salud de APS.

Se describe una relación directa o cercana a lo vivido en la pandemia de COVID-19, situando la preocupación directa al posible contagio y el cuidado que tenía relación con sus familiares o seres queridos de su entorno cercano.

Se matiza elementos descritos como “improvisación” de parte de las autoridades en la pandemia, que funcionaron como factores estresores que deprimían directamente el bienestar del trabajador, conceptualizando todos los elementos asociados a salud mental y estrés previamente descritos.

Se transfiere este malestar en referencias:

...“me afecta de manera negativa lo que es no planeado. Todas las circulares, los ordinarios, los lineamientos que generalmente en epidemiología, en lo que me estoy desempeñando, en COVID, es todo de improviso. No hay nada planificado o que esté normalizado desde la antigüedad” ... Trabajadora 5.

... “lo que manejamos es una incertidumbre, pero no sabemos bien de qué manera se va a manejar si positiva o negativamente de una semana a otra. También hay muchos cambios en la programación de nuestro trabajo” ... Trabajadora 3

En puesto de trabajo que tenían personas a cargo o jefaturas, existía un sentimiento de sobre carga laboral, que se reflejó en todos los procesos relacionados en toma de decisiones sobre destinar cargas y tiempos de trabajo a sus subordinados, llevando consigo un

aumento de carga mental que fue reflejada como nociva y de larga data en el curso de la pandemia de COVID-19. Esto se ve reflejado en el siguiente ejemplo:

...” Al tener un cargo de responsabilidad, que no es menor, y particularmente en mi caso en el contexto de pandemia, he tenido que explorar muchos ámbitos que se encuentran un poquito fuera de mi quehacer cotidiano diario, que es sobre todo, el gestionar” ... Trabajador 7.

El estrés aumentado es un factor común que se pesquisó en la mayoría de las entrevistas, considerado dañino por parte de los participantes en lo fue el proceso de pandemia de COVID-19. El aislamiento y el encierro también mermaron la salud mental de los trabajadores encuestados.

Elementos de satisfacción en el trabajo: Para este concepto surgió, frente a todos los elementos relacionados con la satisfacción en el ambiente laboral, la realización personal en el trabajo, la capacidad de “crecer” o surgir en el trabajo, que se asocian a una estructura similar a lo descrito en la capacidad de desarrollo personal descrito en el marco teórico.

Existe un consenso en la mayoría de las entrevistas sobre un elemento de satisfacción relacionado con el sentimiento que su trabajo es valorado por los pacientes o las personas que reciben algún tipo de prestación de servicio dentro del centro de salud familiar. Así describen elementos protectores ante la incertidumbre o bien descrita como un elemento de responsabilidad hacia el otro quien es más vulnerable desde el punto de vista económico y socialmente. Esto se fortalece también con la respuesta del público al “esfuerzo” que se vio reflejado en los funcionarios de salud en la época de pandemia. Si analizamos el desarrollo de cargos de atención de personas, el cual de forma teórica pareciera un elemento estresante, en nuestro estudio reflejó ser un factor tipo “buffer” para sobrellevar el tiempo de pandemia de COVID-19.

Esto se puede ver reflejado en las siguientes citas:

...” yo creo que todos los días se siente un tantito de satisfacción. Desde cosas pequeñas como por ejemplo que un paciente te agradezca porque lograste solucionar” ... Trabajador 10.

...” Son tantos usuarios, que tal vez uno que se vaya contento, podría decir uno, pucha no es tanto, pero al final, se siente bien” ... Trabajador 2

...” Yo creo que, por más que te digan que eres bonito o que haces la pega bien, claro, en realidad darte cuenta que las cosas en las cuales vas participando o que has ayudado a generar, han dado efecto positivo” ... Trabajador 12.

La generación de equipos y el apoyo de los mismos compañeros de trabajo (ya sea anteriores o nuevos) a causa de los procesos de turnos, surgió como un factor protector de salud mental para la mayoría de los encuestados, en ellos vieron la posibilidad de compartir

realidades y preocupaciones sobre elementos relacionados con el trabajo o familiares. Al definirse diversos modos/sistemas de trabajo (sistemas de turnos, conformación de equipos, etc.) se generaron diversos equipos multidisciplinarios para tareas relacionadas con el cumplimiento de las presentaciones clínicas en los tiempos de pandemia de COVID-19, esto llevó a transformar varios cargos los cuales, si bien, pudieron ser estresante en el principio, gracias al trabajo en equipo fue siendo más llevadero en el tiempo. Esto se refleja en el siguiente ejemplo:

..." nivel de compañerismo muy alto, y de enfrentar desafíos y estos cambios de manera muy resiliente, como "estamos en la nada, pero ya, vamos a salir y lo haremos todos juntos" ... Trabajadora 6.

..." Una de las cosas que me generan mayor satisfacción es poder formar un equipo. Un equipo de trabajo" ... Trabajadora 3

..." El poder confiar en que, en ellas, en cierto sentido, en mi equipo, me da la tranquilidad que, si yo no estoy, si yo me enfermo, sé que, y ver que responden a la confianza ahí entregada" ... Trabajadora 3

Aportando al concepto de satisfacción, es la relativa flexibilidad que se presenta por parte de algunas autoridades ante sus trabajadores, por ejemplo, en el horario de llegada que en función de la pandemia y las transformaciones en los horarios laborales y educacionales, que vieron un factor positivo en un grupo de trabajadores, como se ejemplifica por ejemplo:

..." lo primero que se me viene a la cabeza, es el horario de entrada, que es a las 8:30. Por una cosa netamente personal mía. Me acomoda que sea a las 8:30 y no a las 8:00. O 7:30 de repente como en algunos CESFAM" ... Trabajadora 14.

Si bien existieron elementos protectores en el análisis global se mencionaron los factores "protectores" o "buffers" para sobrellevar la pandemia de COVID-19, luego se mencionarán otros elementos que fueron pesquisados que pueden tener una influencia en los factores psicosociales en el trabajo.

Condiciones de trabajo: El concepto se construyó a través de lo observado en las diversas respuestas relacionadas con los factores del trabajo que eran relevantes de levantar como información clave para entender el fenómeno de los factores psicosociales en el trabajo. De ellos se desprenden varias ideas de fuerza de cómo mejorar las condiciones de trabajo evaluadas como malas de forma previa. Dentro de las propuestas señaladas se describe generar espacios y tiempo para fomentar la cohesión del equipo, el cual fue un factor descrito como protector.

..." las mejoras que estamos solicitando es hacer dinámicas de grupo, y creo que una de las mejoras que tendría que haber, es el tiempo para eso, el espacio, las condiciones" ... Trabajador 2.

Existe una relevancia en el cambio de actividad de la mayoría de los funcionarios de los CESFAM, esto fue una condición estresor, la cual fue más bien impuesta por las autoridades de salud.

Se describe la preocupación por otros funcionarios que no pueden cumplir sus tareas con calidad que ellos pretenden dar, esto mermando el ambiente laboral, describen:

...” el horario del CESCOF no es muy amigable con todos los usuarios” ... Trabajador 2.

Esto muchas veces lleva a no satisfacer las necesidades de la comunidad, lo que se refleja en reclamos de parte de los pacientes a los funcionarios y/o autoridades de los centros de salud.

Un proceso de baja capacitación de parte de las autoridades de los centros de salud aparece como un problema recurrente para hacer frente no sólo en la parte organizacional – técnica para afrontar la pandemia, si no también, capacitaciones para afrontar el tema de salud mental y estrés que se produjo en pandemia. En este proceso los funcionarios se vieron involucrados directamente en tareas las cuáles no se sentían plenamente con las herramientas para afrontarlas, llevando en algunos casos a tomar puestos de trabajo que no se relacionaban con su profesión directa y no existía una capacitación previa que ayudara a ese proceso. Esto se ve reflejado en el siguiente relato:

...”*la poca inducción en procesos en el que autoaprender es bueno, pero no necesariamente es lo mejor. Entonces yo creo que eso también es un factor que afecta la salud mental, hay que tener capacidad de poder aguantar distintas cosas, porque te cansa*” ... Trabajador 1

También se refleja una dificultad administrativa para tener algunos insumos que faciliten su trabajo, ya sea relacionado con elementos de protección personal o bien elementos que sirvan como ayuda a la comunidad para hacer frente a la pandemia de COVID-19.

...” dentro de nuestro quehacer, hemos tenido que comprar cosas nosotras, porque dentro de la burocracia que deben salir los decretos, se demoran las cosas”... Trabajadora 5

Evaluando el factor socio-geográfico donde se ven implementados los diferentes centros de salud, los trabajadores refieren en muchas ocasiones miedo y desprotección que se vio aumentada después del “estallido social” y la pandemia, debido a la disminución en algunos casos de guardias de seguridad por contagios o sistemas de turnos a causa del COVID-19.

El mejoramiento de la infraestructura y servicios básicos en APS tiene un factor muy importante según lo descrito por los trabajadores encuestados, describiendo elementos de inmobiliario como sillas, internet de calidad, ordenadores, escritorios, etc. podrían ser mejorados para tener mejores condiciones de trabajo, la ausencia de calefacción en muchas instalaciones merma la calidad de atención como el bienestar de los trabajadores.

La disminución del personal ya sea por sistemas de turnos empleados, como los contagios en el personal de salud, afectó directamente a los trabajadores, señalando una sobre carga laboral en muchos casos, existiendo turnos muy largos y de múltiples tareas para hacer frente a las solicitudes de atención de parte del MINSAL.

Desarrollo personal: Similar a otras categorías, los elementos que más sobresalen es el desarrollo de la parte “espiritual” de atención a un usuario que califican como más desvalido o con necesidades, recalcan que el proceso de atención (común o en pandemia) reflejaba una cierta conciencia colectiva de hacer un bien país del cual se sentían orgullosos de ser parte.

El trabajo comunitario y el contacto con la gente es un factor muy protector de este sector laboral, se refleja en afirmaciones como:

...” el contacto con la gente, me encanta, me llena el alma, existe una entrega mutua, yo me entrego a mis usuarios como ellos también se entregan a uno”... Trabajadora 10.

El trabajo en equipo y multidisciplinario vuelve a tener un rol importante, detallando factores de crecimiento laboral como la capacidad de desarrollarse como persona, a través, del contacto y conociendo diversas realidades profesionales, las cuales fueron fomentadas en el trabajo en equipos durante la pandemia de COVID-19.

...” *el hecho de tener compañeros de distintas profesiones, de distinto oficio, permite bastante desarrollarte como persona. Por el intercambio de ideas constante, llevar a cabo proyectos, por quien lo hace, quien lo lleva, quien lo tramita, todas esas cosas que me encuentro en el departamento, yo creo que también el aprender a trabajar en equipo”...* Trabajador 7

En algunos casos describieron que el estrés provocado por la pandemia funcionó como factor desarrollador de resiliencia, orden y organización de parte de los equipos de salud, sin embargo, es un proceso que debería haber sido acompañado de la mano de las autoridades de salud y no tener que desarrollar herramientas de afrontamiento de forma individual.

Relación trabajo-familia: Este concepto fue construido principalmente por las respuestas relacionadas a la compatibilización del tiempo del hogar con el trabajo, describiendo áreas como familia, tiempo de ocio, tiempos de descanso y temor relacionados a los contagios por COVID-19.

En cargos de jefaturas o cargos medios durante los tiempos críticos de pandemia, existió una carga laboral importante, que provocaba una disminución de los tiempos de descanso, la comunicación constante con autoridades o miembros del equipo de salud a través de la utilización de redes sociales, significaba no tener un descanso pleno o “desconectado” del trabajo. Se puede describir que en la mayoría de los encuestados sugiere el pretender más tiempo de descanso para beneficio propio o de su grupo familiar.

...” Si, si me gustaría trabajar menos, sí. Creo que, lo que pasa es que, al menos en mi cargo, en mi unidad, no es extraño que me escriban en la noche o el fin de semana” ... Trabajadora 5

...” ¿Cómo lo hago? Me cuesta mucho. Me ha costado harto en ese sentido. Porque el horario de salida, nosotros nos terminamos llevando igual trabajo para la casa, tu teléfono está disponible casi 24/7” ...

Otro factor relevante fue el aumento del sedentarismo de los trabajadores que llevaban un proceso de entrenamiento constante o tenían la costumbre de hacer algún tipo de deporte o actividad física en sus tiempos libres, ellos consideraron que los diversos sistemas de turno referidos por la autoridad de salud (local y central) iban en desmedro de llevar una vida activa y por consecuente un mal proceso de bienestar y salud. Este proceso lo relacionamos al tiempo libre disponible en tiempos de pandemia de COVID-19.

La pandemia tuvo repercusión directa en la carga laboral en algunos funcionarios, afectando directamente el tiempo llamado de calidad en el hogar, llevando a considerar que las tareas domésticas se hicieron más complejas o duras en los periodos que se debía tener turnos de 12 horas o largas jornadas de trabajo.

...” Creo que sí tengo el tiempo, lo que pasa es que es tan cansador, que no sé qué tanto se disfruta, porque hay días que llego tan cansado, que lo único que quiero hacer es llegar a acostarme” ...

La doble presencia en pandemia según los encuestados repercutió mucho en la salud mental y el aumento del estrés, vivencias relacionadas con este concepto se percibieron en relatos significativos como:

...” Fue súper difícil, en temas de calidad de tiempo y cantidad de tiempo. Porque, yo en este caso vivo sola con mi hija” ... “Yo creo que ahí yo vi mi salud mental muy afectada. Estuve en terapia como para no perder la cordura, porque, la calidad que tenía, la cantidad era muy poca, trabajaba hasta muy tarde, a deshoras, incluso en la noche, y el poco tiempo que tenía cuando quería dedicarle a ella, estaba muy distraída, o estaba contestando llamadas del servicio de urgencia” ... Trabajadora 6

Justamente la falta de redes de apoyo como fenómeno se vio agudizado durante la pandemia e hizo bastante complejo sobrellevar las preocupaciones familiares principalmente de crianza en su convivencia con la carga laboral. Al igual que la estadística mundial la doble presencia se vio mayormente en las encuestadas que tenían familiares a cargo.

Relación de jefaturas y compañeros de trabajo: Por último, se caracterizó el concepto de relación intralaboral, adosando a elementos de relación entre pares y jefatura directa, jefatura a nivel central.

Si bien las relaciones se vieron tensadas en periodo de pandemia a causa de la incertidumbre, el miedo al contagio y las diversas modificaciones realizadas a nivel organizacional, se percibió una buena relación general entre los pares, considerando que a todos los encuestados se le cambió a trabajar en lugares distintos a su lugar de trabajo tradicional.

..." siento que tengo una super buena relación con mis compañeros de trabajo o por lo menos con los más cercanos" ... Trabajadora 8

En relación con las jefaturas la información varía principalmente dependiendo de donde trabajaban los encuestados, en centros más pequeños, por lo general la relación con las jefaturas era buena y existían las instancias de conversación para aclarar problemas o dudas, por otro lado, en centro más grandes (o con mayor número de trabajadores) muchas veces la relación con las jefaturas era más bien distante, no necesariamente negativas, pero dependían de las jefaturas más directas o cercanas.

..." *No encuentro que esté tan mal como en otros lados, creo que lo miro desde otro punto y creo que nosotros no estamos tan mal*" ... Trabajadora 4

..." *Mi jefatura actual, me he sentido muy acompañada*" ... Trabajador 9

..." *A mi jefatura directa la veo todos los días, a los miembros de la dirección se ven poco por este lugar, puesto que les queda lejos y creo que confían en el trabajo que se está haciendo aquí*" Trabajadora 11

También se describe que depende mucho de la percepción y resiliencia personal en función evaluar la relación con la jefatura.

En conclusión, las relaciones laborales en pandemia dieron pie a cambios radicales en los equipos de trabajo que llevó consigo mucho estrés en los equipos que no fue mal recibido por los trabajadores, en varias ocasiones, si bien no entendían ciertos cambios guiados por las distintas jefaturas, sumado a la incertidumbre, pudieron ejercer su trabajo sin tener un problema directo relacionado con esa jefatura o compañeros de trabajo.

5.4 Discusión resultados de la comuna de La Granja

Considerando los resultados ya expuestos anteriormente, se observa que la población trabajadora de APS de la comuna de La Granja está con un alto nivel de estrés, lo cual está asociado a un riesgo crítico de padecer trastornos de salud mental como depresión, estrés y ansiedad. Como factor posiblemente protector, se considera la vacunación y la evolución misma de la pandemia, en cuanto a número de contagios, medidas restrictivas y mortalidad entre otras, esto tomando en cuenta los resultados obtenidos en el CAS.

Los valores positivos encontrados en el instrumento MBI, en su dimensión de realización personal, se pueden explicar por los elementos asociados a la atención de pacientes, en donde los funcionarios visualizan que están ayudando a la comunidad en un ambiente socioeconómicamente vulnerable como es la mayoría de la población objetivo de la comuna de La Granja. Esto se contrapone un poco con los resultados obtenidos en la dimensión de despersonalización, donde existe un riesgo alto de comenzar a tener una población trabajadora que deja de visualizar a los pacientes como personas, lo que provoca la desconfianza de estos últimos hacia los profesionales afectados.

Los resultados del instrumento MBI describen al personal afectado por burnout como de mayor riesgo. Esto debido a que estudios anteriores en trabajadores de APS, evidenciaban la presencia de un estado de cansancio conducente a un estrés crónico que se puede haber expresado o aumentado en estos periodos de pandemia.

5.5 Resultados de instrumento cuantitativo de la comuna de Cerro Navia

Se aplicó el instrumento de la encuesta a la totalidad de la población de trabajadores de la salud del CESFAM Lo Amor y CECOSF Schwazenberg, según lo dispuesto por las autoridades comunales. No se obtuvo una respuesta positiva teniendo un total de 7 encuestas respondidas, se habló con el director del centro de salud y destacó que la respuesta no será buena por el clima laboral existente en la comuna con los trabajadores de salud. Los detalles de la muestra se explican según la siguiente tabla.

Tabla N° 13: Encuestas realizadas.			
Total de encuestas enviadas	Total encuestas respondidas	Total de encuestas respondidas completamente	No aceptados o no elegibles
99	7	7	0

Fuente: Elaboración propia

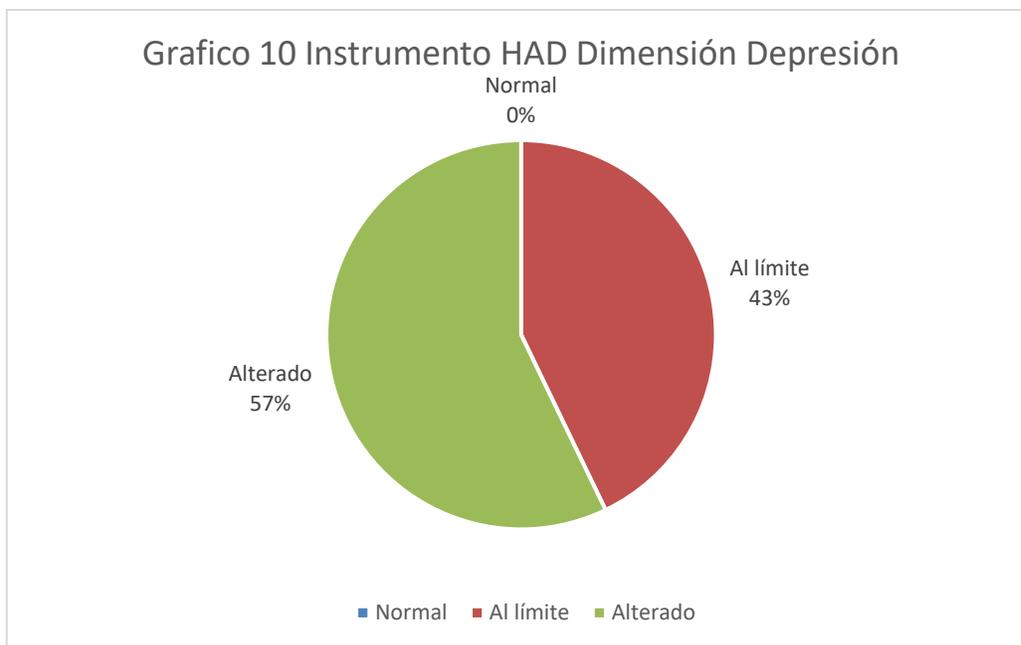
Se considera un muestreo de 99 total de trabajadores de los dos centros de salud considerados, con un tamaño muestral de 7 se obtiene un intervalo de confianza de un 80% por lo que por la metodología utilizada se considera una muestra representativa pero no suficiente para sacar conclusiones sobre la realidad de los centros o brindar causalidad del fenómeno.

A continuación, se presentan los resultados y el desglose de cada instrumento de la encuesta.

5.5.1 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

Tabla N° 14: Puntajes instrumento HAD dimensión Depresión			
Puntaje HAD Depresión	Clasificación	Cantidad de Trabajadores	Porcentaje
0 a 7	Normal	0	0%
8 a 10	Al límite	3	43%
11 a 21	Alterado	4	57%
Total encuestas		7	

En la Tabla N°14 de depresión, se puede observar que un 100% de los trabajadores encuestados tiene resultados al límite o alterado.



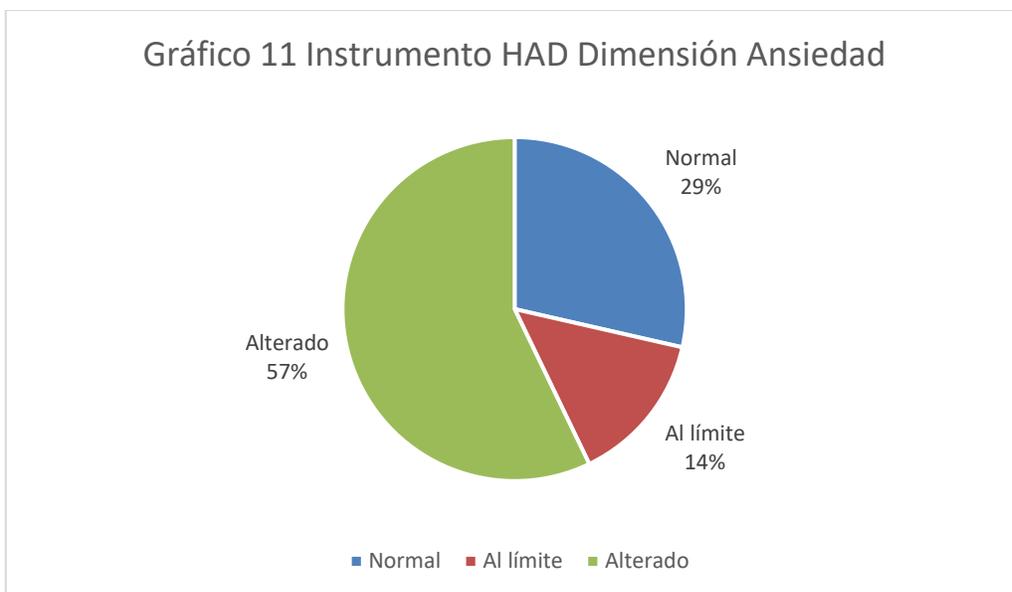
Fuente: Elaboración propia.

Si analizamos los resultados del instrumento encontramos que en el global los trabajadores se sienten con un potencial grado de depresión, al igual que los otros centros de salud, se mantiene una conducta relacionada al miedo y un 57% tiene un valor alterado que es bastante preocupante. Existe una constancia de tener algunas preguntas definidas como positivas como la de mantener una conducta alegre en la mayoría de los trabajadores. Lo que se debe consignar que aproximadamente un 42,8% de los encuestados se siente preocupado y que se acompaña de un porcentaje similar para la sensación de que algo va ocurrir.

Todos estos elementos principalmente derivados de la preocupación o miedo puede estar explicado directamente por la relación existente entre los trabajadores y sus jefaturas directas.

Tabla N° 15: Puntajes instrumento HAD dimensión Ansiedad			
Puntaje HAD Ansiedad	Clasificación	Cantidad de trabajadores	Porcentaje
0 a 7	Normal	2	28,6%
8 a 10	Al límite	1	14,3%
11 a 21	Alterado	4	57,1%
Total encuestas		7	

En la tabla N°15 de la dimensión Ansiedad, se puede observar que un 71,4% de los encuestados tiene resultados al límite o alterado.



Fuente: Elaboración propia

Dentro de los factores a considerar en el detalle del instrumento, tenemos que un 85,7% se siente lento o torpe, un 42,8% experimenta una sensación desagradable de nervios y hormigueos en el estómago, un 71,5% experimenta de manera frecuente sensaciones de gran angustia o temor, y finalmente, un 57,1% es incapaz de disfrutar con un buen libro o programa de televisión al menos de alguna vez a la semana. Recordar que estos resultados debido a la muestra hay que evaluarlos con cautela, si bien, pueden ser un piso hay que ser prudente a la hora de describir el estado de los centros de la comuna.

5.5.2 Demand-Control-Support Model Inventory de Karasek (DCSM)

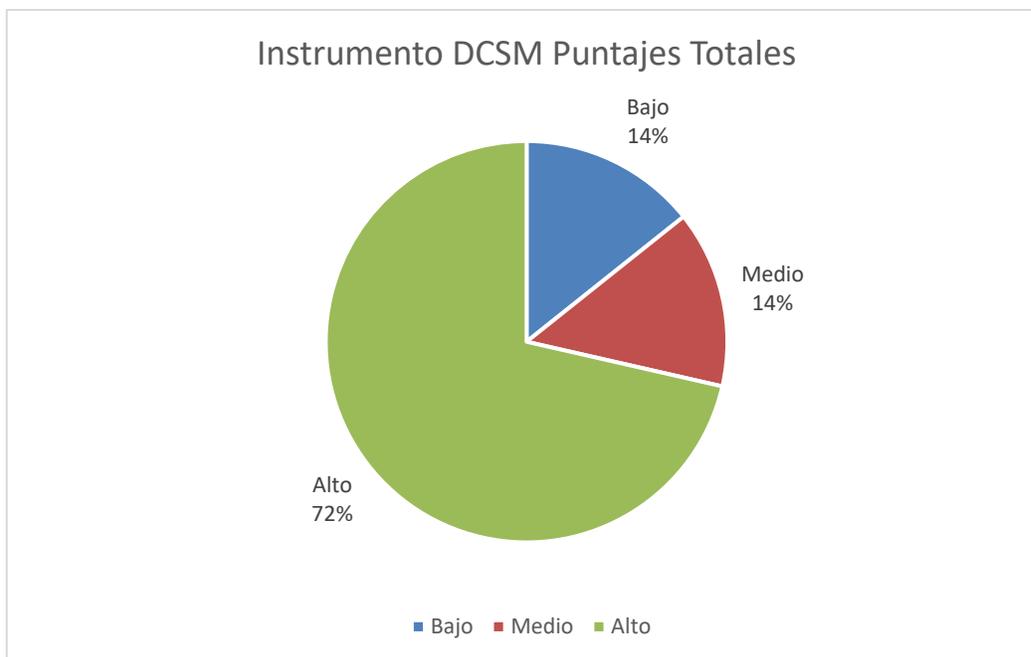
Clasificación	Puntaje	Porcentaje
Estrés Muy Bajo	0	0
Estrés Bajo	2	28,6
Estrés Alto	5	71,4
Estrés Muy Alto	0	0
Total Sujetos	7	100

Tabla N° 17: Puntaje Karasek Dimensión Demanda Laboral		
Clasificación	Puntaje	Porcentaje
Estrés Muy Bajo	0	0
Estrés Bajo	1	14,2
Estrés Alto	2	28,6
Estrés Muy Alto	4	57,2
Total Sujetos	7	100

Tabla N°18: Puntaje Karasek Dimensión Apoyo Social		
Clasificación	Puntaje	Porcentaje
Estrés Muy Bajo	0	0
Estrés Bajo	1	14,3
Estrés Alto	2	28,6
Estrés Muy Alto	4	57,1
Total Sujetos	7	100

Para efectos del análisis de los resultados del instrumento DCSM, consideramos la totalidad de los datos. Con ello tenemos el siguiente gráfico.

Gráfico 12: Instrumento DCSM puntajes totales.



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N° 16 Dimensión Demanda Laboral, se puede evidenciar que el total de trabajadores encuestados presenta niveles de estrés alto o muy alto, lo cual es alarmante esta dimensión describe factores de análisis como: Trabajos poco creativos, Jornadas laborales muy extensas, bajo control de su espacio y tareas en el trabajo, poca capacidad de influir en la decisiones del trabajo.

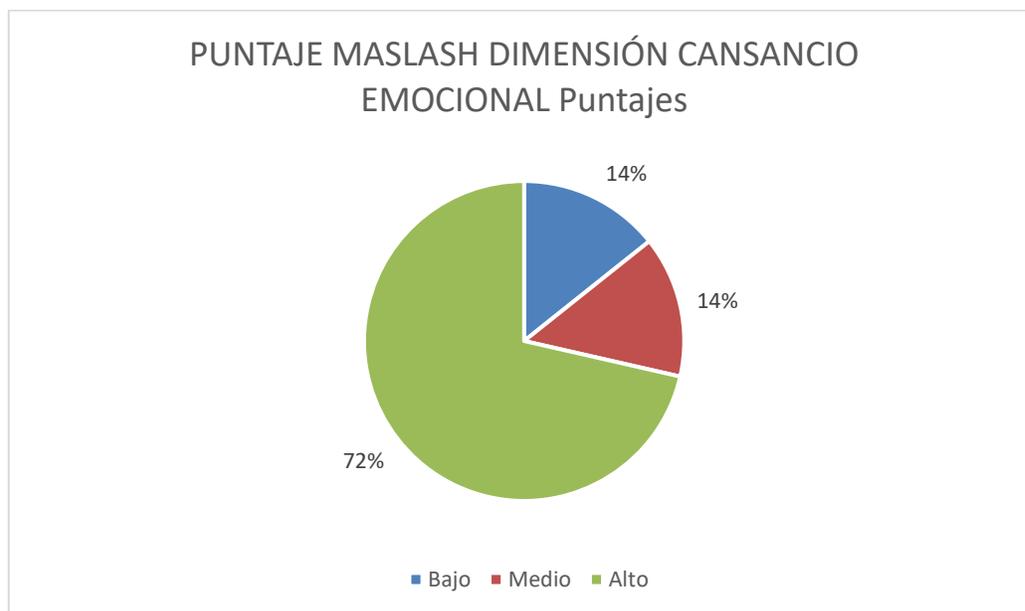
En la tabla N° 17 Dimensión demanda laboral, se puede evidenciar que cerca del 85% de los trabajadores presenta niveles de estrés alto o muy alto para esta dimensión, lo cual da cuenta que los trabajadores perciben: Que su trabajo es muy demandante, que alrededor está completamente de acuerdo (42,85%) que su trabajo depende de una alta demanda mental, y que un 85% piensa que su trabajo determina grandes periodos de concentración. Todos estos factores pueden llevar a un cansancio y por consecuencia estrés, que se puede ver reflejado en diversos errores que se puedan cometer en la atención al paciente.

Cuando evaluamos el total de las dimensiones, encontramos que un 72% de los trabajadores presenta niveles de estrés alto, lo que trae una alta carga laboral/mental en función de la percepción de los trabajadores hacia su tarea, esto al igual que los centros de la comuna de la Granja presenta un altísimo riesgo frente a la generación de enfermedades tanto psicológicas como físicas en los trabajadores.

5.5.3 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabla N° 19: Puntaje Dimensión Cansancio Emocional para instrumento MBI		
Clasificación	Puntajes	Porcentajes
Bajo	1	14,3
Medio	1	14,3
Alto	5	71,4
Crítico Medio+Alto	6	85,7
Total sujetos	7	100

Al analizar los datos encontramos un preocupante 71,4% de los participantes con un alto grado de cansancio emocional, llevando a un riesgo de presentar síndrome de Burnout.

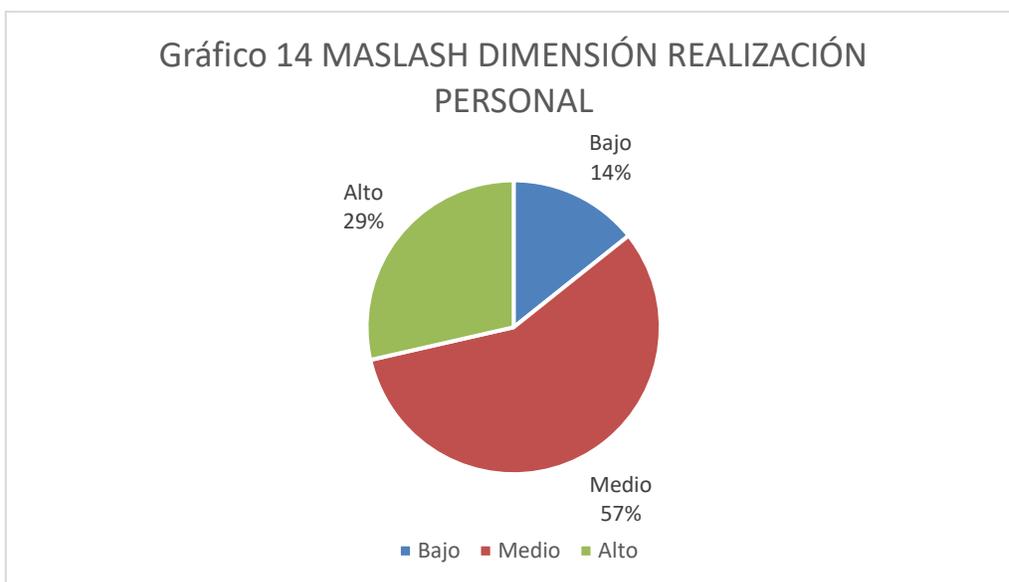


Fuente: Elaboración propia.

Al analizar los puntajes relacionados con la dimensión de cansancio emocional se percibe una carencia de control sobre el trabajo y no se tienen los recursos necesarios para desempeñarse satisfactoriamente. Encontramos que un 85,7% de los trabajadores encuestados experimenta ante el trato percibido como injusto y sentimientos de enojo que facilitan la rigidización de las personas (menos abiertas a alternativas) y de su estilo para realizar las tareas. Esto lleva a un proceso de hostilidad ante la atención de pacientes en la pandemia teniendo un alto grado de amenaza a la autoestima.

Tabla N° 20: Puntaje Dimensión Realización Personal para instrumento MBI		
Clasificación	Puntajes	Porcentajes
Bajo	1	14,3%
Medio	4	57,1%
Alto	2	28,6%
Total sujetos	7	100,0%

Quando observamos los resultados de la dimensión realización personal encontramos que existe un 14,3% que siente que su trabajo, en especial en las preguntas de significancia de sus labores y la creencia que su trabajo es importante.



Fuente: Elaboración propia.

El trabajo en salud si bien puede tener factores estresante exacerbados en condiciones de pandemia, se observa que no un porcentaje menor (86% aprox.) siente que el trabajo es un camino para la realización personal, y que se siente bien haciendo sus diversas tareas, en preguntas como “Me siento motivado después de trabajar en contacto con los pacientes.” Un 100% de los encuestados tienen respuestas positivas.

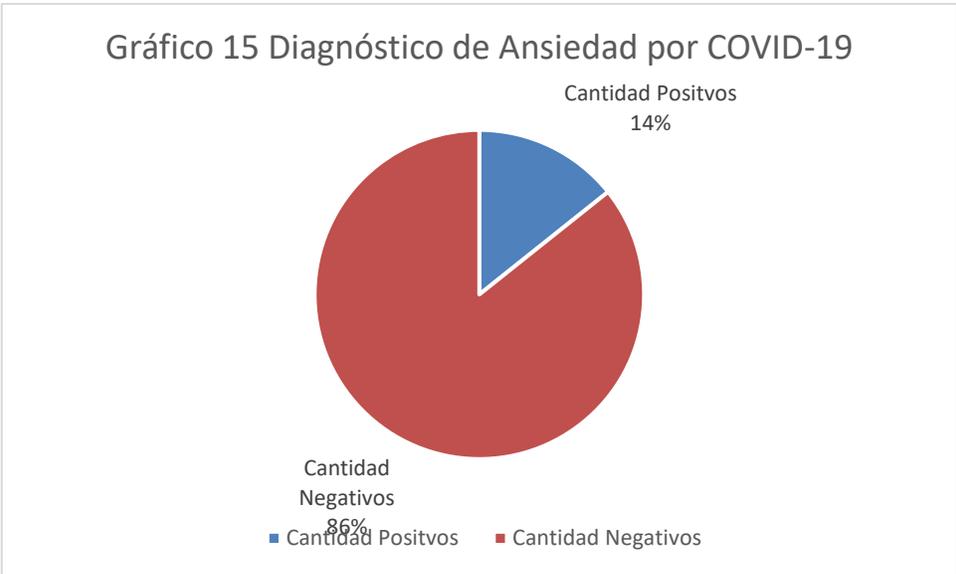
Tabla N° 21: Puntaje Dimensión Despersonalización para instrumento MBI		
Clasificación	Puntajes	Porcentajes
Bajo	3	42,9%
Medio	1	14,3%
Alto	3	42,9%
Crítico Medio+Alto	4	57,1%
Total sujetos	7	100%

Para la dimensión de Despersonalización, se tiene que si bien es un porcentaje alto de 42,9% se mantiene una tendencia a tener valores un poco mejores que los analizados en la comuna de la Granja. Esto explica en cierta forma que la elección del trabajo es una variable muy relevante, puesto que mantiene un sentido existencial a la vida. Es esto que se integra el perfil del profesional de la salud, el cual tiene un trasfondo solidario y con un deber bien marcado para la acción social.

5.5.4 Coronavirus Anxiety Scale (CAS)

TABLA N° 22: Resultados CAS		
Puntaje	N° Funcionarios	Porcentaje
Menor de 10: sin ansiedad	1	14%
Mayor o igual a 10: Alta ansiedad	6	86%
Total Individuos	7	100%

Para analizar los datos quedan con mayor claridad en la visualización del siguiente gráfico.



Fuente: Elaboración propia.

Donde un 86% de los encuestados encuentra que no se encuentra con un sentimiento de ansiedad aumentado debido a consecuencia de la pandemia, esto se puede explicar, puesto que la encuesta fue posible ejecutarla en el mes de Julio del 2022 donde ya existía una amplia protección de parte de la campaña de vacunación y la disminución de los síntomas en caso de contagios. Esto nos deja a considerar que este instrumento pueda tener bajo índices de confiabilidad para periodos actuales de la pandemia de COVID-19.

6 Conclusiones

Los resultados obtenidos en ambas comunas, podemos considerar realidades similares a la hora de analizarlos, tanto en los factores psicosociales como en los factores estresantes. Estos resultados deben ser evaluados con cautela principalmente en la comuna de Cerro Navia, puesto que se pudo obtener una muestra muy pequeña de trabajadores y de sólo un centro a solicitud de las autoridades de salud de la comuna.

Para los resultados generales, observamos una población trabajadora en salud de APS muy expuesta a factores estresores, ya sea propios de sus puestos de trabajo, como los factores propios de la pandemia de COVID-19. La pandemia vino a sobrecargar un sistema de salud primaria que salió a brindar prestaciones de salud para dar afrontamiento a las necesidades de la población atendida, con ello se visualizaron problemas organizacionales internos como externos a la atención de pacientes principalmente asociados a la falta de personal como a los sistemas de turnos efectuados en pandemia.

Lo descrito en las entrevistas detalla ciertas herramientas de estrategias locales para dar afrontamiento a los problemas del estrés, en la Comuna de La Granja, se realizaron charlas y capacitaciones al personal crítico de atención al paciente, detallando uso de elementos de protección personal, organigramas de atención y cuidados generales, cabe destacar, que estas capacitaciones y charlas no fueron transversales a todos los trabajadores en una primera etapa, quedando a través del tiempo la mayoría de los trabajadores cubiertos.

El proceso de incertidumbre a principio de la pandemia y a percepción de los trabajadores una mala organización del trabajo en etapas tempranas, provocó un estrés que pudo ser evitado. Si bien, la pandemia afectó de forma muy rápida y con consecuencias que no se esperaban en la población chilena, se presentó como una oportunidad de poder abordar crisis de este tipo por parte de las autoridades las cuales debieron reaccionar ante el cansancio y fatiga del personal de salud en general.

Factores asociados a la pandemia como el miedo de contagio personal y los grupos familiares, sumado factores de cierta improvisación en algunos casos provocaron ciertas disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, presionando al máximo la estructura que se venía manteniendo en la atención de salud en APS. La cultura y el clima organizacional de los centros de salud se reestructuró para poder brindar las prestaciones de salud que eran exigidas por parte de las autoridades de salud como de los pacientes; este cambio fue sobrellevado principalmente por los trabajadores de la salud teniendo una curva de aprendizaje lenta de parte de las autoridades locales lo que influyó mucho en el aumento de licencias por enfermedad mental y una declaración sobre carga laboral, similar a lo encontrado en la literatura internacional (Buitrago F., X. 2021).

Consideramos que el tipo de trabajo tiene un factor protector sobre los factores estresantes que se vio reflejada tanto en la encuesta como en los diversos instrumentos evaluados, es

la percepción de que el trabajador de salud es necesario y que existe una gratificación de parte de la comunidad por el esfuerzo efectuado en tiempos de pandemia de COVID-19. Este factor quizás debe ser reforzado a través de charlas comunitarias que permitan evidenciar el aprecio de parte de la comunidad al personal de APS.

El sistema de atención primaria de salud (APS) como un eje fundamental de la atención de salud de nuestro país, en nuestro estudio, se evidencio un alto nivel de estrés con un alto potencial de padecer alguna enfermedad de origen mental como depresión y ansiedad, lo que conlleva a un riesgo crítico para este personal, que debe tener a cargo la salud de otra persona.

No se pudo hacer correlaciones estadísticas entre ambas comuna por el bajo número de participantes en la comuna de Cerro Navia, lo que define que se deberán hacer futuros estudios con una mayor cantidad de muestras para su análisis. Puesto también, no se pudo hacer una comparación de las estrategias locales de cada comuna.

Bibliografía

- Aguirre Martínez, R. (2010). Evaluación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), 85. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2010.10563>
- Akerboom, S., & Maes, S. (2006). Beyond demand and control: The contribution of organizational risk factors in assessing the psychological well-being of health care employees. *Work and Stress*, 20(1), 21–36. <https://doi.org/10.1080/02678370600690915>
- Ali, M. (2011). IMPACT OF KARASEK JOB DEMAND CONTROL MODEL ON THE JOB SATISFACTION OF THE EMPLOYEES OF NADRA, 566–594.
- Alvarado, R., & Tapia, T. (2020). El impacto de la pandemia de Covid - 19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud. Informe preliminar N°1 Chile Síntomas Depresivos y malestar psicológico, 1–9. Retrieved from <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/167313/primer-informe-the-covid-19-health-care-workers-study>
- American Psychological Association. (2010). Los distintos tipos de estrés.
- Amin, F., Sharif, S., Saeed, R., Durrani, N., & Jilani, D. (2020). COVID-19 Pandemic- Knowledge, Perception, Anxiety and Depression Among Frontline Doctors of Pakistan, 1–9. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-27559/v1>
- Artazcoz, L., & Molinero, E. (2004). Evaluación de los factores de riesgo psicosocial combinando metodología cuantitativa y cualitativa. *Arch. Prev. Riesgos Labor. (Ed. Impr.)*, (January), 134–142.
- Atif, K., Khan, H. U., Ullah, M. Z., Shah, F. S., & Latif, A. (2016). Prevalence of anxiety and depression among doctors; the unscreened and undiagnosed clientele in Lahore, Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 32(2), 294–298. <https://doi.org/10.12669/pjms.322.8731>
- Baader, T., Molina, J., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., Fierro-Freixenet, C., ... Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 9(1), 10–22.
- Barboza-palomino, M., Gallegos, M., & Reyes-bossio, M. (2020). Ansiedad y Estrés, 26, 174–180.
- Bártolo, A., Monteiro, S., & Pereira, A. (2017). Estrutura fatorial e validade de construto da escala Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) entre alunos universitários em Portugal. *Cadernos de Saude Publica*, 33(9), 1–12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00212716>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69–77. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00296-3)
- Brennan, C., Worrall-Davies, A., McMillan, D., Gilbody, S., & House, A. (2010). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.04.006>

- Carmen Terol-Cantero, M., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) review in Spanish samples. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(2), 494–503. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Christina Maslach, M. P. L. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*.
- Cilleros, M., Gómez, M., Muñoz, J., & Franco, M. (2016). Investigación Cualitativa de acciones contra el suicidio en Castilla y León, España. *Ciaiq2016*, 2(0), 758–766.
- Cosco, T. D., Doyle, F., Ward, M., & McGee, H. (2012). Latent structure of the Hospital Anxiety And Depression Scale: A 10-year systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(3), 180–184. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.06.008>
- Covid-, I. C. De. (2021). 21 de julio de 2021.
- Das, S. (2020). Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 in India: The Challenges and Responses. *Journal of Health Management*, 22(2), 197–205. <https://doi.org/10.1177/0972063420935544>
- De Roda, A. B. L., & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17–23.
- Díaz, C. (2018). Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Revista General de Información y Documentación*, 28(1), 119–142.
- Freedman, D. O. (2020). Isolation , quarantine , social distancing and community containment : pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak, 1–4. <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>
- Fuenmayor, G. (2008). Construcción de la microestructura y macroestructura semántica en textos expositivos producidos por estudiantes universitarios de LUZ. *Universidad Pedagógica Experimental Libertado*, 5.
- Giménez-Espert, M. del C., Prado-Gascó, V., & Soto-Rubio, A. (2020). Psychosocial Risks, Work Engagement, and Job Satisfaction of Nurses During COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8(November), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.566896>
- Gobierno de Chile, & Minsiterio de Salud. (2008). Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007, 1–48.
- Gómez-Rojas, P., Hernández-Gerrero, J., & Méndez-Campos, M. D. (2011). Factores de Riesgo Psicosocial y Satisfacción Laboral en una empresa subcontratista del área. *Ciencia & Trabajo*, 16(49), 9–16. Retrieved from <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cyt/v16n49/art03.pdf>
- González-Rivera, J. A., Rosario-Rodríguez, A., & Cruz-Santos, A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A New Instrument to Measure Anxiety Symptoms Associated with COVID-19. *Interacciones: Revista de Avances En Psicología*, 6, 0–7. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n3.163>
- Grace, M. K., & VanHeuvelen, J. S. (2019). Occupational variation in burnout among medical staff: Evidence for the stress of higher status. *Social Science and Medicine*, 232(December 2017), 199–208. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.05.007>
- Grassi, L., & Magnani, K. (2000). Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: An Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy and*

Psychosomatics, 69(6), 329–334. <https://doi.org/10.1159/000012416>

- Gutiérrez Falcón, P. C. (2017). Uso de Grupos Focales como Complemento del Método CoPsoQ PSQCAT de Evaluación de Factores de Riesgos Psicosociales. *Ciencia & Trabajo*, 19(60), 166–170. <https://doi.org/10.4067/s0718-24492017000300166>
- Hederich-Martínez, C. (2016). Validación del cuestionario Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) en contexto académico colombiano. *CES Psicología*, 9(1), 1–15. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.1.1>
- Herrer, M. (2020). Riesgos emocionales y cuidado del personal sanitario ante el COVID-19.
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi = Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi = Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38(2), E001. <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063>
- ILO. (2013). La Oit En America Latina Y El Caribe. Avances y Perspectivas. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_214985.pdf
- Instituto de Seguridad Laboral. (2011). Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS, 2009-2010)., 164.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of random sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336–1342. <https://doi.org/10.2105/AJPH.78.10.1336>
- Kang, L. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus, (January).
- Kim, J. S., & Choi, J. S. (2020). Factors Influencing emergency nurses burnout during an outbreak of middle east respiratory syndrome coronavirus in Korea, (January).
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Leblanc, V. R. (2009). The effects of acute stress on performance: Implications for health professions education. *Academic Medicine*, 84(SUPPL. 10), 25–33. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b37b8f>
- Lee, S. A. (2020a). Coronavirus Anxiety Scale.
- Lee, S. A. (2020b). Measuring coronaphobia: The psychological basis of the Coronavirus Anxiety Scale. *Dusunen Adam*, 33(2), 107–108. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2020.00069>
- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive Psychiatry*, 87(January), 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.003>

- Li, Z., Ge, J., Yang, M., Feng, J., Qiao, M., & Jiang, R. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control, (January).
- Lu, W. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study, (January).
- Lucia, M., & Aristizabal, A. (2018). Estrés laboral y su relación con la demanda - control del trabajador , de colaboradores de dos PYMES de la ciudad de Manizales y propuesta de intervención.
- Margozzini, P., & Passi, Á. (2018). Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 43(1), 30–34. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v43i1.1354>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). Validación cuestionario Burnout. MBI, 0–1. Retrieved from https://www.ecestaticos.com/file/035b15f97effea4c69fd6519e8114bcf/1515665476-cuestionario_burnout.pdf
- Maslach, Christina, & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Mayo Clinic. (2015). Trastorno por estrés postraumático.
- Ministerio de Salud. (2016). Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo. Retrieved from [https://scholar.google.com.mx/scholar?q=\(trabajadores+OR+empleados\)+AND+\(depresión+AND+ansiedad+AND+estrés\)+AND+\(ausentismo+AND+presentismo\)+AND+\(trabajo+OR+productividad+OR+económico\)+AND+\(aleatorio+OR+panel+OR+diferencia-en-diferencia+OR+](https://scholar.google.com.mx/scholar?q=(trabajadores+OR+empleados)+AND+(depresión+AND+ansiedad+AND+estrés)+AND+(ausentismo+AND+presentismo)+AND+(trabajo+OR+productividad+OR+económico)+AND+(aleatorio+OR+panel+OR+diferencia-en-diferencia+OR+)
- Ministerio de Salud, C. (2017). Plan nacional de salud mental 2017-2025. *Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Salud Pública*, 233.
- Morse, R., Kendell, K., & Barton, S. (2005). Screening for depression in people with cancer: the accuracy of the hospital anxiety and depression scale. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9(3–4), 188–196. <https://doi.org/10.1016/j.cein.2006.08.012>
- Mulfinger, N., Sander, A., Stuber, F., Brinster, R., Junne, F., Limprecht, R., ... Gündel, H. (2019). Cluster-randomised trial evaluating a complex intervention to improve mental health and well-being of employees working in hospital - A protocol for the SEEGEN trial. *BMC Public Health*, 19(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7909-4>
- Nanda, A., Wasan, A., & Sussman, J. (2017). Provider Health and Wellness. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 5(6), 1543–1548. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.05.025>
- O’Dowd, E., O’Connor, P., Lydon, S., Mongan, O., Connolly, F., Diskin, C., ... Byrne, D. (2018). Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3541-8>
- Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 00(00), 1–5. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>
- PAHO. (2018). *Health in the Americas 2017 Edition*. PAHO. <https://doi.org/10.13140/2.1.3550.9447>

- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., ... Esmail, A. (2018). Association between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, *178*(10), 1317–1330. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.3713>
- Pando, M., Aranda, C., & López, M. del R. (2015). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory-General Survey en ocho países Latinoamericanos TT - Factorial Validity of the Maslach-Burnout Inventory-General Survey in eight countries of Latin America. *Ciencia & Trabajo*, *17*(52), 28–31.
- Penwell-Waines, L., Ward, W., Kirkpatrick, H., Smith, P., & Abouljoud, M. (2018). Perspectives on Healthcare Provider Well-Being: Looking Back, Moving Forward. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *25*(3), 295–304. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9541-3>
- Reyes, J. (2010). Trastornos de Ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Biblioteca Virtual En Salud*, 1–134.
- Rimoin, A. W., & Strathdee, S. A. (2020). EclinicalMedicine The coronavirus 2019-nCoV epidemic : Is hindsight 20 / 20 ? *EclinicalMedicine*, *20*(November 2015), 100289. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100289>
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., ... Vidal, J. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología Clínica*, *2*, S55–S66. [https://doi.org/10.1016/s1699-258x\(06\)73084-4](https://doi.org/10.1016/s1699-258x(06)73084-4)
- Rodrigues, F. (2020). Recomendações para o bem-estar emocional da equipe multidisciplinar durante a pandemia pelo Sars-Cov-2: pelo Departamento de Psicologia da AMIB. *Associação de Medicina Intensiva Brasileira*.
- Rosario-Hernández, E., & Rovira Millán, L. (2016). Desarrollo y validación del inventario del modelo demandas-control-apoyo. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, *33*(2), 108–127. <https://doi.org/10.21772/ripo.v33n2a03>
- Sampieri, R. H. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta Edición). Mexico: McGrawHill.
- Santarone, K., McKenney, M., & Elkbuli, A. (2020). Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *American Journal of Emergency Medicine*, *38*(7), 1530–1531. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.030>
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (1978). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Acta Medica Austriaca. Supplement*, *11*(March 2003), 1–18.
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *74*(4), 281–282. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Tyrer, P. Methuen, C. (2007). *Rating Scales in Psychiatry*. Cambridge: Royal College of Psychiatrists.
- Unidad de Riesgo Psicosocial Laboral, & Superintendencia de Seguridad Social. (2013). Manual de uso del Cuestionario SUSESO-ISTAS 21 Versión breve, 12. Retrieved from <http://www.istcuidandolavida.cl/wp-content/uploads/2013/12/MANUAL-breve-ISTAS-11-11->

2013.pdf

Villoria, E., & Lara, L. (2018). Assessment of the hospital anxiety and depression scale for cancer patients. *Revista Medica de Chile*, 146(3), 300–307. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300300>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2019). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China.

WHO. (2020). Novel Coronavirus COVID 19, situation report, (JANUARY), 1–5.

World health Organization. (2015). Organización Mundial de la Salud: Depresión.

Xiang, Y.-T. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed, (January).

Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China, 1–8. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>

Zhu, Y., Chen, L., Ji, H., Xi, M., & Fang, Y. (2020). The Risk and Prevention of Novel Coronavirus Pneumonia Infections Among Inpatients in Psychiatric Hospitals, 36(3), 299–302. <https://doi.org/10.1007/s12264-020-00476-9>

Anexos

Anexo 1: Resolución Comité de Ética Servicio de Salud Metropolitano Norte.



Dirección
Comité de Ética de la Investigación del
Servicio de Salud Metropolitano Norte

CARTA N° 006/2021
Dr. JJS/lcc

Santiago, febrero 10 de 2021

Klgo. Gabriel Mansilla Lucero
MPH, Kinesiólogo, Ergónomo
Investigador Principal
Presente

Ref.: Proyecto de Investigación: "Impacto psicosocial en los trabajadores de centros de salud durante la pandemia de COVID 19 en dos comunas de la Región Metropolitana".

Estimado Sr. Mansilla:

Habiéndose recibido el proyecto y consentimiento informado modificado de acuerdo a lo indicado por este Comité en sesión virtual de fecha 10 de diciembre de 2020 se procede a entregar Aprobación al proyecto de la referencia que está adjudicada a GSE Salud Consultores Ltda., en el concurso "Proyecto de investigación e innovación en prevención de accidentes y enfermedades profesionales año 2020" que coordina la Superintendencia de Seguridad y Social (SUSES).

Esta aprobación es válida por un plazo de 12 meses a contar de esta fecha. En caso de requerir tiempo más allá de ese plazo, se deberá solicitar una extensión del mismo.

El CEI-SSMN solicita al Investigador Responsable presentar un informe sobre el progreso del estudio.

Sírvase recibir adjunto documento de Consentimiento Informado, listado de Integrantes del Comité y Buenas Prácticas Clínicas timbrados, fechados y firmados por el suscrito.

Listado de integrantes presentes en la sesión virtual de fecha 10 de diciembre de 2020:

Dr. Juan Jorge Silva Solís
Dr. Marco Clavero Pérez
Dra. María de los Ángeles Avaria Benaprés
Dra. Katherina Llanos Parra
E.U. Alejandra Cura Capurro
Abogada Carolina Carvajal Tadres

Lo saluda atentamente,


CEI-SSM.NORTE
Organismo Asesor de la Dirección
Servicio de Salud Metropolitano Norte
Dr. JUAN JORGE SILVA SOLÍS
PRESIDENTE - CEI-SSMN

Calle San José, 1053, Independencia,
Santiago, Chile
lorena.carrasco@redsalud.gov.cl
Fono (56-2) 2575 8506
www.ssmn.cl

Anexo 2: Consentimiento Informado aprobado por el Comité de Ética.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.- Título de la Investigación: Impacto Psicosocial en los trabajadores de centros de salud durante la pandemia de COVID-19 en dos comunas de la Región Metropolitana

2.- Investigador Responsable: Gabriel Mansilla Lucero, Kinesiólogo MPH. /Marco Bravo, Nutricionista MPH.

3.- Centro: CESFAM La Granja, CESFAM La Granja Sur, CESFAM Padre Esteban Gumucio, CECOSF Yungay, CECOSF Millalemu, CESFAM Malaquías Concha, CESFAM Dr. Adalberto Steeger,

4.- Propósito de la Investigación biomédica: Evaluar el estado de salud mental de los funcionarios de salud primaria (APS) en el contexto COVID-19 como punto de partida, ya que permite evaluar la sintomatología y eventualmente poder generar pautas y recomendaciones para que los centros respectivos asignen un equipo de profesionales de salud mental, el cuál prevenga y trate los trastornos psicológicos producto de la pandemia, contribuyendo de forma significativa a reducir el impacto psicosocial en los trabajadores sanitarios.

5.- Medicamento a evaluar: No corresponde.

6.- Voluntariedad de la participación: La participación en esta investigación es completamente voluntaria. El trabajador tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Si retira su consentimiento, sus respuestas serán eliminadas y la información obtenida no será utilizada.

7.- Duración de la participación: 6 meses

8.- Frecuencia de visitas al Centro: 2 visitas

9.- Exámenes y controles que se harán: No corresponde. Se aplicará una encuesta y un cuestionario, que contienen preguntas de pruebas validadas para detectar aspectos psicológicos en contexto de pandemia. La información obtenida a partir de estos instrumentos será transcrita y utilizada únicamente para el propósito de esta investigación. Si en el futuro fuese utilizada para propósitos diferentes a los de esta investigación, se solicitará un nuevo consentimiento.

10.- Costos para el paciente: La participación en este estudio no le significara ningún costo al trabajador

11.- Confidencialidad de la información personal y médica: La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. El nombre del trabajador o cualquier información identificable serán codificados/anonimizados. Esta información será almacenada por un año bajo la responsabilidad de los Investigadores Responsables Sr. Gabriel Mansilla y Sr. Marco Bravo. Es posible que los resultados obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre no será conocido.

12.- Beneficios por participar: El trabajador no se beneficiará directamente por participar de este estudio. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca del problema en estudio y eventualmente podría beneficiar a otras personas que vivan la misma situación.

13.- Riesgos por participar: Esta investigación no tiene riesgos asociados. En caso de percibir riesgos individuales posterior a la evaluación del equipo investigador, se dará la contención y se mediará derivaciones correspondientes.

14.- Tratamiento alternativo: No corresponde.

15.- Protección existente para el paciente: No corresponde.

16.- Comunicación de los resultados: Los resultados del estudio se darán a conocer en el segundo semestre del año 2022 a través de la publicación del informe final en **el boletín de SUSESO**

17.- Consultas de dudas o problemas durante la investigación:

Investigador Principal: Sr. Gabriel Mansilla, teléfono: +569 9339 8069 y email: gmansilla@gsesalud.cl.

Coordinador del estudio: Sr. Marco Bravo, teléfono móvil: +569 6649 2245 y email: marco.bravo.d@gmail.com

Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Sur: Presidenta Q.F. Verónica Rivera Sciaraffia, dirección Avenida Santa Rosa N°3453, San Miguel, Santiago, Chile, fono 56-2-25763850, móvil institucional: 56-9-58582831, correo electrónico: [veronica.rivera @redsalud.gob.cl](mailto:veronica.rivera@redsalud.gob.cl)

Nombre del Paciente	Firma del Paciente	Fecha
----------------------------	--------------------	-------

Nombre del Testigo	Firma del Testigo	Fecha
---------------------------	-------------------	-------

Relación con el paciente

Nombre del Investigador que Aplica consentimiento Informado O su Delegado	Firma del Investigador o Delegado	Fecha
--	--------------------------------------	-------

Nombre del Director de la Institución o su Delegado	Firma del Director de la Institución o su Delegado	Fecha
---	---	-------

Anexo 3: Carta aprobación Comité de Ética Servicio de Salud Metropolitano Occidente.



Comité de Ética
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

CARTA N°: 52

REF: Solicitud de Revisión Proyecto de Investigación. Ingreso Código 21/2021

MAT: Remite resultado de la revisión del proyecto de investigación realizada por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente

SANTIAGO, 18 de enero de 2022.

D. Gabriel Mancilla L.

Junto con saludar, por medio de la presente el Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, informa a UD. que en la sesión extraordinaria de fecha 18.01.2022 se resuelve revisión de protocolo que se individualiza a continuación:

“Impacto psicosocial en los trabajadores de centros de salud durante la pandemia de COVID 19 en dos comunas de la Región Metropolitana.”

La revisión de protocolo tenida a la vista, tiene registro de ingreso N°21/2021, y cumple con los requisitos de revisión del Comité.

Conforme a la misma, atendiendo el Artículo 22, numeral 2, del Reglamento Interno del Comité, aprobado por R.E. N°38 del 10.01.2018 y contando con la asistencia de los siguientes Integrantes:

D. M. Roxana Arias D.
D. Jorge Mena O.

D. Felipe Flores D.
D. Hermann Würth C.

El Comité ha decidido:



Comité de Ética
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

APROBAR EL ESTUDIO PROPUESTO

Los documentos aprobados incluyen:

- Proyecto de investigación modificado enviado el 15 de diciembre de 2021.
- Consentimiento Informado modificado enviado el 02 de diciembre de 2021.

En la eventualidad de querer incorporar nuevas modificaciones, como, por ejemplo, diseño o rediseño de instrumentos de recolección de datos, cambios en la muestra, personal responsable, procedimientos especificados en el protocolo aprobado, u otros, el investigador deberá notificarlo al Comité para ser sometido a una nueva evaluación, antes de que el investigador ejecute esos cambios.

Como parte del seguimiento que se realiza de todo protocolo llevado a cabo en esta red de salud, este Comité requiere que usted envíe **informe final del proyecto** una vez ejecutado.

Quedando a su entera disposición, se despiden cordialmente


D. ROXÁNA ARIAS DE POL
VICE PRESIDENTE
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO
OCCIDENTE




D. JORGE MENA ORDOÑEZ
SECRETARIO
COMITÉ ÉTICO-CIENTÍFICO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO
OCCIDENTE

DISTRIBUCIÓN:

- o Destinatario
- o Archivo CEC Occ.

Anexo 4: Consentimiento Informado aprobado Comité de Ética Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.- **Título de la Investigación:** Impacto Psicosocial en los trabajadores de centros de salud durante la pandemia de COVID-19 en dos comunas de la Región Metropolitana

2.- **Investigador Responsable:** Gabriel Mansilla Lucero, Kinesiólogo MPH. /Marco Bravo, Nutricionista MPH.

3.- **Centro:** CESFAM La Granja, CESFAM La Granja Sur, CESFAM Padre Esteban Gumucio, CECOSF Yungay, CECOSF Millalemu, CESFAM Malaquías Concha, CESFAM Dr. Adalberto Steeger,

4.- **Propósito de la Investigación biomédica:** Evaluar el estado de salud mental de los trabajadores de salud primaria (APS) en el contexto COVID-19 como punto de partida, ya que permite evaluar la sintomatología y eventualmente poder generar pautas y recomendaciones para que los centros respectivos asignen un equipo de profesionales de salud mental, el cuál prevenga y trate los trastornos psicológicos producto de la pandemia, contribuyendo de forma significativa a reducir el impacto psicosocial en los trabajadores sanitarios.

5.- **Medicamento a evaluar:** No corresponde.

6.- **Voluntariedad de la participación:** La participación en esta investigación es completamente voluntaria. El trabajador tiene el derecho a no aceptar participar o a retirar su consentimiento y retirarse de esta investigación en el momento que lo estime conveniente. Si retira su consentimiento, sus respuestas serán eliminadas y la información obtenida no será utilizada.

7.- **Duración de la participación:** 3 meses

8.- **Frecuencia de visitas al Centro:** 2 visitas

9.- **Exámenes y controles que se harán:** No corresponde. Se aplicará una encuesta y un cuestionario, que contienen preguntas de pruebas validadas para detectar aspectos psicológicos en contexto de pandemia. La información obtenida a partir de estos instrumentos será transcrita y utilizada únicamente para el propósito de esta investigación. Si en el futuro fuese utilizada para propósitos diferentes a los de esta investigación, se solicitará un nuevo consentimiento.

10.- **Costos para el paciente:** La participación en este estudio no le significara ningún costo al trabajador

11.- **Confidencialidad de la información personal y médica:** La información obtenida se mantendrá en forma confidencial. El nombre del trabajador o cualquier información identificable serán codificados/anonimizados. Esta información será almacenada por un año bajo la responsabilidad de los Investigadores Responsables Sr. Gabriel Mansilla y Sr. Marco Bravo. Es posible que los resultados



obtenidos sean presentados en revistas y conferencias médicas, sin embargo, su nombre no será conocido.

12.- Beneficios por participar: El trabajador no se beneficiará directamente por participar de este estudio. Sin embargo, la información que se obtendrá será de utilidad para conocer más acerca del problema en estudio y eventualmente podría beneficiar a otras personas que vivan la misma situación.

13.- Riesgos por participar: Esta investigación no tiene riesgos asociados. En caso de percibir riesgos individuales posterior a la evaluación del equipo investigador, se dará la contención y se mediará derivaciones correspondientes.

14.- Tratamiento alternativo: No corresponde.

15.- Protección existente para el paciente: No corresponde.

16.- Comunicación de los resultados: Los resultados del estudio se darán a conocer en el segundo semestre del año 2022 a través de la publicación del informe final en el boletín de SUSESO

17.- Consultas de dudas o problemas durante la investigación:

Investigador Principal: Sr. Gabriel Mansilla, teléfono: +569 9339 8069 y email: gmansilla@gse salud.cl.

Coordinador del estudio: Sr. Marco Bravo, teléfono móvil: +569 6649 2245 y email: marco.bravo.d@gmail.com

Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente: Presidenta Dra. Mirza Retamal Moraga, dirección Av. Libertador Bernardo O'Higgins 2429, Santiago (Casilla 260), Chile, fono +56 (22) 574 11 01, correo electrónico: claudia.luppi@redsalud.gov.cl Secretaría Administrativa del Comité de Ética.



Nombre del trabajador	Firma del Trabajador	Fecha
Nombre del Investigador que Aplica consentimiento Informado O su Delegado	Firma del Investigador o Delegado	Fecha
Nombre del Director de la Institución o su Delegado	Firma del Director de la Institución o su Delegado	Fecha

Anexo 5: Instrumentos de evaluación cuantitativa.

Instrumento de Valoración de la Salud Mental de trabajadores de la Salud en tiempos de pandemia COVID-19

El siguiente cuestionario consta de un conjunto de preguntas asociadas a dimensionar las necesidades psicológicas percibidas por los funcionarios de la atención primaria (APS) en el área de salud mental, a raíz de la pandemia COVID-19.

Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

Las siguientes 14 preguntas se encuentran asociadas a dimensionar la presencia de sintomatología Ansiosa y Depresiva durante la última semana. Recuerde contestar la totalidad de las preguntas y de forma honesta, ya que no existen respuestas ni buenas ni malas.

Q1. Me siento tenso/a o nervioso/a.

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Q2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre.

- Ciertamente igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

Q3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.

- Sí, muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

Q4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

Q5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones.

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Q6. Me siento alegre.

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

Q7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a.

- Siempre
- A menudo
- A veces
- Nunca

Q8. Me siento lento/a y torpe.

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

Q9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos en el estómago”.

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

Q10. He perdido el interés por mi aspecto personal.

- Completamente
- No me cuido como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

Q11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme.

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- En absoluto

Q12. Espero las cosas con ilusión.

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- En absoluto

Q13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor.

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

Q14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de televisión

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

Escala Inventario del modelo de demanda-control-soporte de Karasek (DCSM)

Las siguientes 29 preguntas se encuentran asociadas a dimensionar la presencia de Estrés. Recuerde contestar la totalidad de las preguntas y de forma honesta, ya que no existen respuestas ni buenas ni malas.

Q15. Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q16. Mi trabajo necesita un nivel elevado de calificación.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q17. En mi trabajo debo ser creativo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q18. Mi trabajo consiste en hacer siempre lo mismo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q19. Tengo libertad de decidir cómo hacer mi trabajo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo

- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q20. Mi trabajo me permite tomar decisiones en forma autónoma.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q21. En el trabajo tengo la oportunidad de hacer cosas diferentes.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q22. Tengo influencia sobre como ocurren las cosas en mi trabajo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q23. En el trabajo tengo la posibilidad de desarrollar mis habilidades personales.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q24. Mi trabajo exige hacerlo rápidamente.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q25. Mi trabajo exige un gran esfuerzo mental.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q26. En mi trabajo no se me pide hacer una cantidad excesiva.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo

- Completamente de acuerdo

Q27. Dispongo de suficiente tiempo para hacer mi trabajo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q28. No recibo pedidos contradictorios de los demás.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q29. Mi trabajo me obliga a concentrarme durante largos periodos de tiempo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q30. Mi tarea es interrumpida a menudo y debo finalizarla más tarde.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q31. Mi trabajo es muy dinámico.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q32. A menudo me retraso en mi trabajo porque debo esperar al trabajo de los demás.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q33. Mi jefe se preocupa por el bienestar de los trabajadores que están bajo su supervisión.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo

- Completamente de acuerdo

Q34. Mi jefe presta atención a lo que digo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q35. Mi jefe tiene una actitud hostil o conflictiva hacia mí.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q36. Mi jefe facilita la realización del trabajo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q37. Mi jefe consigue que la gente trabaje unida.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q38. Las personas con las que trabajo están calificadas para las tareas que realizan.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q39. Las personas con las que trabajo tienen actitudes hostiles hacia mí.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q40. Las personas con las que trabajo se interesan por mí.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q41. Las personas con las que trabajo son amistosas.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q42. Las personas con las que trabajo se apoyan mutuamente para trabajar juntas.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q43. Las personas con las que trabajo facilitan la realización del trabajo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Las siguientes 22 preguntas se encuentran orientadas a dimensionar la presencia de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal en el Trabajo durante el último año. Recuerde contestar la totalidad de las preguntas y de forma honesta, ya que no existen respuestas ni buenas ni malas.

Q44. Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q45. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q46. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q47. Tengo facilidad para comprender como se sienten mis pacientes.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q48. Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q49. Siento que trabajar todo el día con pacientes supone un gran esfuerzo y me cansa.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q50. Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes

- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q51. Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento fatigado por mi trabajo.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q52. Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q53. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo este trabajo.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q54. Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q55. Me siento con mucha energía en mi trabajo.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q56. Me siento frustrado/a en mi trabajo.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q57. Creo que trabajo demasiado.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q58. No me preocupa realmente lo que les ocurra a algunos de mis pacientes.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q59. Trabajar directamente con pacientes me produce estrés.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana

- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q60. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q61. Me siento motivado después de trabajar en contacto con los pacientes.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q62. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q63. Me siento acabado en mi trabajo, al límite de mis posibilidades.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q64. En mi trabajo trato los problemas emocionalmente con mucha calma.

- Nunca
- Pocas veces al año

- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Q65. Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.

- Nunca
- Pocas veces al año
- Una vez al mes o menos
- Unas pocas veces al mes
- Una vez a la semana
- Unas pocas veces a la semana
- Todos los días

Coronavirus Anxiety Scale (CAS)

Las siguientes 5 preguntas se encuentran orientadas a dimensionar la presencia de Miedo y Ansiedad frente al COVID-19 durante las últimas 2 semanas. Recuerde contestar la totalidad de las preguntas y de forma honesta, ya que no existen respuestas ni buenas ni malas.

Q66. Me sentí mareado, aturdido o desmayado, cuando leí o Escuché noticias sobre el coronavirus.

- Para nada
- Menos de 1 o 2 días
- Vario días
- Mas de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

Q67. Tuve problemas para conciliar el sueño o permanecer dormido por estar pensando en el coronavirus.

- Para nada
- Menos de 1 o 2 días
- Varios días
- Mas de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

Q68. Me sentí paralizado o congelado cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.

- Para nada
- Menos de 1 o 2 días
- Vario días
- Mas de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

Q69. Perdí el interés en comer cuando pensaba o estaba expuesto a información sobre el coronavirus.

- Para nada
- Menos de 1 o 2 días
- Vario días
- Mas de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

Q70. Sentí náuseas o problemas de estómago cuando pensé o estuvo expuesto a información sobre el coronavirus.

- Para nada
- Menos de 1 o 2 días
- Vario días

- Mas de 7 días
- Casi todos los días durante las últimas 2 semanas

Preguntas post vacunación Coronavirus

Las siguientes preguntas deberá responderlas si usted ha recibido la vacuna contra el Coronovirus. Recuerde contestar la totalidad de las preguntas y de forma honesta, ya que no existen respuestas ni buenas ni malas.

Q71. Posterior a la Vacunación COVID-19, se ha sentido tenso/a o Nervioso /a

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q72. Posterior a la Vacunación COVID-19, se ha sentido tranquilo/a al establecer contacto estrecho con su familia.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q73. Posterior a la Vacunación COVID-19, se ha sentido seguro/a al realizar su trabajo.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Q74. Posterior a la Vacunación COVID-19, ha sentido que las cosas siguen igual.

- Totalmente en desacuerdo
- En desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

Nota: Todas las preguntas se dejaron sin puntaje o puntuación con el fin de describir sólo las respuestas, el análisis por instrumento se realizará en los resultados.

Anexo 6: Propuesta de preguntas para estudio cualitativo.

- 1.- ¿Cuál (es) cree usted son los factores de su contexto laboral actual que afectan más negativamente, tanto su salud y bienestar, como el de las personas que trabajan con usted?
- 2.- ¿Qué es lo le produce mayor satisfacción en su trabajo?
- 3.- ¿Qué aplicaría usted para mejorar las condiciones de su trabajo?
- 4.- ¿Cuáles cree usted que son los factores que en su trabajo le permiten desarrollarse como persona?
- 5.- ¿Cómo describiría la relación entre usted con su jefatura (s) y sus compañeros de trabajo?
- 6.- ¿Le permite su trabajo tener tiempo disponible para cuidar o estar con su familia?

Anexo 7: Estructura de mail para invitación del estudio.

ESTRUCTURA EMAIL PROYECTO COVID-19

- **ASUNTO EMAIL: QUEREMOS CONOCER SU EXPERIENCIA**

NOMBRE DE ENCUESTA

Estimado funcionario:

Esperando que Ud. Y sus cercanos se encuentre bien, escribimos para invitarlo(a) a participar de una encuesta sobre la salud mental en los trabajadores de centros de salud primaria durante la pandemia de COVID 19. El equipo de investigadores está compuesto por Gabriel Mansilla, Marco Bravo y Cols., pertenecientes a GSE Salud Consultores LTDA., empresa externa experta en estudios en salud laboral, financiada por el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST) patrocinada por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) en el marco de la investigación "Impacto psicosocial en los trabajadores de centros de salud durante la pandemia de COVID 19 en dos comunas de la Región Metropolitana".

Su objetivo general es dimensionar los aspectos psicológicos afectivos percibidos por los funcionarios de salud primaria (APS) en el área de salud mental, a raíz de la pandemia COVID 19, en centros de salud de la Región Metropolitana en el período 2020-2021.

Usted ha sido considerado como un actor relevante para este estudio, por lo que sus opiniones y percepciones son fundamentales, con el propósito de aportar herramientas en la toma de decisiones basadas en evidencia a futuro. En función de esto, **se solicita su colaboración respondiendo una breve encuesta digital** que tiene una duración aproximada de 10 minutos.

En caso de aceptar participar en el estudio, se adjunta enlace en este correo para responder la encuesta. La información obtenida se mantendrá en forma **confidencial**. Su nombre o cualquier información identificable serán codificados/anonimizados, con el objetivo de resguardar la mayor fidelidad posible en las respuestas. En el siguiente enlace se encuentra disponible el documento consentimiento informado completo para su descarga. Para conocer más detalles de la investigación, puede visitar el siguiente enlace.

Para responder la encuesta, ingrese al siguiente enlace:

https://es.surveymonkey.com/r/Encuesta_APS_Covid

¡Muchas gracias por su participación!

Si tiene alguna duda o necesita más información escribanos a: info.estudios@gsesalud.cl

También puede contactar al investigador responsable de este estudio:

Gabriel Mansilla: gmansilla@gsesalud.cl

Marco Bravo (Co-investigador): marco.bravo.d@gmail.com