

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CONCEPCIÓN-CHILE**



**RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE
ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19,
ANTOFAGASTA, CHILE, 2021**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

MIGUEL ANDREZ VALENCIA CONTRERA

PROFESOR GUÍA: DRA. SANDRA VALENZUELA SUAZO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENERO 2022



© 2022 Miguel Andrez Valencia Contrera
Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio
o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento

**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
CONCEPCIÓN-CHILE**



**RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE
ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA,
CHILE, 2021**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA

MIGUEL ANDREZ VALENCIA CONTRERA

PROFESOR GUÍA: DRA. SANDRA VALENZUELA SUAZO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ENERO 2022

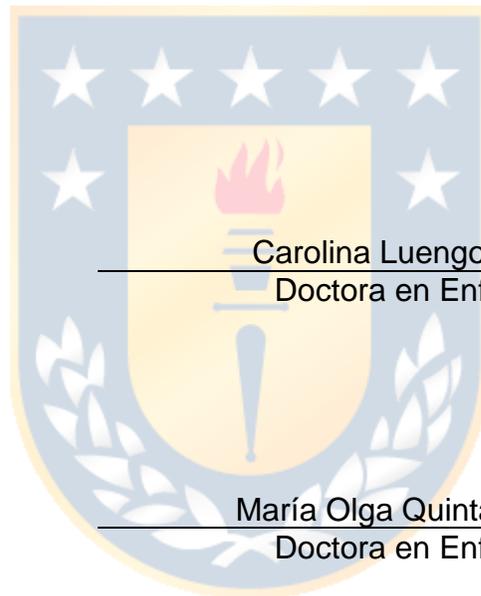
**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO**

Esta tesis ha sido realizada en el programa de Magíster en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía:

Sandra Valenzuela Suazo
Doctora en Enfermería

Comisión Evaluadora:



Carolina Luengo Martínez
Doctora en Enfermería

María Olga Quintana Zavala
Doctora en Enfermería

Directora Programa Magíster:

Patricia Cid Henríquez
Doctora en Enfermería

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
1. INTRODUCCIÓN	12
1.1 Fundamentación de la investigación	12
1.2 Justificación y Relevancia del Estudio	15
1.3 Delimitación del problema investigado	17
2. MARCO REFERENCIAL	18
2.1 Marco Conceptual	19
2.1.1 Trabajo	19
2.1.1.1 Condiciones de trabajo	20
2.1.2 Riesgos Psicosociales	21
2.1.2.1 Naturaleza de los Riesgos Psicosociales	22
2.1.2.2 Consecuencias de los Riesgos Psicosociales	23
2.1.2.3 Medición de los Riesgos Psicosociales	23
2.1.3 Calidad de Vida	24
2.1.3.1 Medición de la calidad de vida	25
2.1.4 Atención Primaria de Salud	26
2.1.5 Pandemia por COVID-19	27
2.2 Marco Teórico	28
2.3 Marco Empírico	32
3. OBJETIVO, HIPÓTESIS Y VARIABLES	41
3.1 Objetivo General	41
3.2 Objetivos Específicos	41
3.3 Hipótesis de Trabajo	42
3.4 Variables	43
4. METODOLOGÍA	44
4.1 Tipo de Estudio y Diseño	44
4.2 Marco Muestral	44

4.2.1 Población y/o Universo	44
4.2.2 Unidad de Análisis	45
4.2.3 Muestra	45
4.2.4 Criterios de Inclusión y Exclusión	46
4.3 Procedimiento y/o Técnicas de Recolección de Información	46
4.3.1 Instrumentos	47
4.4 Procesamiento y Análisis de los datos	50
4.5 Aspectos Éticos Involucrados	53
5. ADAPTACIÓN DEL ESTUDIO	54
6. RESULTADOS	58
6.1 Análisis descriptivo de los datos	58
6.1.1 Variables personales	58
6.1.2 Variables laborales	61
6.1.3 Variable riesgo psicosocial	64
6.1.4 Variable calidad de vida	66
6.2 Análisis correlacional de los datos	70
6.2.1 Relaciones entre las dimensiones de riesgos psicosociales y calidad de vida	70
6.2.2 Relaciones entre los riesgos psicosociales y los diferentes estamentos	72
6.2.3 Relaciones entre calidad de vida y variables biosociodemográficas	73
7. DISCUSIÓN	77
8. CONCLUSIONES	84
9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	87
10. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES QUE EMERGEN DEL PRESENTE ESTUDIO	88
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
12. ANEXOS	114
ANEXO 1: Definición de Variables	114

ANEXO 2: Aceptación de adecuación del nivel de alcance por el comité del programa de Magíster en Enfermería de la UDEC	116
ANEXO 3: Aceptación de adecuación del nivel de alcance por CEC de la facultad de enfermería UDEC	117
ANEXO 4: Aceptación de adecuación del nivel de alcance por CEC de la VRID de la UDEC	118
ANEXO 5: Aceptación de adecuación del nivel de alcance por CEC del SSA	120
ANEXO 6: Aprobación CEC de la facultad de enfermería UDEC	122
ANEXO 7: Aprobación CEC de la VRID de la UDEC	124
ANEXO 8: Aprobación CEC del SSA	127
ANEXO 9: Consentimiento informado para muestra	129
ANEXO 10: Consentimiento informado para prueba piloto	131
ANEXO 11: Instrumento de valoración	134
ANEXO 12: Autorización para el uso “cuestionario SUSES0/ISTAS21” versión breve	139
ANEXO 13: Autorización para el uso del “Cuestionario WHOQoI-Bref”	140
ANEXO 14: Aspectos éticos involucrados	141
ANEXO 15: Plan de trabajo	145
ANEXO 16: Protocolo de Contención Emocional	146
ANEXO 17: Carta de Interés de directora de Salud Municipal	147
ANEXO 18: Carta de interés de dirección de CESFAM Centro-sur	148
ANEXO 19: Carta de interés de dirección de CESFAM Juan Pablo II	149
ANEXO 20: Carta de interés de dirección de CESFAM norte	150

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Naturaleza de los Riesgos Psicosociales	22
Tabla 2	Descriptores y booleanos utilizados en las búsquedas	33
Tabla 3	Modo de búsqueda y filtros aplicados	34
Tabla 4	Principales resultados de artículos seleccionados 2015-2020	38
Tabla 5	Principales resultados de artículos seleccionados 2021-2022	40
Tabla 6	Centros de Salud Familiar en Antofagasta	45
Tabla 7	Análisis realizado de acuerdo con los objetivos	51
Tabla 8	Plan de análisis según hipótesis	52
Tabla 9	Adecuaciones del estudio	56
Tabla 10	Características personales de los trabajadores del equipo de la salud de los CESFAM evaluados	58
Tabla 11	Características laborales de los trabajadores del equipo de la salud de los CESFAM evaluados	61
Tabla 12	Nivel de percepción de riesgos psicosociales de los trabajadores del equipo de la salud de los CESFAM evaluados	64
Tabla 13	Calidad de vida y grado de satisfacción con su salud en los trabajadores del equipo de la salud de los CESFAM evaluados	67
Tabla 14	Nivel de Calidad de vida general Whoqol Bref	67
Tabla 15	Satisfacción con el estado de salud Whoqol Bref	68
Tabla 16	Resultados de los Dominios del cuestionario Whoqol-Bref	69
Tabla 17	Correlación entre Riesgos Psicosociales (SUSESO-ISTAS 21) y Calidad de Vida (Whoqol-Bref)	71
Tabla 18	Percepción de riesgos psicosociales altos según estamento	72
Tabla 19	Dimensiones de la calidad de vida y variables biosociodemográficas	73

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

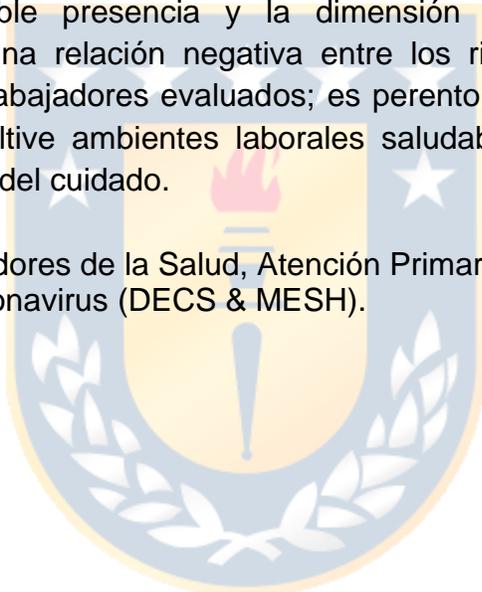
	Pág.
Figura 1 Modelo de Enfermería para el abordaje de Factores Psicosociales	30
Figura 2 Flujograma de revisión del estado del arte 2015-2020	34
Figura 3 Flujograma de revisión del estado del arte 2021-2022	39
Figura 4 Afiche informativo	55



RESUMEN:

Objetivos: Analizar la relación de los riesgos psicosociales y la calidad de vida en trabajadores del equipo de salud en Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021. **Sujetos y métodos:** Estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, de corte transversal, cuya muestra fueron 78 trabajadores del equipo de salud de Atención Primaria de tres Centros de Salud Familiar de la ciudad de Antofagasta, Chile. **Resultados:** La dimensión de los riesgos psicosociales más afectada fue la dimensión doble presencia, con 54% de riesgos altos, siendo clasificada como Riesgo alto/Nivel 1; en lo referente a la calidad de vida, la dimensión con menor puntaje fue la “salud psicológica” con una media de 73.60 y una desviación estándar de 13.16; la correlación negativa más fuertes identificada, fue entre la dimensión doble presencia y la dimensión salud física, con -0,44. **Conclusiones:** Existe una relación negativa entre los riesgos psicosociales y la calidad de vida en los trabajadores evaluados; es perentorio que enfermería a nivel táctico y estratégico, cultive ambientes laborales saludables y ejerza un correcto liderazgo como gestores del cuidado.

Palabras clave: Trabajadores de la Salud, Atención Primaria de Salud, Calidad de vida, Infecciones por coronavirus (DECS & MESH).



ABSTRACT:

Objectives: To analyze the relationship between psychosocial risks and quality of life in health team workers in Family Health Centers, in the context of the COVID-19 pandemic, Antofagasta, Chile, 2021. **Subjects and methods:** Quantitative study, no experimental, descriptive, cross-sectional, whose sample was 78 workers from the Primary Care health team of three Family Health Centers in the city of Antofagasta, Chile. **Results:** The dimension of the most affected psychosocial risks was the double presence dimension, with 54% of high risks, being classified as High Risk/Level 1; Regarding quality of life, the dimension with the lowest score was "psychological health" with a mean of 73.60 and a standard deviation of 13.16; the strongest negative correlation identified was between the double presence dimension and the physical health dimension, with -0.44. **Conclusions:** There is a negative relationship between psychosocial risks and quality of life in the workers evaluated; It is imperative that nursing, at a tactical and strategic level, cultivate healthy work environments and exercise correct leadership as care managers.

Key words: Health Personnel, Primary Health Care, Quality of Life, Coronavirus Infections (DECS & MESH).



1. INTRODUCCIÓN

1.1 Fundamentación de la investigación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) las instituciones de salud de todo el mundo emplean a más de 59 millones de trabajadores que están expuestos a una variedad compleja de riesgos para la salud y la seguridad todos los días, que incluyen: peligros biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, eléctricos, de incendio y explosión, y los psicosociales, estos últimos son el motivo de la presente investigación.

Según la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) el “riesgo psicosocial” es la combinación de la probabilidad de un evento de riesgo y la gravedad de dicho evento para la salud del trabajador, cuya relación entre factor de riesgo y riesgo es la exposición inmediata o a largo plazo. En 1984 en el contexto de la novena reunión sobre medicina del trabajo llevada a cabo en Ginebra, Suiza la OIT y la OMS define los riesgos psicosociales como *“las interacciones entre el medioambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, las necesidades y la cultura del trabajador, las consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, el rendimiento en el trabajo y la satisfacción laboral”* (2).

La definición anterior pone en relieve, la asociación entre el ambiente de trabajo y los factores humanos, los cuales cuando se encuentran en equilibrio el trabajo crea una sensación de dominio y autoestima, aumenta la motivación, la capacidad de trabajo y la satisfacción, y mejora la salud; en cambio cuando existe una interacción negativa entre dichos factores (ambiente de trabajo y los factores humanos) pueden dar a luz a trastornos emocionales, problemas de comportamiento, cambios bioquímicos y neurohormonales que suponen riesgos adicionales de enfermedades físicas o mentales (3).

Actualmente, existen múltiples investigaciones enfocadas a la medición de riesgos psicosociales laborales en el área de la salud, no obstante, la gran mayoría se centran en ambientes intrahospitalarios y suelen ser de predominio en unidades críticas y atención de urgencia (4-9), donde el día a día de los profesionales, suele ser muy diferente respecto al de Atención Primaria de la Salud (APS); en el cual los profesionales realizan labores de prevención, promoción, seguimiento, tratamiento prolongado y continuo a la población, con patologías principalmente crónicas, ello en el contexto de una atención desarrollada en comunidad y en el domicilio de las personas, frente a las cortas estancias y enfermedades agudas de los servicios hospitalarios, por ello es esperable que los niveles de riesgos psicosociales laborales difieran entre los diferentes niveles de atención (10).

Chile ha buscado mantener la seguridad y salud de los trabajadores incorporando en sus políticas públicas el Código del Trabajo, la Ley 16.744, el Código Sanitario y reglamentos; dentro de estos se destaca el carácter obligatorio del Seguro Social contra Riesgos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades profesionales, el cual contempla prestaciones de tipo preventivas, prestaciones médicas curativas y de rehabilitación, y prestaciones económicas a través de subsidios, indemnizaciones o pensiones de invalidez y sobrevivencia (11).

Así mismo, el Ministerio de Salud chileno ha reconocido la creciente presencia de riesgos psicosociales laborales y la importancia de detectarlos, prevenirlos y corregir las condiciones que los provocan (12), en este contexto en el año 2013 se elabora un Manual de evaluación y un Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo, es por ello que la normativa vigente asigna al empleador la obligación de realizar la identificación y evaluación de riesgos definida en el protocolo de vigilancia de Riesgos Psicosociales, además establece que la medición debe hacerse utilizando el cuestionario SUSESO-ISTAS 21, siguiendo las normas y metodología que recomienda la Superintendencia de Seguridad Social (13). En el año 2017, en el diario oficial de la república de Chile, se publica la aprobación y actualización del protocolo

de vigilancia de riesgo psicosocial en el trabajo, el cual tributa al cumplimiento de los objetivos sanitarios del país para el año 2020, que incluye la disminución de la incidencia de enfermedades profesionales, donde los riesgos psicosociales son parte relevante del problema, reforzando a través de dicho medio la necesidad referida de identificar y conocer dichos riesgos y su real incidencia en el ámbito laboral (14).

Hace 2 años, un nuevo tipo de coronavirus, identificado como 2019-nCoV o COVID-19, apareció en Wuhan, China, a fines del año 2019 y continuó propagándose en el 2020; con cifras que se elevaron de forma exponencial, hasta que el 11 de marzo de 2020, la OMS declaró al COVID-19 como una pandemia mundial (15), desde aquella fecha para la región de las Américas la infección se propagó a 56 países y territorios, llegando hasta el 03 de diciembre del año 2021 con 99.573.615 de casos confirmados y 2.384.011 muertes (16). Salazar de Pablo *et al* desarrollaron un metaanálisis donde concluyeron que *“SARS / MERS / COVID-19 tienen un impacto sustancial en la salud física y mental de los trabajadores sanitarios, lo que debería convertirse en una prioridad para las estrategias de salud pública”* (17).

En Chile, para responder a la pandemia, se implementa un protocolo ministerial denominado estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA), la que es desarrollada por la Atención Primaria de la Salud (APS) destacando así su fundamental función en el proceso, con la finalidad de disminución de la transmisión del COVID-19, por medio de intervenciones para la detección oportuna de casos positivos, localizar contactos estrechos y trasladar a residencias sanitarias en caso de que fuera necesario (18).

Bajo la anterior premisa, ha quedado en evidencia el contexto adverso en el que están expuestos los trabajadores de la salud debido a la pandemia por COVID-19, teniendo un impacto en la calidad de vida de los mismos, pues, el problema es inherente a la persona que está detrás de un puesto de trabajo; la OMS define calidad de vida *“como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del*

contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (19), con la finalidad de desarrollar un instrumento para medirla que pudiera ser aplicada transculturalmente, se creó WHOQOL-100 (20), posteriormente, se seleccionó la mejor pregunta de cada una de las secciones, obteniéndose el WHOQOL-BREF (21), la cual ha sido destacada por presentar una excelente estructura conceptual y operativa, desarrollo psicométrico, confiabilidad, y adaptación cultural y de lenguaje (22); es ahí donde se enmarca la importancia de correlacionar los riesgos psicosociales laborales con la calidad de vida de los trabajadores.

Es así que esta investigación buscó analizar la relación de los riesgos psicosociales y la calidad de vida de los trabajadores de los Centro de Salud Familiar en contexto de la pandemia por COVID-19.

1.2 Justificación y Relevancia del Estudio:

La presente investigación analizó la relación de los riesgos psicosociales y la calidad de vida de los trabajadores en Centros de Salud Familiar en contexto de la pandemia por COVID-19, pues existe evidencia que dicho contexto tributa al desarrollo de factores de riesgos que no estaban presentes antes de la pandemia, por ejemplo: un estudio elaborado por Wang *et al* (23), evidenciaron el impacto psicológico de la población general la cual resultó ser de moderado a severo, así mismo, Moazzami *et al* (24) y Vieta *et al* (25) manifiestan el apoyo hacia una realidad que no está ajena a los trabajadores de la salud, puesto que, el estrés severo, la alta carga emocional, las largas horas de trabajo, la preocupación de estar infectado o contagiar a sus familiares, la falta de apoyo adecuado en el entorno laboral y la falta de tratamientos de apoyo eficaces pueden afectar la salud mental del equipo de salud.

La fundamentación de llevar a cabo la presente investigación fue: *el conocimiento de enfermería y en ciencias de la salud, promoción de la salud y prevención de enfermedad, relevancia social, contribución académica, factibilidad e impacto económico*, descritas a continuación:

Conocimiento de enfermería y en ciencias de la salud, puesto que con los resultados, enfermería y otras disciplinas afines, contarán con el conocimiento necesario que justifique el desarrollo de programas, proyectos u otras intervenciones que den respuestas a la promoción de la salud o prevención de la enfermedad en lo relativo a los riesgos psicosociales en los trabajadores del equipo de salud de atención primaria; sumado a esto se da respuesta a un vacío empírico identificado, que enfermería desde sus fundamentos teóricos dan soporte para responder a estas problemáticas.

Al analizar la relación existente entre riesgos psicosociales y calidad vida de los trabajadores de la salud de atención primaria en contexto de la pandemia por COVID-19, se obtuvo el conocimiento de aquellos factores psicosociales presentes de este equipo de salud, de esta forma se podrán promover aquellos factores protectores y tratar los factores de riesgo.

Relevancia social, el análisis de la calidad de vida de los trabajadores de la salud asociado a los riesgos psicosociales, muestra cuán influyentes son éstos en la salud de los trabajadores y por consiguiente el impacto en los usuarios que atienden dichos trabajadores, como también su entorno personal-familiar. Es pertinente considerar que el ambiente donde se circunscribió la presente investigación atiente a una necesidad creciente, pues son escasos los estudios que se enfocan en el primer nivel de atención, pese al gran rol que han tenido en la pandemia, ya que sumado a sus responsabilidades habituales han tenido que asumir principalmente la tarea de inmunización de la población, lo que se traduce en un incremento de la carga de trabajo.

Contribución académica, con la presente investigación apoyará el conocimiento para una futura formación en profesionales de la salud en relación con la temática estudiada, abordándola desde la visión de enfermería, pues se contempla la medición de las variables a todo el equipo de salud.

Factibilidad, el estudio tiene el apoyo de expertos en el área quienes velaron por el rigor metodológico y la calidad científica; cuenta además con la aprobación de las entidades correspondientes para el uso de los cuestionarios a utilizar.

Impacto económico, al tomar conocimiento de los resultados se podrá tomar medidas para prevenir las consecuencias de los riesgos psicosociales, tales como: costos directos de los accidentes o enfermedades profesionales, se agudizan costos ocultos como el ausentismo laboral, altas tasas de rotación y renuncias, caídas de la productividad, quejas de los usuarios por baja calidad de la atención, conflictos laborales internos, entre otros.

Con lo anteriormente mencionado ha quedado en relieve la importancia de estudiar los riesgos psicosociales en el actual contexto que impacta a los trabajadores del área de la salud.

1.3 Delimitación del problema investigado:

Dada la importancia de los riesgos psicosociales, transformado en una realidad en la salud de los trabajadores, han sido ampliamente estudiados y dan cuenta de sus graves consecuencias, considerando que el grupo diana a trabajar ha tenido un papel crucial en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, más aún si se considera que son la puerta de entrada a las prestaciones de salud del sistema público, sumado a esto la existencia de una precaria cantidad de estudios enfocados en la Atención Primaria de Salud, situación acentuada en la realidad local, y más aún

cuando el contexto del estudio está centrado en un problema de salud de instauración reciente debido a la pandemia por COVID-19, es el motivo por el cual se decidió llevar a cabo el presente proyecto de investigación, en Centros de Salud Familiar de la ciudad de Antofagasta, Chile.

En base a lo anterior nace la siguiente interrogante: ¿cuál es la relación entre los riesgos psicosociales y la calidad de vida en trabajadores de la salud de Centros de Salud Familiar en contexto de la pandemia por COVID-19, durante los meses de octubre a diciembre del año 2021, en la ciudad de Antofagasta, Chile?

Al identificar la relación entre los riesgos psicosociales y la calidad de vida del equipo de salud, se cuenta los conocimientos necesarios para que el estamento de enfermería, entre otros, pueda abordar la problemática, pues, responde a su rol “*de cuidar*” profesional, de esta forma enfermería contribuye al bienestar de los trabajadores, generando un perfil donde sea identifique aquellos casos que necesiten una evaluación más minuciosa, y de esta forma hacer frente al problema emergente dado el contexto actual de salud que sufre el país y el mundo.

2. MARCO REFERENCIAL:

El presente capítulo, Integra y articula el marco conceptual, marco teórico y el marco empírico. En cuanto al marco conceptual, abarcará cada una de las variables utilizadas en la investigación, comprendiendo: trabajo, riesgos psicosociales, calidad de vida, Atención Primaria de Salud (APS) y Pandemia por COVID-19, a continuación, el “Marco Teórico”, el cual explica el fenómeno y su comportamiento, utilizando los enfoques teóricos propuestos por Ceballos P; finalmente, se integra el “Marco Empírico”, donde se expone el actual estado del arte de la temática.

2.1 Marco Conceptual

2.1.1 Trabajo:

El presente documento considera la definición del trabajo desde distintas aristas, dada su naturaleza multivariada, de ahí la necesidad de poner en relieve el concepto desde la historia y las distintas disciplinas y organizaciones, como lo son: la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Real Academia Española (RAE), la antropología y la psicología.

En el transcurso de la historia “el trabajo” ha tenido diversos intentos de definición, donde poco a poco en el desarrollo del concepto se incluyen variables asociadas, pues en cada momento histórico, su contexto denota: realidades, vulneraciones, derechos, consecuencias, beneficios, etc; comenzando desde tiempos remotos evidenciado en textos bíblicos del Antiguo Testamento, filósofos de la Grecia Clásica (26) y código Hammurabi, hasta llegar al siglo XIX y XX cuando emergen leyes que buscan proteger a los trabajadores producto del desarrollo industrial (27).

La Organización Internacional del Trabajo, en su tesoro, cuya última actualización fue el año 2005, define al trabajo como: *“conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, que producen bienes o servicios en una economía, o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos”* (28), dicha definición será adoptada por este estudio.

La Real Academia Española (RAE), define al trabajo en 12 acepciones, el presente documento hace uso de su cuarta y sexta acepción, las cuales aluden a: “cosa que es resultado de la actividad humana” y “esfuerzo humano aplicado a la producción de riqueza, en contraposición a capital”, respectivamente (29).

Desde la visión antropológica el “trabajo moderno”, permite entender el trabajo pasado, según Marx, como una “categoría totalmente simple” y muy antigua, en sus

inicios representado a los hombres como productores, en su forma moderna se presenta como indiferente en relación a un determinado trabajo, como medio general de crear riqueza, y no como un “destino particular del individuo”, dichas características modernas consideran al trabajo como “verdadero”, asociado a un rasgo específico de la especie humana, también como un acto que tiene lugar entre el hombre y la naturaleza, donde se pone en acción las fuerzas de que está dotado el cuerpo, brazos y piernas, cabeza y manos, a fin de asimilarse las materias dándoles una forma útil para su vida (30).

Según la psicología, el trabajo es una *“cierta forma de involucrar a la personalidad para responder a una tarea delimitada por presiones, estas de carácter material o social”*, así lo pone en manifiesto Dejours, además, agrega, que el trabajo es lo que implica, desde el punto de vista humano, el hecho de trabajar, vale decir: *“gestos, saber hacer, compromiso del cuerpo, movilización de la inteligencia, capacidad de reflexionar, interpretar y reaccionar ante situaciones, es el poder sentir, pensar e inventar, etc”* (31).

2.1.1.1. Condiciones de trabajo

Un aspecto importante que destacar son aquellos factores que tienen impacto en la salud de los trabajadores, principalmente, aquellos aspectos del trabajo con posibles consecuencias negativas para la salud de los trabajadores, definición correspondiente a condiciones de trabajo (32); las principales medidas disponibles que atienden a dichas condiciones según la Organización Internacional del Trabajo son: la remuneración, horas de trabajo y acuerdos contractuales (33). Pueden ser agrupadas en tres dimensiones: condiciones ambientales, condiciones ergonómicas y condiciones económicas (34); a su vez dichas condiciones de trabajo pueden convertirse en riesgos psicosociales.

2.1.2 Riesgos Psicosociales

Para poder comprender los riesgos psicosociales, se debe hacer una definición obligada de qué son los factores psicosociales, pues resulta indispensable saberlo para comprender lo anómalo. Se definen como aquellos factores que inciden en la relación entre un individuo con el medio donde se desenvuelve. En el contexto de esta tesis dicho ambiente de trabajo se centra en el la APS, incluyendo desde aspectos físicos, sociales, hasta organizacionales, que pueden en función de las capacidades personales influir en la salud de los trabajadores de la APS. Cuando dichos factores constituyen un riesgo para la salud, estos se denominan “*riesgos psicosociales*” (2).

La definición más utilizada de los riesgos psicosociales ha sido la proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la cual hace alusión a la interacción entre todo lo asociado al trabajo y los aspectos personales del trabajador que pueden influir en la salud, no obstante, autores estiman que los fenómenos de los riesgos psicosociales en el trabajo, son complejos y todavía no hay una definición aceptada, aunque pueden ser descritos, no obstante, que las políticas de prevención deben incluir los riesgos físicos (incluyendo químicos, biológicos y ergonómicos), psíquicos y mentales (35).

La Superintendencia de Seguridad Social de Chile, en su Manual del Método del cuestionario SUSESO/ISTAS21 año 2020 (36), expone que los riesgos psicosociales se pueden diferenciar entre:

- a) *Las condiciones y el medio ambiente de trabajo*: incluyen la tarea en sí, las condiciones físicas en el centro de trabajo, las relaciones de los trabajadores con sus supervisores y las prácticas de la administración.
- b) *Los factores individuales o personales del trabajador*: incluyen sus capacidades y limitaciones en relación con las exigencias de su trabajo.
- c) *Los factores externos al centro de trabajo*: estos derivan de las circunstancias familiares o de la vida privada, de los elementos culturales, la nutrición, las facilidades de transporte y la vivienda.

2.1.2.1 Naturaleza de los Riesgos Psicosociales

La naturaleza de los riesgos psicosociales es muy variada, y como es de esperarse, con el paso del tiempo la fuente de riesgos descritos por la comunidad científica ha aumentado. Algunos de estos se exponen a continuación (Tabla 1).

Tabla 1. Naturaleza de los Riesgos Psicosociales

Riesgo	Definición
Contenido del trabajo	Falta de variedad o ciclos de trabajo cortos, trabajo fragmentado o sin sentido, insuficiente uso de habilidades, niveles altos de incertidumbre, trabajo continuado atendiendo personas.
Carga y ritmo de trabajo	Carga de trabajo excesiva o insuficiente, ritmo marcado por máquinas, elevada presión temporal, trabajo continuamente sujeto a plazos.
Horario laboral	Trabajo a turnos, nocturnidad, horarios inflexibles, jornada imprevisible, jornada prolongada, dificultades para la conciliación.
Control	Poca participación en la toma de decisiones, imposibilidad de controlar carga de trabajo, ritmo, etc.
Entorno y equipos	Disponibilidad, adecuación o mantenimiento inadecuados de los equipos; malas condiciones ambientales como falta de espacio, mala iluminación o ruido excesivo.
Estructura y cultura organizativa	Mala comunicación, poco apoyo para resolver problemas y para el desarrollo personal, falta de definición de objetivos de la organización (o falta de acuerdo sobre ellos).
Relaciones interpersonales en el trabajo	Aislamiento social o físico, mala relación con los superiores, conflictos entre personas, falta de apoyo social, violencia laboral, acoso.
Rol en la organización	Ambigüedad de rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre otros.
Desarrollo profesional	Estancamiento e incertidumbre profesional, promoción excesiva o insuficiente, salarios bajos, inseguridad en el empleo, poco valor social del trabajo.
Conciliación vida personal-laboral	Conflicto entre las necesidades laborales y personales, poco apoyo en casa, problemas cuando ambos cónyuges tienen actividad profesional.

Extraída de: OMS, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general [Internet]. Apps.who.int. 2018 [citado 27 enero 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310949>. Adaptada de: Leka, Griffiths y Cox (2003).

2.1.2.2 Consecuencias de los Riesgos Psicosociales

Con el paso del tiempo, un número importante de investigaciones evidencian que aquellos entornos laborales con presencia de riesgos psicosociales pueden tener efectos directos e indirectos sobre la salud física, mental y social de los trabajadores. A nivel emocional y cognitivo: se ha descrito la ansiedad; depresión; angustia; síndrome de estar quemado (Burnout); incidencia en la toma de decisiones y la atención; fatiga e insatisfacción laboral. En cuanto a los efectos físicos y fisiológicos en la salud: se describen la hipertensión arterial; enfermedad cardiaca; efectos en la cicatrización de heridas; trastornos músculos-esqueléticos (como dolor lumbar); trastornos gastrointestinales e inmunocompetencia deficiente; asociados al estrés; bronquitis; enfermedad coronaria; enfermedad mental; trastornos tiroideos; enfermedades de la piel; determinados tipos de artritis reumatoide; obesidad; tuberculosis, dolor de cabeza y migraña; úlcera péptica y colitis ulcerosa; diabetes; entre otros (35-37).

2.1.2.3 Medición de los Riesgos Psicosociales

Según Meliá (38), es necesario disponer de cuatro componentes para realizar una evaluación adecuada de los riesgos psicosociales: en primer lugar un *“diseño adecuado para la evaluación”*, en segundo lugar *“conceptualización y operacionalización adecuada de la exposición a los factores de riesgo”*, en tercer lugar *“análisis de datos adecuado que permita descartar explicaciones inadecuadas y contrastar un modelo teórico adecuado”* y finalmente, en cuarto lugar *“una formulación teórica adecuada de la dinámica causal de los procesos exposición al riesgo-efecto sobre la salud y efectos sobre la organización”*.

Actualmente, existe una variada cantidad de instrumentos que han intentado dar respuestas a las exigencias en cuanto a la medición de los riesgos psicosociales, Blanch *et al* (39) refieren que algunos de los instrumentos disponibles para la investigación de los aspectos psicosociales de las condiciones de trabajo pueden ser agrupados en tres categorías principales, de la que se destaca la categoría “herramientas utilizadas en estudios monográficos sobre conjuntos de factores psicosociales”, en ella generalmente se adoptan cuestionarios con el formato auto-informe, dentro de los cuales se encuentre el cuestionario “Psicosocial de Copenhague CoPsoQ”, utilizado en el presente estudio.

Debido a lo expuesto en el presente capítulo se buscó analizar la relación de los riesgos psicosociales y la calidad de vida de los trabajadores de APS, ya que las consecuencias de dichos riesgos pueden afectar el completo bienestar de la persona que está detrás de un puesto de trabajo.

2.1.3 Calidad de Vida:

El concepto de calidad ha sido utilizado desde la segunda guerra mundial, ello con el objetivo de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. A partir de dicho hito han surgido diversas visiones del concepto, no obstante, actualmente, incorpora tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales, cada disciplina ha tributado hacia un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada (40). La presente investigación aplicó la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual hace alusión a la percepción de una persona acerca de su posición en la vida, en un contexto cultural y un sistema de valores inherente a la persona.

Existen múltiples visiones sobre el concepto de calidad de vida, Urzúa *et al* (40) concluyen que se concuerda fundamentalmente en tres aspectos sobre las diferentes definiciones de Calidad de Vida: en primer lugar *“es subjetiva”*, en segundo lugar *“el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona”*, y en tercer y último lugar *“el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida”*, lo que cobra especial importancia en el contexto estudiado, puesto que la pandemia por COVID-19, ha obligado a modificar el vivir de cada persona, en el caso de los trabajadores de la salud, tener que enfrentarse adicionalmente al permanente riesgo de contagiarse y la alta carga laboral. Por otro lado, los autores plantean una agrupación de las distintas definiciones en categorías con fines didácticos, de esta forma se pueden visualizar las diferentes dimensiones que incorpora cada definición, donde en la categoría 2, se encontraría la definición de la OMS usada en la presente investigación.

2.1.3.1 Medición de la Calidad de Vida

Como se ha expuesto anteriormente, definir la calidad de vida es una tarea compleja debido a las múltiples definiciones existentes, incorporando en cada definición variables diferentes, por lo que medir la calidad de vida es una tarea aún más compleja, Llach (41) proporciona una forma de clasificación de los instrumentos para facilitar su comprensión y de esta forma poder determinar cuál es el instrumento más idóneo para su medición, en el presente estudio, se optó por un cuestionario genérico, de tipo “perfil de salud”, denominado Whoqol-Bref de elaborado por la OMS.

La definición de la calidad de vida descrito en este capítulo hace referencia a un contexto cultural y sistemas de valores inherentes a la persona; la presente investigación se enfocó en los trabajadores de Atención Primaria, atendiendo a la escasa investigación en dicho contexto, puesto que los estudios actuales se enfocan en ambientes intrahospitalarios y suelen ser de predominio en unidades críticas y

atención de urgencia (4-9), con el objetivo de tributar hacia su desarrollo se seleccionó dicho lugar para llevar a cabo el presente estudio.

2.1.4 Atención Primaria de Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (42), la Atención Primaria de Salud (APS) es *“la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país”*; en Chile el Ministerio de Salud (43) define los servicios de la Atención Primaria de la Salud (APS) como *“los servicios de primer contacto de tipo promocional, preventivo, curativo y de rehabilitación para la población inscrita, que se encuentran contenidos en el Plan de Salud Familiar (PSF), en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y en los programas de reforzamiento”*.

La Organización Mundial de la Salud OMS en una reciente publicación (44) deja en manifiesto el papel importante de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la Pandemia por COVID-19, dando énfasis a la vigilancia y las respuestas clínicas, sumado a esto, señala un listado de cinco principios fundamentales de sus quehaceres en el actual contexto de salud:

- a. Identificar y manejar los casos potenciales lo antes posible.
- b. Evitar el riesgo de transmisión de la infección a los contactos y al personal sanitario.
- c. Mantener la prestación de servicios de salud esenciales.
- d. Mejorar la vigilancia existente, como la de las enfermedades similares a la influenza y las infecciones respiratorias agudas graves.
- e. Fortalecer la comunicación de riesgos y participación de la comunidad.

Bajo la anterior premisa, se enmarca la importancia de estudio de la APS, pues corresponde a un nivel especialmente afectado en el contexto de la pandemia, ya que tuvo que presentar una adaptación en la infraestructura de los establecimientos para cumplir con las normas de bioseguridad, reorganizar el nivel de atención teniendo que incorporar equipos de protección personal adecuado, si bien es un aspecto transversal en todas las instituciones de salud, es pertinente considerar que la APS no frecuentaba la utilización de estos como en el caso del segundo y tercer nivel de atención, sumado a lo anterior, para dar cumplimiento a todas las demandas se tuvo que implementar la telemedicina y a su vez mantener las prestaciones indispensables tradicionales de la APS (45).

Sin embargo, pese a las grandes barreras a las cuales se ha tenido que enfrentar la APS, en muchos lugares fue invisible, enfrentándose inclusive a la falta de recursos (46)

2.1.5 Pandemia por COVID-19:

La enfermedad COVID-19 fue descrita por primera vez en Wuhan, China, a fines del año 2019 y continuó propagándose en el 2020, con cifras que se elevaron de forma exponencial, hasta que el 11 de marzo de 2020, la OMS declaró al COVID-19 como una pandemia mundial (15).

Se han descrito efectos psicosociales importantes en poblaciones expuestas a pandemias similares, por ejemplo: una perspectiva pesimista de la vida en alrededor de un 10% posterior al brote, prevalencia de morbilidad psiquiátrica de un 11,7%, 20% de médicos y enfermeros sufrieron Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), en sobrevivientes se describe incidencia de trastornos mentales como trastorno de pánico, agorafobia y fobia social (47); en un informe preliminar chileno con una muestra

parcial de 954 encuestas, en el contexto de la pandemia por COVID-19 da cuenta de algunos síntomas reportados por los trabajadores de la salud, tales como: alteraciones del apetito en un 38,6%, las alteraciones del sueño en un 32,7%, la falta de energía y cansancio en un 37,3%, los problemas para concentrarse en un 19,0%, así como la pérdida del interés y la anhedonia en un 16,3% (48); ideas de muerte en un 10,1% y un 1,3% ideación suicida (49).

En el contexto de la presente investigación enfocada en los trabajadores de la salud, se ha descrito que las medidas de bioseguridad adoptadas para tratar la enfermedad son efectivas, no obstante, traen consigo consecuencias como: cansancio físico por el uso de Elementos de Protección Personal (EPP), y asociado a este mismo aislamiento físico que dificulta dar confort y apoyo a quienes están afectados (50).

Se ha identificado que el trabajar en salud en “primera línea”, vale decir en acciones de diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con COVID-19, se asoció de forma significativa con un mayor riesgo de síntomas depresivos, de ansiedad, insomnio, reacción de estrés y trauma vicario o indirecto, este último asociado con el desarrollo involuntario de síntomas similares a los de sus pacientes, víctimas de algún trauma, tales como: irritabilidad, fatiga, insomnio, pérdida de apetito, atención deficiente, miedo y desesperación (51).

2.2 Marco Teórico

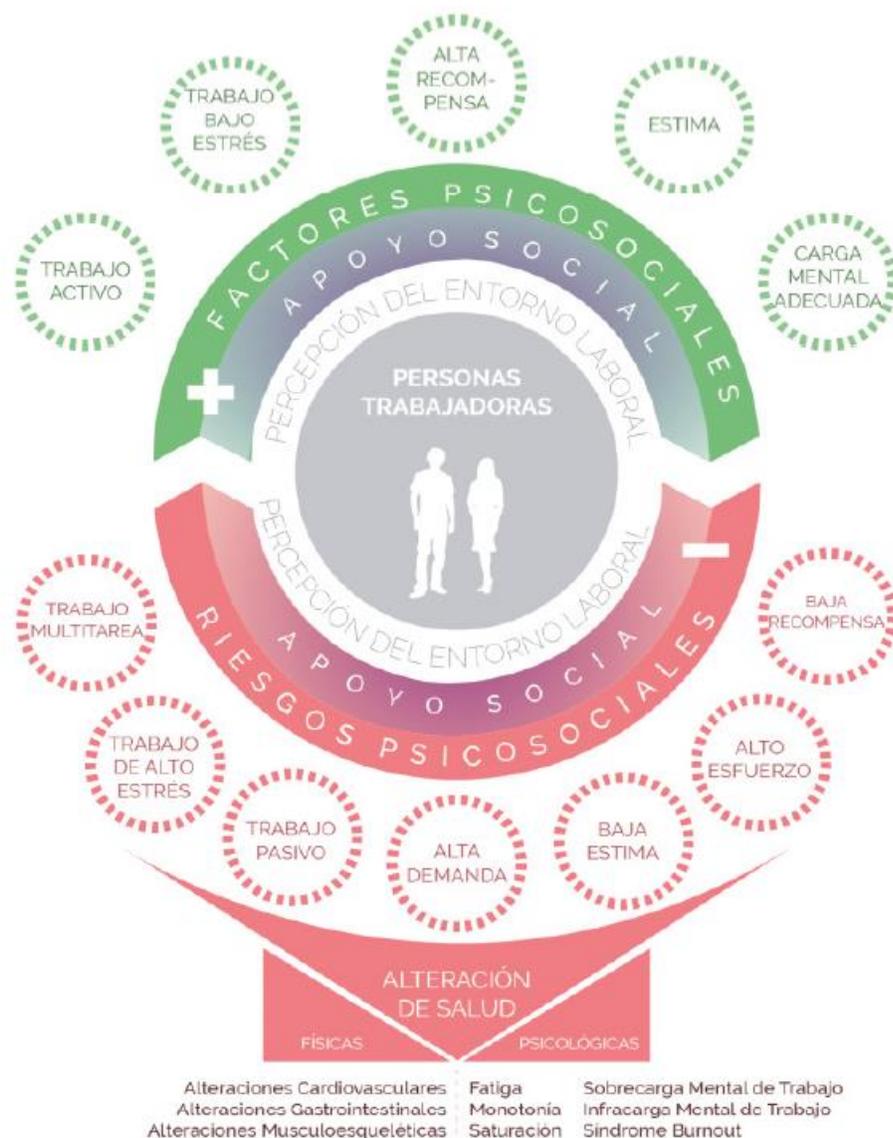
En la presente investigación se ha utilizado como marco teórico el modelo de enfermería para el abordaje de los factores psicosociales propuesto por la Dra. Paula Ceballos-Vásquez; la académica de la Universidad Católica del Maule, en el año 2014, en contexto de su Tesis Doctoral denominada “*percepción de riesgos psicosociales y carga mental de los trabajadores/as del equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos*” (4), generó dicho modelo corresponde a una teoría de nivel medio, que

responde a la creciente necesidad de un marco teórico que sustente los estudios de riesgos psicosociales, pues se valoró como un emergente enfoque teórico nacional; los actuales modelos existentes no abarcan la problemática desde sus diferentes aristas.

Modelo de Enfermería para el abordaje de Factores Psicosociales

El modelo de Ceballos-Vásquez P para el abordaje de los factores psicosociales, da cuenta que una percepción positiva del entorno laboral, sumado a un apoyo social, se traduce en un trabajo activo, de bajo estrés, alta recompensa, estima y una carga mental adecuada, favoreciendo de esta forma la salud de los trabajadores, no obstante cuando existe una percepción negativa del entorno laboral, sumado a un bajo apoyo social, dichos factores psicosociales se transforman en riesgos psicosociales, pues, se traducen en: trabajo multitarea, trabajo de alto estrés, trabajo pasivo, alta demanda, baja estima, alto esfuerzo y baja recompensa, ello tributando finalmente hacia una alteración de salud, que pueden ser físicas o psicológicas. Las alteraciones físicas pueden ser: alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales o musculoesqueléticas, por otro lado, las psicológicas incluyen: fatiga, monotonía, saturación, sobrecarga mental de trabajo, infra carga mental de trabajo y síndrome de burnout (ver figura 1). Debido a lo expuesto anteriormente, Ceballos-Vásquez P refiere que el estado positivo debe ser una prioridad para la organización (52, 53).

Figura 1. Modelo de Enfermería para el abordaje de Factores Psicosociales



Fuente: Ceballos-Vásquez P. Modelo de Enfermería para el abordaje de factores psicosociales, 2015.

Los referentes teóricos utilizados por Ceballos-Vásquez *et al*, incorporan el modelo Demanda-Control-Apoyo social de Karasek y Theorell publicado en 1990 (54), el modelo de Esfuerzo-Recompensa de Siegrist publicado en 1996 (55) y el modelo de Distribución de Recursos Múltiples de Wickens en 1984 (56). A continuación, se expondrán los principales elementos de cada modelo, en los que se basa la autora.

Modelo Demanda-Control-Apoyo social de Karasek y Theorell (1990)

Es un modelo ampliamente utilizado en el entorno psicosocial de los trabajos (57-59), se desarrolló para describir y analizar situaciones laborales; donde las *demandas* son aquellas exigencias de tipo psicológicas que el trabajo implica en un trabajador, no obstante, estas no están circunscritas al trabajo intelectual, sino abarcan aspectos como cantidad o volumen de trabajo, presión de tiempo, nivel de atención o interrupciones imprevistas. *Control* es un recurso descrito como un modelador de las demandas de trabajo, presenta dos componentes: la autonomía, como grado en que el trabajo permite a la persona influenciar decisiones relacionadas con su trabajo, y el desarrollo de habilidades, el cual está asociado al grado en que el trabajo permite a la persona a desarrollar sus propias capacidades. *Apoyo social*, Jeffrey V. Johnson, en el 1986, amplió el modelo e introdujo la dimensión de apoyo social, la cual actúa como un incentivo para incrementar la habilidad de hacer frente a una situación de estrés mantenido, por lo que resulta un moderador o amortiguador del efecto del estrés en la salud, operacionalizando el concepto, hace referencia al clima social en el lugar de trabajo, incluye dos componentes: relación emocional que el trabajo comporta y soporte instrumental (60).

Modelo de Esfuerzo-Recompensa de Siegrist (1996)

Es un Modelo realizado con el objetivo de identificar un entorno laboral psicosocial estresante y explicar sus efectos adversos sobre los riesgos para la salud relacionados con el estrés, este postula que la reciprocidad fallida entre grandes esfuerzos en el ambiente de trabajo y bajas recompensas recibidas (retribución económica, perspectivas de promoción, seguridad laboral, estima y reconocimiento), culminan en fuertes emociones negativas y reacciones de estrés con efectos adversos a largo plazo sobre la salud de los trabajadores (61), algunos de estos efectos son:

aumento del riesgo de incidentes relacionados con el estrés, como depresión o enfermedad coronaria (62).

Modelo de Distribución de Recursos Múltiples de Wickens (1984)

Este modelo intenta formalizar el concepto de carga mental, afirma que nuestro sistema cognitivo posee recursos limitados y específicos para cada tipo de procesamiento, por ende, la eficacia de las tareas en el trabajo dependerá de que las tareas no compitan por los mismos recursos atencionales y además que no sobrepasen los límites de cada fuente de recurso; el modelo expone cuatro dicotomías: estado de procesamiento (cognitiva/respuesta), modalidades sensoriales o inputs (auditiva/visual), código de procesamiento (visual/espacial) y respuesta (manual/verbal). Su aplicación ha permitido predecir la ejecución de un operador en situaciones multitareas (63).

2.3 Marco Empírico

En cuanto al actual estado del arte relacionado con los riesgos psicosociales y la calidad de vida de los trabajadores, en el contexto de la Atención Primaria de la Salud y la pandemia por COVID-19, se realizó una revisión en las siguientes bases de datos: Web of Science, PubMed, BVS y Scielo; se incorporaron artículos publicados en idiomas español, inglés y portugués; los descriptores y booleanos utilizados en las búsquedas se exponen en la Tabla 2, en el idioma español, portugués e inglés, los cuales fueron validados en DeCS:

La pregunta que dirigió la búsqueda fue: ¿qué se ha publicado respecto de los riesgos psicosociales en trabajadores de la salud (personal de salud) de atención

primaria y cómo impactan en su calidad de vida en el contexto de la pandemia por COVID-19?

A pesar de que se reconoce que las publicaciones asociadas a la pandemia de COVID-19 es un factor esencial en la búsqueda de artículos, estos son mínimos por lo reciente del problema de salud, vale decir, no todos los estudios revisados son en el contexto de la pandemia. A pesar de ello se fue incorporando como elemento central.

Tabla 2. Descriptores y booleanos utilizados en las búsquedas

	Descriptor en: Español Inglés Portugués	Booleano	Descriptor en: Español Inglés Portugués	Booleano	Descriptor en: Español Inglés Portugués	Booleano	Descriptor en: Español Inglés Portugués
1	Personal de Salud Health Personnel Pessoal de Saúde	AND	Atención Primaria de Salud Primary Health Care Atenção Primária à Saúde	AND	Calidad de Vida Quality of Life Qualidade de Vida	AND	Infecciones por Coronavirus Coronavirus Infections Infecções por Coronavirus
2	Personal de Salud Health Personnel Pessoal de Saúde	AND	Atención Primaria de Salud Primary Health Care Atenção Primária à Saúde	AND	Calidad de Vida Quality of Life Qualidade de Vida	AND	Salud Laboral Occupational Health Saúde do Trabalhador
3	Personal de Salud Health Personnel Pessoal de Saúde	AND	Atención Primaria de Salud Primary Health Care Atenção Primária à Saúde	AND	Calidad de Vida Quality of Life Qualidade de Vida	AND	Riesgos Laborales Occupational Risks Riscos Ocupacionais
4	Personal de Salud Health Personnel Pessoal de Saúde	AND	Atención Primaria de Salud Primary Health Care Atenção Primária à Saúde	AND	Calidad de Vida Quality of Life Qualidade de Vida	AND	Enfermedades Profesionales Occupational Diseases Doenças Profissionais
5	Personal de Salud Health Personnel Pessoal de Saúde	AND	Atención Primaria de Salud Primary Health Care Atenção Primária à Saúde	AND	Calidad de Vida Quality of Life Qualidade de Vida	AND	Factores de Riesgo Risk Factors Fatores de Risco
6	Personal de Salud Health Personnel Pessoal de Saúde	AND	Atención Primaria de Salud Primary Health Care Atenção Primária à Saúde	AND	Calidad de Vida Quality of Life Qualidade de Vida	AND	Impacto Psicosocial Psychosocial Impact Impacto Psicossocial

Fuente: elaboración propia.

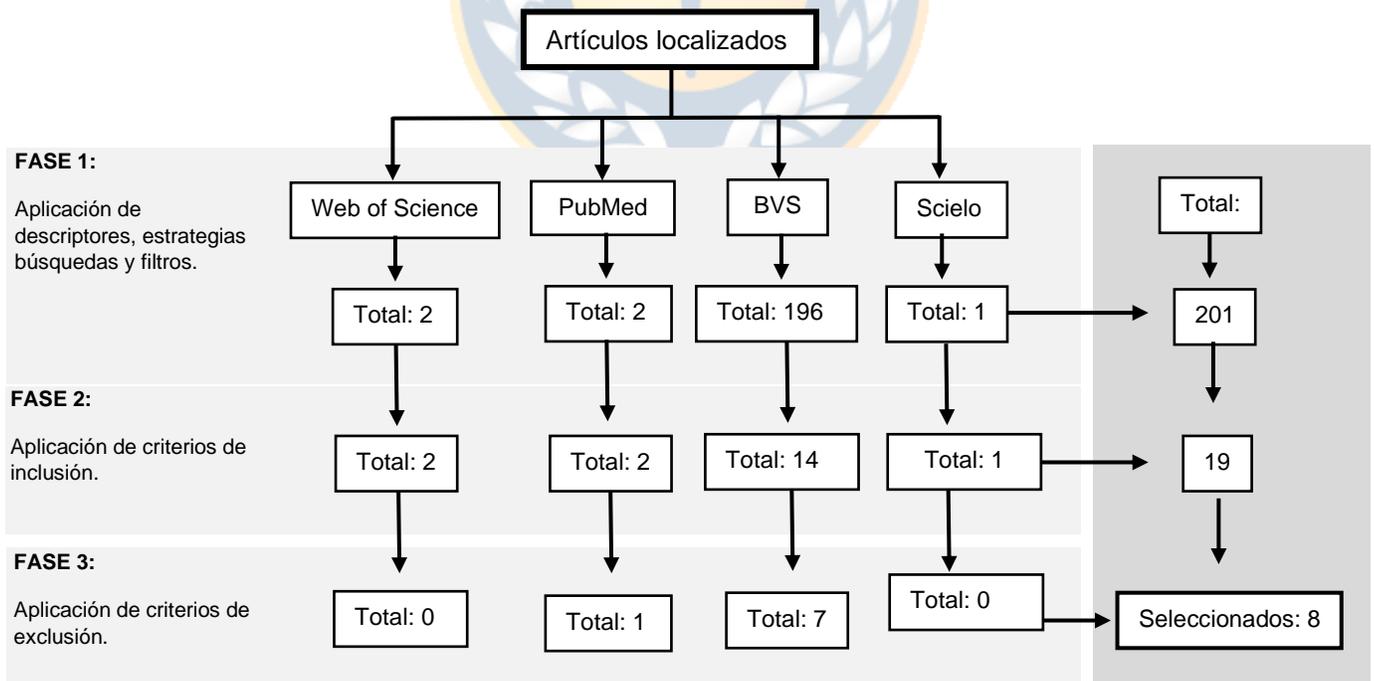
Los criterios de inclusión utilizados fueron los siguientes: artículos en el idioma español, inglés y portugués, artículos publicados en el periodo 2015-2020 (hasta el mes de diciembre) y artículos que estén relacionados con Atención Primaria de Salud y los riesgos psicosociales; los criterios de exclusión utilizados fueron: artículos que no tengan acceso libre, aquellos artículos que no den respuesta a la problemática en cuestión y aquellos artículos que estén duplicados. Los modos de búsqueda y filtros aplicados se exponen en la Tabla 3 y el flujograma de revisión se expone en la Figura N°2.

Tabla 3. Modo de búsqueda y filtros aplicados

	Base de datos	Modo de búsqueda	Filtros aplicados
1	Web of Science (WOS)	Todos los campos (all fields)	-Años de publicación: 2015-2020 - Tipos de documento: Artículos
2	Pub Med	Todos los campos (all fields)	-Disponibilidad: Texto completo gratis -Fecha de publicación: 5 años -Especies: Humanos -Idioma: español, inglés y portugués
3	BVS	Título, resumen, asunto	- Disponibilidad: texto completo - Año: 2015-2020 -Idioma: español, inglés y portugués
4	Scielo	Todos los índices	- Año de publicación: 2015-2020 - Áreas temáticas: ciencias de la salud

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Flujograma de revisión del estado del arte 2015-2020



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, tras la revisión, pasando por las tres etapas quedaron seleccionados 8 artículos para el análisis del estado del arte en relación con el fenómeno de estudio, a continuación, se detallará el autor, año, lugar, objetivo y principales resultados de cada estudio, expuestos en orden descendiente (del más reciente al más antiguo).

Alshekaili M et al realizaron un estudio en el año 2020, en Omán, con el objetivo de evaluar y comparar los factores demográficos y psicológicos y el estado del sueño de los trabajadores de la salud de primera línea en relación con aquellos que no están en primera línea; donde participaron 1.139 trabajadores, dentro de los resultados se destaca: que de los encuestados 368 (32,3%) tenía depresión, 388 (34,1%) ansiedad, 271 (23,8%) estrés y 211(18,5%) insomnio, destacando que aquellos trabajadores de primera línea tenían 1,5 veces más probabilidades de informar ansiedad, estrés e insomnio en comparación con los del grupo que no pertenecen a la primera línea, concluyendo que los trabajadores sanitarios de primera línea se ven afectados de manera desproporcionada en comparación a aquellos trabajadores que no son de primera línea (64).

Ruiz-Fernández M et al realizaron un estudio en el año 2020, en España, con el objetivo de analizar la calidad de vida de los profesionales de enfermería y su relación con las variables sociodemográficas y el contexto laboral; donde participaron 1.521 enfermeros que laboran en el sistema público de salud de Andalucía, dentro de los resultados se destacan niveles elevados de desgaste por empatía y burnout, y niveles de satisfacción por compasión (placer que se obtiene al poder hacer su trabajo) por debajo de la media en los profesionales de enfermería, resultados que afectan la calidad de vida de los trabajadores; además se describe que los factores sociodemográficos como el estado civil, el entorno sanitario, el lugar donde se encuentra el lugar de trabajo y el turno de trabajo están directamente relacionados con el desgaste por empatía, por otro lado se describe que el turno de trabajo está relacionado con la ocurrencia de burnout (65).

Otro artículo realizado por Ruiz-Fernández M et al del año 2020, en España, con el objetivo de analizar la relación entre variables sociodemográficas y laborales en la calidad de vida relacionada con la salud en profesionales de enfermería; donde participaron 1521 enfermeros que trabajan en centros sanitarios, tanto de Atención Primaria de Salud como hospitalaria, describen que el desgaste por empatía, el burnout, y en menor medida la satisfacción por compasión (placer que se obtiene al poder hacer su trabajo), influyen significativamente en los componentes físicos y mentales de la calidad de vida relacionada con la salud, además agregan que el género influyó en el componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud, concluyendo que el estrés laboral y el contacto repetido con situaciones de sufrimiento influyen en la calidad de vida relacionada con la salud (66).

Moreira de Lima G et al realizaron una publicación en el año 2020, en Brasil, con el objetivo de evaluar la Calidad de Vida en el Trabajo y el nivel de estrés de los trabajadores de Atención Primaria de Salud (APS) en una ciudad de triple frontera; donde participaron 120 profesionales de Atención Primaria de Salud, dentro de los resultados se describe que la variable satisfacción con el trabajo se mantuvo estadísticamente asociada con la calidad de vida laboral global, con el dominio psicológico y el nivel de estrés, por otro lado, el color de la piel y el sexo están asociados con dominios personales y profesionales, respectivamente, el estudio concluye que la satisfacción laboral es un factor importante para determinar la mejor calidad de vida laboral global y protección contra el estrés (67).

Barbosa Ramos C *et al* realizaron un estudio en el año 2019, en Brasil, con el objetivo de identificar el impacto del Síndrome de Burnout en la calidad de vida de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Salud; donde participaron 52 profesionales de la red de Atención Primaria de Salud, dentro de los resultados se destaca que el 13,5% de los profesionales estudiados manifestaron características relacionadas con el Síndrome de Burnout y el 30,8% estaban predispuestos a su desarrollo, concluyendo que los profesionales que presentan el Síndrome de Burnout

tienden a mostrar una disminución en su desempeño laboral y dificultades en la relación con el equipo de trabajo, reflejando el impacto negativo que el síndrome trae a la calidad de vida (68).

Asante J *et al* realizaron un estudio en el año 2019, en China, con el propósito de investigar las relaciones entre los factores de riesgo psicosociales que surgen del trabajo, el estrés laboral, el agotamiento y el impacto en la calidad de vida percibida entre los trabajadores de salud primaria en las zonas rurales de China; donde participaron 873 trabajadores de la salud, dentro de los resultados se destaca una mala calidad de vida en el 74,6% de los trabajadores sanitarios encuestados, donde la mala calidad de vida general fue significativamente mayor entre los trabajadores que informaron un mayor desgaste, además se observó un mayor riesgo de mala salud psicológica entre los trabajadores con alto desgaste, poco sentido de comunidad, finalmente se observó mala calidad de vida en el ámbito ambiental entre los trabajadores insatisfechos con su trabajo y los trabajadores con bajos salarios (69).

Cavalcante Maciel J *et al* realizaron una investigación en el año 2018, en Brasil, con el objetivo analizar la satisfacción en el trabajo y estimar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales que integran los equipos de salud bucal de atención primaria en el municipio Sobral, Ceará-Brasil; donde participaron 35 cirujanos-dentistas y 15 técnicos/auxiliares de salud bucal, dentro de los resultados se destacan distintos aspectos de insatisfacción laboral entre los Cirujanos-Dentistas (seguridad, decisiones, salario y estructura organizacional) y técnicos/auxiliares de salud bucal, sumado a esto a pesar de una baja prevalencia general del Burnout el análisis parcial de sus subescalas mostró un riesgo para el desarrollo del Síndrome, sin diferencias significativas entre grupos (70).

Spinelli WM *et al* realizaron un estudio en el año 2016, en USA, cuyo objetivo no se expresa explícitamente, pero se puede inferir que es determinar la presencia del síndrome de burnout y sus factores asociados en los trabajadores de Atención Primaria de Salud; donde participaron 467 personas, dentro de los resultados se destaca que

la prevalencia del Síndrome de Burnout varió en tres categorías laborales: proveedores (37,5%), asistentes clínicos (24,6%) y otro personal (28,0%), los autores refieren que no hubo relación con la edad, el género, o años de antigüedad, sin embargo, dicho síndrome fue menor en los trabajadores a tiempo parcial (24,6%) que en los trabajadores a tiempo completo (33,9%) (71).

Tabla 4. Principales resultados de artículos seleccionados 2015-2020

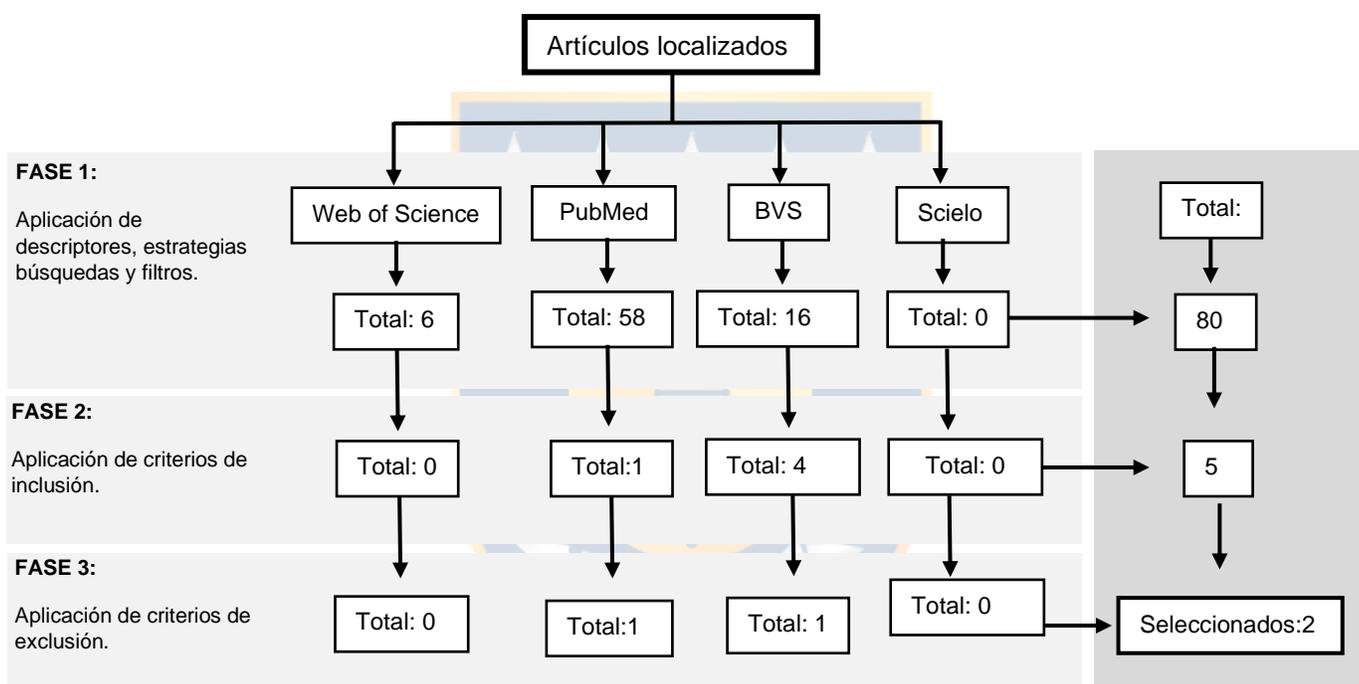
Nº	Nombre del artículo	Autores	País y año	Objetivo	Principales Resultados
1	Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non-frontline healthcare workers (64).	Alshekaili M, Hassan W, Al Said N, et al.	Oman 2020	Evaluar y comparar los factores demográficos y psicológicos y el estado del sueño de los trabajadores de la salud de primera línea en relación con aquellos que no están en primera línea.	Aquellos trabajadores de primera línea tenían 1,5 veces más probabilidades de informar ansiedad, estrés e insomnio en comparación con los del grupo que no pertenecen a la primera línea.
2	Calidad de vida en profesionales de enfermería: Burnout, Fatiga y Satisfacción por Compasión (65).	Ruiz-Fernández M, Pérez-García E, Ortega-Galán Á.	España 2020	Analizar la calidad de vida de los profesionales de enfermería y su relación con las variables sociodemográficas y el contexto laboral.	Factores sociodemográficos como el estado civil, el entorno sanitario, el lugar donde se encuentra el lugar de trabajo y el turno de trabajo están directamente relacionados con el desgaste por empatía, por otro lado, se describe que el turno de trabajo está relacionado con la ocurrencia de burnout.
3	Factores ocupacionales asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en profesionales de enfermería: un estudio multicéntrico (66).	Ruiz-Fernández M, Ortega-Galán Á, Fernández-Sola C, et al.	España 2020	Analizar la relación entre variables sociodemográficas y laborales en la calidad de vida relacionada con la salud en profesionales de enfermería.	El desgaste por empatía, el burnout, y en menor medida la satisfacción por compasión, influyen significativamente en los componentes físicos y mentales de la calidad de vida relacionada con la salud.
4	Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária (67).	Moreira de Lima G, Gomes Ludmila M, Barbosa Thiago L.	Brasil 2020	Evaluar la Calidad de Vida en el Trabajo y el nivel de estrés de los trabajadores de Atención Primaria de Salud (APS) en una ciudad de triple frontera.	La variable satisfacción con el trabajo se mantuvo estadísticamente asociada con la calidad de vida laboral global, con el dominio psicológico y el nivel de estrés.
5	Impactos del síndrome de burnout en la calidad de vida de los profesionales de enfermería en atención básica de salud (68).	Barbosa-Ramos CE, Alves-Farias J, De Sousa-Costa MB, et al.	Brasil 2019	Identificar el impacto del Síndrome de Burnout en la calidad de vida de los profesionales de enfermería de Atención Primaria de Salud.	Los profesionales que presentan el Síndrome de Burnout tienden a mostrar una disminución en su desempeño laboral y dificultades en la relación con el equipo de trabajo, reflejando el impacto negativo que el síndrome trae a la calidad de vida.
6	The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study (69).	Asante J, Li M, Liao J, et al.	China 2019	Investigar las relaciones entre los factores de riesgo psicosociales que surgen del trabajo, el estrés laboral, el agotamiento y el impacto en la calidad de vida percibida entre los trabajadores de salud primaria en las zonas rurales de China.	Mala calidad de vida en el 74,6% de los trabajadores sanitarios encuestados, donde la mala calidad de vida general fue significativamente mayor entre los trabajadores que informaron un mayor desgaste, además se observó un mayor riesgo de mala salud psicológica entre los trabajadores con alto desgaste, poco sentido de comunidad.
7	Satisfacción profesional y prevalencia del síndrome de burnout en equipos de salud bucal de atención primaria en el Municipio Sobral, Ceará-Brasil (70).	Cavalcante-Maciel J, Ramalho de Farias M, Coelho-Sampaio J, et al.	Brasil 2018	Analizar la satisfacción en el trabajo y estimar la prevalencia del Síndrome de Burnout en los profesionales que integran los equipos de salud bucal de atención primaria en el municipio Sobral, Ceará-Brasil.	Se destacan distintos aspectos de insatisfacción laboral entre los Cirujanos-Dentistas (seguridad, decisiones, salario y estructura organizacional) y técnicos/auxiliares de salud bucal, sumado a esto a pesar de una baja prevalencia general del Burnout el análisis parcial de sus subescalas mostró un riesgo para el desarrollo del Síndrome de burnout, sin diferencias significativas entre grupos.
8	Extending Our Understanding of Burnout and Its Associated Factors: Providers and Staff in Primary Care Clinics (71).	Spinelli WM, Fernstrom KM, Galos DL, et al.	EE.UU. 2016	Determinar la presencia del síndrome de burnout y sus factores asociados en los trabajadores de Atención Primaria de Salud.	La prevalencia del Síndrome de Burnout varió en tres categorías laborales: proveedores (37,5%), asistentes clínicos (24,6%) y otro personal (28,0%), los autores refieren que no hubo relación con la edad, el género, o años de antigüedad, sin embargo, dicho síndrome fue menor en los trabajadores a tiempo parcial (24,6%) que en los trabajadores a tiempo completo (33,9%).

Fuente: elaboración propia.

Segundo periodo de revisión 2021-2022

Para complementar la revisión del estado del arte correspondiente al periodo 2015-2020 (hasta el mes de diciembre), se realizó una nueva revisión utilizando la misma metodología, no obstante, esta fue circunscrita al periodo 2021-2022 (hasta mes de enero). El flujograma de revisión se expone en la Figura 3.

Figura 3. Flujograma de revisión del estado del arte 2021-2022



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, tras la revisión, pasando por las tres etapas quedaron seleccionados 2 artículos para el análisis del estado del arte en relación con el fenómeno de estudio, a continuación, se detallará el autor, año, lugar, objetivo y principales resultados de cada estudio, expuestos en orden descendiente (del más reciente al más antiguo).

Cheristanidis S *et al* realizaron un estudio en el año 2021, en Grecia, con el objetivo de evaluar los síntomas de angustia psicológica durante la pandemia de COVID-19, en trabajadores de atención primaria de salud griegos, correlacionándolos con sus características individuales; donde participaron 143 trabajadores de atención primaria, dentro de los resultados se destaca que los factores de angustia personal revelaron que la mayoría (67%) experimentó angustia debido a los cambios de rutina. El 31,4% presentaba una inestabilidad emocional intensa. También se revelaron síntomas de ansiedad (47,2%) y burn-out (78,4%), concluyendo que La exposición a un riesgo constante podría conducir potencialmente a un aumento de la angustia psicológica de los trabajadores sanitarios (72).

Jahrami, H et al realizaron un estudio en el año 2021, en Baréin, con el objetivo de examinar la calidad del sueño de los trabajadores de atención médica de primera línea en Bahrein durante la pandemia de COVID-19; donde participaron 280 trabajadores, dentro de los resultados se destaca que El 75 % de los trabajadores no dormía bien, el 85 % tenía estrés moderado a severo y el 61 % tenía mala calidad del sueño y estrés moderado a severo, concluyendo que la mala calidad del sueño y el estrés son comunes durante la crisis de COVID-19 (73).

Tabla 5. Principales resultados de artículos seleccionados 2021-2022

N°	Nombre del artículo	Autores	País y año	Objetivo	Principales Resultados
1	Psychological Distress in Primary Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece (72)	Cheristanidis S, Kavvadas D, Moustaklis D, et al.	Grecia 2021	Evaluar los síntomas de angustia psicológica durante la pandemia de COVID-19, en trabajadores de atención primaria de salud griegos, correlacionándolos con sus características individuales.	Los factores de angustia personal revelaron que la mayoría (67%) experimentó angustia debido a los cambios de rutina. El 31,4% presentaba una inestabilidad emocional intensa. También se revelaron síntomas de ansiedad (47,2%) y burn-out (78,4%).
2	The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19 (73)	Jahrami, H, BaHammam, AS, AlGahtani, H, et al.	Baréin 2021	Examinar la calidad del sueño de los trabajadores de atención médica de primera línea en Bahrein durante la pandemia de COVID-19.	El 75 % de los trabajadores no dormía bien, el 85 % tenía estrés moderado a severo y el 61 % tenía mala calidad del sueño y estrés moderado a severo.

Fuente: elaboración propia.

3. OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Objetivo General

Analizar la relación de los riesgos psicosociales y la calidad de vida en trabajadores del equipo de salud en Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

3.2 Objetivos Específicos

1. **Describir** las características biosociodemográficas de los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.
2. **Identificar** los principales riesgos psicosociales laborales percibidos por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.
3. **Identificar** la calidad de vida percibida por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.
4. **Establecer la relación** entre riesgos psicosociales y calidad de vida en los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.
5. **Relacionar** las variables biosociodemográficas con la calidad de vida percibida por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.
6. **Comparar** los principales riesgos psicosociales percibidos por los profesionales de Enfermería con los principales riesgos psicosociales laborales percibidos por los demás miembros del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

3.3 Hipótesis de trabajo:

En la presente investigación se habían propuesto las hipótesis que se expondrán a continuación, sin embargo, se realizó una adaptación en el nivel de alcance de la investigación, en dicho contexto, se acogieron las recomendaciones metodológicas implicando la eliminación de las hipótesis, todas las modificaciones se detallarán en el acápite 6 del presente manuscrito.

H1: Los riesgos psicosociales se relacionan negativamente con la calidad de vida de los trabajadores del equipo de salud en los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

H2: Los profesionales de enfermería perciben promedios más altos de riesgos psicosociales laborales que el resto de los estamentos del equipo de salud de atención primaria, perteneciente a los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

H3: A mayor antigüedad en el puesto de trabajo, los trabajadores del equipo de salud de atención primaria perciben menos riesgos psicosociales laborales en los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

H4: Las mujeres del equipo de salud de atención primaria perciben más riesgos psicosociales laborales que los hombres, en los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

3.4 Variables

Variable Dependiente

	Dimensiones
Calidad de vida	Física Psicológica Relaciones sociales Ambiente

Variable Independiente

Riesgos psicosociales	Exigencias psicológicas Trabajo activo y desarrollo de habilidades Apoyo social en la empresa Compensaciones Doble presencia
Variables personales	Sexo Edad Situación de pareja Hijos a su cuidado Familiares a su cargo Nivel de estudio Enfermedad diagnosticada
Variables laborales	Estamento Antigüedad en el puesto de trabajo Antigüedad trabajando Unidad o servicio donde se desempeña Tipo de contrato Tipo de turno Trabaja en otra institución

Descripción nominal y operacional de las variables se describen en el Anexo 1.

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de Estudio y Diseño

Se había propuesto un tipo de estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, de corte transversal y correlacional. No obstante, debido a las adaptaciones que se realizaron, el estudio modificó su nivel de alcance a un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, de corte transversal (74). Dicha adaptación fue autorizada por el comité del programa de Magíster en enfermería (Anexo 2), por el Comité Ético Científico de la facultad de enfermería de la Universidad de Concepción (Anexo 3), por el Comité Ético Científico de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, bioética y seguridad de la Universidad de Concepción (Anexo 4), y finalmente, por el comité ético científico del Servicio de Salud de Antofagasta (Anexo 5).

4.2 Marco Muestral

4.2.1 Población y/o Universo:

Según datos proporcionados por la Corporación Municipal de Desarrollo Social (CMDS), Antofagasta existen 8 CESFAM y cuentan en total con 350 personas (sujeto a variaciones) que forman parte de cada equipo de salud (Tabla 6) de los respectivos CESFAM: Cirujano dentista, Cirujano especialidad, Médicos, Médicos especialistas, Químico farmacéutico, Asistente social, Enfermeros, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, Matrones, Nutricionistas, Psicólogos, Tecnólogos médicos y Terapeuta ocupacional, TENS, TENS ambulancia y TENS dental (75).

Tabla 6. Centros de Salud Familiar en Antofagasta

N°	Nombre del CESFAM	Personal de Equipo de salud*
1	Centro sur	88
2	Oriente	57
3	Corvallis	76
4	Rendic	54
5	Norte	81
6	Juan Pablo	79
7	María Cristina	41
8	Valdivieso	30

Fuente: CMDS. Plan Comunal Salud 2019.

**Solo se contemplaron aquellos trabajadores por estamento incluidos en la población (Cirujano dentista, Cirujano especialidad, Médicos, Médicos especialistas, Químico farmacéutico, Asistente social, Enfermeros, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, Matrones, Nutricionistas, Psicólogos, Tecnólogos médicos y Terapeuta ocupacional, TENS, TENS ambulancia y TENS dental).*

4.2.2 Unidad de Análisis:

La unidad de análisis del estudio estuvo compuesta por el trabajador del área de la salud de atención primaria de la ciudad de Antofagasta, Chile.

4.2.3 Muestra:

Para la selección de la muestra se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, donde se seleccionó los Centros de Salud Familiar (CESFAM) con mayor cantidad de trabajadores, al ser los más numerosos concentran al mayor número de trabajadores que han estado más expuestos al contexto estudiado

(pandemia por COVID-19); se seleccionaron los tres CESFAM con mayor cantidad de trabajadores: el CESFAM centro sur, CESFAM norte y CESFAM Juan Pablo, de cada CESFAM se consideró el total de trabajadores por estamento de interés expuesto en la población, cuya muestra estimada era de 248 trabajadores. No obstante, debido a la escasa participación en el estudio, pese a la incorporación de estrategias para aumentar la participación de los trabajadores, la muestra final quedó compuesta por 78 participantes.

4.2.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión:

-Estar de acuerdo en participar voluntariamente de la investigación, por medio de firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

-Trabajador del equipo de salud de atención primaria que al momento de realizar la investigación se encuentre con licencia médica, en vacaciones o sin realización de su función por cualquier motivo que le impida realizar su labor.

4.3 Procedimiento y/o Técnicas de recolección de información

El presente estudio fue aprobado por tres comités de ética: Comité Ético Científico de la facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción (Anexo 6); Comité de Ética de Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, bioética y seguridad de la Universidad de Concepción (Anexo 7), y comité ético científico del Servicio de Salud de Antofagasta (Anexo 8). Posterior a la aprobación de cada comité, el investigador responsable se puso en contacto con dirección de salud de Antofagasta, quienes se contactaron con cada uno de los CESFAM, y autorizaron la investigación.

Obtenida la autorización de los establecimientos se solicitó a cada director datos de contacto de los trabajadores de la salud para ofrecer la participación del estudio; a cada trabajador se le envió un link (una página web), donde pudieron acceder al consentimiento informado en formato virtual, tanto para la muestra (Anexo 9), como para la prueba piloto (Anexo 10), cada participante pudo aceptar o rechazar la participación del estudio; sólo aquellos que respondieron a la pregunta “¿Acepta el consentimiento informado?” con la opción “SI, acepto participar en este estudio”, se les habilitó el acceso al instrumento denominado “Instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida” (Anexo 11).

Dicho link es un software de administración de encuestas denominado “Google forms” el cual contuvo en formato digital el consentimiento informado y el instrumento de recolección de datos. Este método se utilizó también para realizar la prueba piloto, donde se evaluaron dudas, inconvenientes, problemas o cualquier elemento que hubiera dificultado o entorpecido el proceso de recolección de los datos, la cual se aplicó a 6 trabajadores, 2 trabajadores de cada CESFAM, los cuales fueron elegidos de manera aleatorizada. Ningún trabajador manifestó algún inconveniente con la plataforma o con el cuestionario, por lo tanto, los participantes de la prueba piloto formaron parte de la muestra general del estudio.

4.3.1 Instrumentos

El instrumento estuvo conformado por 61 preguntas en total, distribuidas en tres partes, cada parte del instrumento cuenta con un cuestionario, el primero de ellos denominado “cuestionario biosociodemográfico” elaborado por el investigador responsable, el cual consta de 15 preguntas; el segundo cuestionario se denomina “cuestionario suseso/istas21 versión breve”, el consta de 20 preguntas; el tercer y último cuestionario se denomina “cuestionario Whoqol-bref”, el cual consta de 26 preguntas. Es pertinente mencionar que en el transcurso de la investigación, no existieron inconvenientes con los instrumentos respondidos.

El cuestionario biosociodemográfico:

El cuestionario biosociodemográfico, fue elaborado por el investigador responsable, presenta en total 15 preguntas, agrupadas en 2 dimensiones: aspectos personales laborales y aspectos personales (Anexo 11).

El cuestionario SUSES0/ISTAS 21 versión breve:

El cuestionario SUSES0/ISTAS 21 versión breve es la versión chilena del Cuestionario COPSOQ-ISTAS21, que a su vez es la traducción y validación que realizó el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de Barcelona (ISTAS) del *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), desarrollado por el Instituto de Salud y Ambiente Laboral de Dinamarca; la versión breve, fue producto de una construcción a partir de las preguntas de mayor relevancia estadística de cada una de las subdimensiones del cuestionario completo, este ha sido utilizado como tamizaje o filtro inicial, permitiendo establecer una visión general de los riesgos psicosociales, por ello que es recomendable complementar con la versión completa en aquellos resultados con riesgos elevados (76).

El cuestionario ha demostrado coeficientes elevados de fiabilidad y validez y han sido utilizados para la identificación de factores psicosociales de riesgo en diversas organizaciones (77). Actualmente, son variados los países que lo han validado y adaptado, como en: Australia (78), Canadá (79), China (80), Dinamarca (81), Francia (82), Alemania (83), Irán (84), Malasia (85), Polonia (86), Portugal (87), España (88), Suecia (89), Turquía (90), Italia (91), Tailandia (92), Serbia (93) y en Chile (94), donde el COPSOQ, en su versión española ISTAS 21, fue adaptado, validado y estandarizado en una muestra de 1557 personas representativa de la población trabajadora chilena, obtuvo un alfa de Cronbach mayor que el nivel convencional de 0.7, y la mitad obtuvo un alfa mayor a 0.8, señalando su buena consistencia interna,

por otro lado, en el análisis test-retest todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas, lo que muestra una alta estabilidad temporal.

El instrumento contiene 20 preguntas, agrupadas en 5 dominios: exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa, compensaciones y doble presencia (Anexo 11), cada dimensión presenta preguntas tipo Likert, donde cada pregunta contiene 5 opciones, con una puntuación de 0 a 4 puntos. Cuanto mayor sea el puntaje indica que existe un mayor riesgo en esa dimensión, vale decir, un nivel de exposición al riesgo menos favorable para los trabajadores de la salud, cuando el puntaje es menor es todo lo contrario; para determinar el nivel de riesgo en la organización, se debe establecer que parte de los trabajadores obtuvieron un puntaje de alto riesgo, y cuando dicho puntaje está presente en el 50% de los trabajadores se considera que la dimensión está en riesgo. Se puede categorizar el nivel del riesgo global como:

- a. Sin riesgo: donde la medición arroja que todas las dimensiones están dentro de riesgo bajo.
- b. Riesgo medio: donde la medición arroja la existencia de riesgo moderado o medio.
- c. Riesgo alto: se pueden presentar tres subniveles, en caso de que existan 1 o 2 dimensiones en riesgo algo se considera “Riesgo Alto/Nivel 1”; en caso de que existan 3 dimensiones en riesgo alto, se considera “Riesgo Alto/Nivel 2”; en caso de que existan 4 o 5 dimensiones en riesgo alto, se considera “Riesgo Alto/Nivel 3”.

El instrumento fue autorizado para su uso en la presente investigación (Anexo 12).

Cuestionario WHOQoL-Bref:

A partir de la década de 1990-1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó un cuestionario de evaluación de calidad de vida el “WHOQoL-100”, los análisis de la prueba piloto permitieron reducir el número de ítems a 26, creando el “WHOQoL-Bref” (95). Actualmente son variados los países que lo han validado y adaptado, como en: Corea (96), Brasil (97), Italia (98), Francia (99), Polonia (100), Emiratos (101), India (102), Malasia (103), Filipinas (104), México (105), y en Chile (106), donde el cuestionario tuvo una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,88 para la escala total y un rango de 0,70 a 0,79 en cada una de las dimensiones.

El instrumento contiene 26 preguntas, agrupadas en 4 dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente (Anexo 11), el cual fue autorizado para su uso en la presente investigación (Anexo 13). En cuanto al puntaje puntuaciones mayores indican mejor calidad de vida, las escalas de respuesta son de tipo Likert y el puntaje medio de los ítems dentro de cada dominio es utilizado para calcular el puntaje del dominio.

4.4 Procesamiento y Análisis de los Datos

Posterior a la etapa de recolección de los datos, se descargaron las respuestas de la plataforma de Google forms, almacenando la información en el software de Microsoft 365, Excel versión 2011, posterior a ello se analizaron los resultados en el software SPSS versión 25.0.

El análisis de los datos se desarrolló a través de la bioestadística, en dos partes, en primer lugar, se hizo uso de la bioestadística descriptiva con la finalidad de describir y sintetizar los datos, posteriormente, se utilizó la bioestadística analítica o inferencial para realizar análisis e inferencia de los datos.

Tabla 7. Análisis realizado de acuerdo con los objetivos

OBJETIVO	PLAN DE ANÁLISIS
Describir las características biosociodemográficas de los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Estadística descriptiva, a través de medidas de resumen (tendencia central y de dispersión) para las variables cuantitativas, y para las variables cualitativas a través de frecuencias absolutas y relativas.
Identificar los principales riesgos psicosociales laborales percibidos por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Para el riesgo psicosocial se tratará como variable cuantitativa y cualitativa, por lo que se utilizará medidas de resumen (medias o medianas, desviación estándar o rango intercuartílicos) y frecuencias absolutas y relativas, tanto global como por dimensión.
Identificar la calidad de vida percibida por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Para la calidad de vida se utilizarán medidas de resumen (medias o medianas, desviación estándar o rango intercuartílicos), tanto por las dos preguntas generales como por cada dimensión.
Establecer la relación entre riesgos psicosociales y calidad de vida en los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Para analizar la relación entre riesgo psicosocial y calidad de vida, se utilizará coeficiente de correlación (Pearson o Spearman, según distribución de las variables).
Relacionar las variables biosociodemográficas con la calidad de vida percibida por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Se compararán las medidas de tendencia central de la calidad de vida por cada variable biosociodemográfica.
Comparar los principales riesgos psicosociales percibidos por los profesionales de Enfermería con los principales riesgos psicosociales laborales percibidos por los demás miembros del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Se compararán las medidas de tendencia central de los riesgos psicosociales en cada uno de los estamentos.

Fuente: elaboración propia.

Los contrastes se considerarán significativos al 5%.

A continuación se expone el plan de análisis propuesto para las hipótesis, sin embargo, estas no fueron aplicadas, ya que se realizó una adaptación del nivel de alcance de la investigación, imposibilitando hacer contraste de hipótesis.

Tabla 8. Plan de análisis según hipótesis

HIPÓTESIS	PLAN DE ANÁLISIS
H1: Los riesgos psicosociales se relacionan negativamente con la calidad de vida de los trabajadores del equipo de salud en los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Para analizar la relación entre riesgo psicosocial y calidad de vida, se utilizará coeficiente de correlación (Pearson o Spearman, según distribución de las variables).
H2: Los profesionales de enfermería perciben promedios más altos de riesgos psicosociales laborales que el resto de los estamentos del equipo de salud de atención primaria, perteneciente a los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Se compararán las medidas de tendencia central de los riesgos psicosociales en cada uno de los estamentos. Se utilizará prueba ANOVA o Kruskal Wallis, según distribución.
H3: A mayor antigüedad en el puesto de trabajo, los trabajadores del equipo de salud de atención primaria perciben menos riesgos psicosociales laborales en los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Se utilizará correlación (Pearson o Spearman, según distribución de las variables).
H4: Las mujeres del equipo de salud de atención primaria perciben más riesgos psicosociales laborales que los hombres, en los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.	Se compararán las medidas de tendencia central de los riesgos psicosocial por sexo (prueba t student o Mann-Whitney, según distribución).

Fuente: elaboración propia.

Los contrastes se considerarán significativos al 5%.

4.5 Aspectos Éticos Involucrados:

En la elaboración de la presente investigación se consideraron las pautas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos propuesto por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) (107), normativa nacional (Ley 20.120) (108), y los requisitos éticos de Ezequiel Emanuel, analizándola desde el punto de vista de los 8 principios éticos (109): valor social, validez científica, selección justa de los participantes, balance riesgo-beneficio favorable, evaluación independiente, consentimiento informado, respeto por los participantes y asociación colaborativa. Cada uno se analizó (Anexo 14).



5. ADAPTACIÓN DEL ESTUDIO

Acontecimientos

El estudio cumplió con lo planificado en el plan de trabajo establecido (Anexo 15), sin embargo, el proceso de evaluación del comité de ética demoró más de lo presupuestado; el plazo contemplado era de 90 días aproximadamente, no obstante, el proceso demoró 166 días. Una vez que el proyecto fue aprobado por el CEC SSA (Anexo 8), cada director/a de los Centros de Salud Familiar remitieron al investigador responsable una carta de interés en la investigación (Anexo 18-20), de esta forma se inició la recolección de los datos.

Continuando con el proceso establecido previamente, se solicitó a cada director/a los medios de contacto de los trabajadores que formaban parte del estudio, de forma concomitante se solicitó a cada director informar a los trabajadores sobre la investigación, posterior a ello, el investigador responsable se puso en contacto con los trabajadores que serían parte de la prueba piloto.

Aquellos trabajadores que formaron parte de la prueba piloto no manifestaron presentar inconvenientes con el instrumento, la plataforma, o con alguna pregunta de mismo, no obstante, existió una escasa participación, atribuida a la vía de recolección de los datos (vía online), la cual fue sugerida por el Comité Ético Científico dado el contexto hostil por la pandemia por COVID-19.

Bajo esa premisa, el investigador responsable gestó tres estrategias para aumentar la participación e interés en los trabajadores: la primera estrategia fue generar un afiche informativo (Figura 4), el cuál proporcionaría información básica sobre la investigación, fue proporcionado a cada director de forma física para su divulgación en las instalaciones de cada CESFAM, y vía virtual para su divulgación a través de los medios informales que tuvieran con los trabajadores, por ejemplo grupo

informativo de WhatsApp; la segunda estrategia fue asistir de forma presencial a una reunión informativa llevada a cabo en cada establecimiento, la cual se desarrolló posterior a la jornada laboral, los trabajadores fueron citados y acompañados por dirección de cada establecimiento, a cada asistente, se proporcionó información de la investigación y se dio la instancia para responder dudas sobre la misma; finalmente la tercera estrategia fue una reunión con cada encargado de investigación, en compañía de cada jefe de sector de los respectivos CESFAM, en donde se dieron más detalles de la investigación.

Figura 4. Afiche informativo

RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

¿De qué se trata la investigación?
Es un estudio que pretende evaluar los niveles de riesgos laborales en los trabajadores de Atención Primaria, y a su vez analizar su impacto en la calidad de vida de los mismos, en contexto de la pandemia por COVID-19.

¿En qué consiste la participación?
El investigador responsable le enviará a su correo electrónico institucional un link de acceso a un instrumento de evaluación, en él, encontrará el consentimiento informado, el cual proporcionará mayor información de la investigación y usted podrá decidir si desea participar o no; dicho instrumento tomará de 15 a 20 minutos responderlo, para ello tendrá un plazo de una semana una vez enviado el link.

¿Quiénes pueden participar?
Cirujanos dentistas
Cirujanos con especialidad
Médicos
Médicos especialistas
Químicos farmacéuticos
Trabajadores sociales
Enfermeros
Fonoaudiólogos
Kinesiólogos
Matrones
Nutricionistas
Psicólogos
Tecnólogos médicos
Terapeutas ocupacionales
TENS
TENS ambulancia
TENS dental

INVESTIGACIÓN

Mg(c). Miguel Valencia Contrera
Investigador responsable
m.valencia@outlook.cl

Fuente: elaboración propia.

Posterior a la aplicación de las estrategias, se enviaron los correos con los respectivos links a cada trabajador, proceso que contemplaba un plazo de una semana una vez enviado el link para responder el instrumento; al evaluar la escasa participación, se decidió repetir el proceso tres veces, enviando un total de 744 correos electrónicos en total.

En dicho contexto, considerando una extensión de 166 días para la aprobación de los 3 Comités Ético Científico (Anexo 6-8); escasa participación de los trabajadores, pese a la incorporación de tres estrategias que promovían la información de la investigación, tres prorrogas en el periodo de respuesta de los instrumentos y considerando las recomendaciones del metodólogo, se decide culminar la investigación con los datos recaudados y realizar una adaptación metodológica.

Adecuación del estudio

Una vez finalizado el proceso de recolección de los datos, tras la incorporación de las estrategias mencionadas anteriormente, se incrementó el porcentaje de la tasa de respuesta, pasando de un 7% (sólo 17 respuestas), a un 31% (78 respuestas), no obstante, el patrón se mantuvo con una escasa participación de los trabajadores, en dicho contexto la investigación no puede realizar generalidades en la población, por ende, se decidió realizar una adecuación del nivel de alcance del estudio acogiendo las recomendaciones del metodólogo, quedando como un estudio descriptivo, en donde se mantendrá los objetivos propuestos, sin embargo, estos enfocados en la muestra trabajada. A continuación se exponen las adecuaciones realizadas (Tabla 9).

Tabla 9. Adecuaciones del estudio

Elemento	Investigación Original	Adecuaciones
Metodología	Estudio de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, de corte transversal y correlacional (72).	Estudio de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal (72).
Hipótesis	H1: Los riesgos psicosociales se relacionan negativamente con la calidad de vida de los trabajadores del equipo de salud en los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por	Las hipótesis fueron eliminadas debido al cambio del nivel de alcance del estudio.

COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

H2: Los profesionales de enfermería perciben promedios más altos de riesgos psicosociales laborales que el resto de los estamentos del equipo de salud de atención primaria, perteneciente a los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

H3: A mayor antigüedad en el puesto de trabajo, los trabajadores del equipo de salud de atención primaria perciben menos riesgos psicosociales laborales en los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

H4: Las mujeres del equipo de salud de atención primaria perciben más riesgos psicosociales laborales que los hombres, en los Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

Fuente: elaboración propia.

6. RESULTADOS

6.1 Análisis descriptivo de los datos

6.1.1 Variables personales

Tabla 10. Características personales de los trabajadores del equipo de la salud de los CESFAM evaluados

Variables personales	CESFAM 1	CESFAM 2	CESFAM 3	Total	
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	%
Sexo					
Hombre	0	4	7	11	14.10
Mujer	2	34	31	67	85.89
No binario	0	0	0	0	0
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Edad en años					
$\bar{X}= 34.5$ (D.E: 9.23; Rango:23-62)					
18-30 años	1	7	14	22	28.20
31-40 años	0	21	16	37	47.43
41-50 años	0	6	7	13	16.66
51-60 años	0	4	1	5	6.41
61-62 años	1	0	0	1	1.28
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Situación de pareja					
Con pareja	2	29	22	53	67.94
Sin pareja	0	9	16	25	32.05
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Hijos a su cuidado					
Si	1	24	17	42	53.84
No	1	14	21	36	46.15
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	

Número de hijos a su cuidado					
0	1	14	21	36	46.15
1	0	17	10	27	34.61
2	1	5	4	10	12.82
3	0	1	1	2	2.56
No especifica cantidad	0	1	2	3	3.84
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	

Familiares a su cuidado					
No	2	30	30	62	79.48
Si, la madre	0	3	2	5	6.41
Si, los padres	0	2	2	4	5.12
Si, un tío	0	0	1	1	1.28
Si, pero no especifica el familiar	0	2	3	5	6.41
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	

Nivel de estudios					
Técnico	0	11	12	23	29.48
Universitario	2	15	23	40	51.28
Postítulo	0	6	2	8	10.25
Postgrado	0	3	1	4	5.12
Postítulo y postgrado	0	3	0	3	3.84
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	

Enfermedad diagnosticada					
No	1	20	24	45	57.69
Si, hipotiroidismo	1	1	3	5	6.41
Si, resistencia a la insulina	0	4	3	7	8.97

Si, hipertensión arterial	0	3	1	4	5.12
Si, otras	0	10	7	17	21.79
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	

Fuente: elaboración propia. f= frecuencia absoluta

La Tabla 10 permite observar el perfil de las variables personales en los trabajadores del equipo de la salud de los CESFAM evaluados. En relación con la variable sexo, se observa que la gran mayoría de los trabajadores evaluados corresponden a mujeres, en un 86% aproximadamente. Con respecto a la edad de los trabajadores partícipes del presente estudio, se evidenció un predominio en el rango entre los 31 y 40 años, correspondiente al 47% de la muestra.

Referente a la variable situación de pareja, la mayoría de los participantes en un 68% aproximadamente manifiesta estar con pareja, sumado a lo anterior, el 54% aproximadamente manifestó tener al menos un hijo a su cuidado, el 35% refirió tener uno bajo su cuidado, el 13% dos hijos y el 3% tres hijos. Siguiendo con el cuidado de familiares, el 21% de los trabajadores evaluados refirió tener el cuidado de otros familiares, tales como: la madre en un 6%, los padres en un 5% y un tío en 1%.

En cuanto a la variable nivel de estudio, se evidenció que un 51% de la muestra presenta estudios universitarios, seguido de un 29% de estudios técnicos, 10% presenta postítulos, 5% postgrados, y un 4% postítulos y postgrados.

Finalmente, en referente a la variable enfermedad diagnosticada, se evidenció un 58% de trabajadores que manifestaron no presentar una patología diagnosticada, por otro lado, aquellos que si refirieron presentar alguna enfermedad, las principales descritas fueron: resistencia a la insulina con un 9%, seguido de hipotiroidismo con un 6%, HTA con un 5%, y otras con un 22%.

6.1.2 Variables laborales

Tabla 11. Características laborales de los trabajadores del equipo de la salud de los CESFAM evaluados

Variables laborales	CESFAM 1	CESFAM 2	CESFAM 3	Total	
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	%
Estamento					
TENS	0	10	13	23	29.48
TENS dental	0	2	0	2	2.56
Tecnólogo médico	0	0	1	1	1.28
Psicólogo(a)	0	2	0	2	2.56
Nutricionista	0	1	4	5	6.41
Matrón(a)	0	4	1	5	6.41
Kinesiólogo(a)	0	4	4	8	10.25
Fonoaudiólogo(a)	0	0	1	1	1.28
Enfermero(a)	2	4	7	13	16.66
Asistente social	0	3	2	5	6.41
Químico farmacéutico	0	1	0	1	1.28
Médico(a)	0	4	5	9	11.53
Cirujano dentista	0	3	0	3	3.84
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Antigüedad en el puesto de trabajo					
Menos de 6 meses	0	3	10	13	16.66
6 meses a 1 año	0	2	5	7	8.97
1 año un día a 3 años	1	5	7	13	16.66
Mayor o igual a 3 años un día	1	28	16	45	57.69
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	

Antigüedad trabajando					
Menos de 6 meses	0	0	2	2	2.56
6 meses a 1 año	0	1	3	4	5.12
1 año un día a 3 años	0	4	7	11	14.10
Mayor o igual a 3 años un día	2	33	26	61	78.20
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Unidad o servicio					
Atención directa con pacientes	2	28	34	64	82.05
Actividad administrativa, bodega u otra	0	10	4	14	17.94
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Tipo de contrato					
Honorario	0	5	13	18	23.07
Reemplazante	0	3	4	7	8.97
Plazo fijo	1	10	6	17	21.79
Indefinido	1	20	15	36	46.15
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Tipo de turno					
Diurno	2	38	37	77	98.71
Cuarto turno	0	0	0	0	0
24 hrs	0	0	0	0	0
44 hrs semanales	0	0	1	1	1.28
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Trabaja en otra institución					
No	2	35	32	69	88.46

Si	0	3	6	9	11.53
	<i>n</i> =2	<i>n</i> =38	<i>n</i> =38	<i>n</i> =78	

Fuente: elaboración propia. f= frecuencia absoluta

En cuanto a la variable “estamento”, se destaca la participación de 3 estamentos más numerosos, correspondiente a los TENS con un 29%, seguido de enfermería con 17%, y en tercer lugar el estamento médico con un 12%.

En relación a la variable “antigüedad en el puesto de trabajo”, en su mayoría, un 58% de los trabajadores refieren presentar 3 años 1 día o más en su actual puesto, en segundo lugar un 17% refiere presentar 1 año un día a 3 años en su actual puesto, mismo porcentaje que aquellos que refieren presentar menos de 6 meses; finalmente un 9% manifiesta presentar una antigüedad de 6 meses a 1 año en su puesto de trabajo. Por otra parte, referente a la variable antigüedad trabajando, la gran mayoría de la muestra concentrada en un 78% refiere presentar un tiempo mayor o igual a 3 años y un día trabajando.

Con respecto a la variable “unidad o servicio donde se desarrolla laboralmente el trabajador”, un 82% de la muestra desarrolla actividades laborales con atención directa de pacientes, y el 18% restante desarrolla actividades administrativas, en bodega u otra actividad que no conlleva contacto directo con pacientes.

Referente a la variable “tipo de contrato”, el 46% de los trabajadores refirió presentar un contrato indefinido, seguido de un 23% quienes manifestaron presentar una relación contractual de tipo honorario, luego un 22% refiere presentar un contrato de tipo plazo fijo y finalmente el 9% se encuentra con un tipo de contrato asociado a un reemplazo.

En cuanto al “tipo de turno”, un 99% de la muestra manifestó presentar un turno de tipo diurno, el 1% restante refirió realizar jornadas parciales correspondientes a 44 hrs semanales. Por otra parte, referente a la variable “trabaja en otra institución”, un 88% de la muestra refirió no tener otro trabajo.

6.1.3 Variable riesgo psicosocial

Previo al análisis de los datos se realizó una prueba estadística de fiabilidad “Alfa de Cronbach” en los resultados obtenidos, el cual resulto ser de 0.764, valor que se condice con los resultados del estudio en el que se validó el cuestionario en Chile (94), donde se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.7. Lo que se interpreta como buena consistencia interna del instrumento.

Tabla 12. Nivel de percepción de riesgos psicosociales de los trabajadores del equipo de la salud de los CESFAM evaluados

Riesgos psicosociales	CESFAM 1	CESFAM 2	CESFAM 3	Total	
por dimensiones	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	%
Exigencias psicológicas	$\bar{X}= 10.85$ (D.E: 3.49; Rango: 3-17)				
Bajo (0-8)	0	9	13	22	28.20
Medio (9-11)	0	10	8	18	23.07
Alto (12-20)	2	19	17	38	48.71
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Trabajo activo y desarrollo de habilidades	$\bar{X}= 6.47$ (D.E: 3.16; Rango: 0-15)				
Bajo (0-5)	1	16	18	35	44.87
Medio (6-8)	1	10	10	21	26.92
Alto (9-20)	0	12	10	22	28.20
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Apoyo social en la empresa	$\bar{X}= 5.25$ (D.E: 3.43; Rango: 0-14)				

Bajo (0-3)	0	12	17	29	37.17
Medio (4-6)	1	8	13	22	28.20
Alto (7-20)	1	18	8	27	34.61
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Compensaciones	$\bar{X}= 5.03$ (D.E: 2.55; Rango: 0-11)				
Bajo (0-2)	0	6	7	13	16.66
Medio (3-5)	0	10	20	30	38.46
Alto (6-12)	2	22	11	35	44.97
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	
Doble presencia	$\bar{X}= 3.67$ (D.E: 2.14; Rango: 0-8)				
Bajo (0-1)	0	9	5	14	17.94
Medio (2-3)	1	7	14	22	28.20
Alto (4-8)	1	22	19	42	53.84
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	

Fuente: elaboración propia. f= frecuencia absoluta

La Tabla 12 permite evidenciar el nivel de percepción de riesgos psicosociales de los trabajadores del equipo de salud de los CESFAM evaluados, proporcionando información detallada según dimensiones; se destaca la presencia de un riesgo elevado de manera global, puesto que en el análisis total de la muestra, una dimensión (doble presencia) presenta valores mayor o igual al 50% en la categoría alto riesgo, siendo este clasificado como Riesgo alto/Nivel 1. En cuanto al análisis por CESFAM, los trabajadores evaluados del CESFAM 1, presenta el nivel de riesgo más elevado, siendo clasificado como Riesgo alto/Nivel 3, ya que existen 4 o 5 dimensiones con un riesgo alto, en este caso las dimensiones alteradas son “exigencias psicológicas”, “apoyo social en la empresa”, “compensaciones” y “doble presencia”; en los trabajadores evaluados pertenecientes al CESFAM 2, presentan una clasificación de “Riesgo alto/Nivel 2” con tres dimensiones elevadas; y finalmente, los trabajadores evaluados que pertenecen al CESFAM 3 presentan una dimensión elevada, por consiguiente es clasificado como Riesgo Alto/Nivel 1.

En cuanto a la dimensión “exigencias psicológicas en el trabajo”, en el presente estudio, se evidenció que el 49% de los trabajadores evaluados presentan riesgos altos; referente a la dimensión “trabajo activo y desarrollo de habilidades”, una excelsa cantidad de trabajadores manifestó presentar bajos riesgos, correspondiendo a un 45%.

Con respecto a la dimensión “apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo”, en la presente investigación se destaca como la dimensión con menos riesgos, puesto que solo un 35% de los trabajadores evaluados refiere presentar riesgos altos.

En cuanto a la dimensión “compensaciones”, en el presente estudio un 45% manifiesta presentar riesgos elevados, siendo este un porcentaje mayoritario en la dimensión. Finalmente, referente a la dimensión “doble presencia”, en la presente investigación corresponde a la dimensión con mayor riesgo reportado, con un 54% de los trabajadores que manifestaron presentar un riesgo alto.

6.1.4 Variable calidad de vida

Previo al análisis de los datos se realizó una prueba estadística de fiabilidad “Alfa de Cronbach” en los resultados obtenidos, el cual resulto ser de 0.846, valor que se condice con los resultados del estudio en el que se validó el cuestionario en Chile (106), donde se obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.88. Lo que se interpreta como buena consistencia interna del instrumento.

Tabla 13. Calidad de vida y grado de satisfacción con su salud en los trabajadores del equipo de la salud de los CESFAM evaluados

Calidad de vida general	N	Media	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Nivel de calidad de vida general	78	3.7	4	0.726	2	5
Satisfacción con el estado de salud	78	3.371	3	0.913	1	5

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 13 permite evidenciar el nivel de la calidad de vida general y el grado de satisfacción con el estado de salud de los trabajadores del equipo de salud de los CESFAM evaluados, ello obtenido a través de la primera y segunda pregunta correspondiente al cuestionario Whoqol-bref (Anexo 11) de la OMS.

En cuanto al nivel de calidad de vida general, se obtuvo una media de 3.69, con una desviación estándar de 0.72; por otra parte, con relación al grado de satisfacción con el estado de salud, se obtuvo una media de 3.37, con una desviación estándar de 0.91. Dichos valores indican que tanto el nivel de calidad de vida, como la satisfacción con el estado de salud se mantiene en una puntuación media, clasificada como “normal”.

Tabla 14. Nivel de Calidad de vida general Whoqol Bref

	CESFAM 1	CESFAM 2	CESFAM 3	TOTAL	
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	%
Muy mal	0	0	0	0	0
Mal	1	1	0	2	2.56
Aceptable	0	14	16	30	38.46

Bastante bien	0	17	19	36	46.15
Muy bien	1	6	3	10	12.82
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 14 proporciona información en detalle sobre la calidad de vida general referida por los trabajadores, a través de la primera pregunta del cuestionario Whoqol-bref (Anexo 11) de la OMS; en donde se destaca que la mayor parte de los participantes en un 46.15% manifestó presentar un nivel de calidad de vida como “bastante bien”, seguido de un 38.46% quienes la clasificaron como “aceptable”, por otro lado, con valores más minoritarios un 12.82% la clasificó como “muy bien” y finalmente un 2.56% como “mal”.

Tabla 15. Satisfacción con el estado de salud Whoqol Bref

	CESFAM 1	CESFAM 2	CESFAM 3	TOTAL	
	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Muy insatisfecho/a	0	0	1	1	1.28
Insatisfecho/a	0	7	5	12	15.38
Aceptable	1	13	16	30	38.46
Satisfecho/a	0	14	13	27	34.61
Bastante satisfecho/a	1	4	3	8	10.25
	<i>n=2</i>	<i>n=38</i>	<i>n=38</i>	<i>n=78</i>	

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 15 proporciona información en detalle sobre la satisfacción con el estado de salud referida por los trabajadores, a través de la segunda pregunta del

cuestionario Whoqol-bref (Anexo 11) de la OMS; en donde se destaca que la mayor parte de los participantes en un 38.46% refirió clasificarla como “aceptable”, seguida de un 34.61% quienes la clasificaron como “satisfecho/a”, en tercer lugar un 15.38% refirió clasificarla como “insatisfecho/a”, por otro lado, con valores más minoritarios un 10.25% la clasificó como “bastante satisfecho/a”, finalmente un 1.28% la clasificó como “muy insatisfecho/a”.

Tabla 16. Resultados de los Dominios del cuestionario Whoqol-Bref

Dominios	N	Media	Mediana	Desviación	Mínimo	Máximo
Whoqol Bref				estándar		
CESFAM 1						
Salud Física	2	81.42	81.42	10.10	74.28	88.57
Salud Psicológica	2	70	70	18.85	56.66	83.33
Relaciones sociales	2	73.33	73.33	37.71	46.66	100
Ambiente	2	78.75	78.75	22.98	62.5	95
CESFAM 2						
Salud Física	38	74.06	77.14	11.92	51.42	97.14
Salud Psicológica	38	74.73	73.33	14.55	46.66	100
Relaciones sociales	38	77.19	80	17.23	26.66	100
Ambiente	38	74.47	77.5	11.19	45	90
CESFAM 3						
Salud Física	38	74.51	75.71	11.10	45.71	97.14
Salud Psicológica	38	72.71	73.33	11.67	46.66	93.33
Relaciones sociales	38	72.80	76.66	17.28	20	100

Ambiente	38	75.13	77.5	10.63	52.5	92.5
TOTAL						
Salud Física	78	74.46	77.14	11.41	45.71	97.14
Salud Psicológica	78	73.63	73.33	13.16	46.66	100
Relaciones sociales	78	74.95	80	17.59	20	100
Ambiente	78	74.90	77.5	11.04	45	95

Fuente: elaboración propia.

La Tabla 16 proporciona información en detalle sobre los resultados de cada dominio del cuestionario Whoqol-bref (Anexo 11) de la OMS; del total de la muestra trabajada, se destaca valores muy similares, con un leve predominio de la dimensión “relaciones sociales”, la cual fue mejor percibida por los trabajadores, presentando una media de 74.95 (en una escala de 0-100), con una desviación estándar de 17.59; por otra parte, la puntuación más baja obtenida corresponde al dominio “salud psicológica”, con una media de 73.63, cuya desviación estándar fue de 13.16.

6.2 Análisis correlacional de los datos

6.2.1 Relaciones entre las dimensiones de riesgos psicosociales y calidad de vida

Con la finalidad de determinar si existe relación entre cada dimensión de la variable Riesgos Psicosociales y cada dimensión de la variable Calidad de Vida, se aplicó el coeficiente de correlación de “Pearson” (Tabla 17).

Tabla 17. Correlación entre Riesgos Psicosociales (SUSESO-ISTAS 21) y Calidad de Vida (Whoqol-Bref)

		Dimensiones SUSESO-ISTAS 21				
		Exigencias psicológicas	Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Apoyo social y calidad del liderazgo	Compensaciones	Doble presencia
	Nivel de calidad de vida general	-0,033	-0,184	-0,103	-0,113	-,297
	Satisfacción con el estado de salud	-0,097	-0,152	-0,139	-0,140	-,316
Dimensiones Whoqol-Bref	Salud Física	-,254	-,253	-,290	-0,162	-,444
	Salud Psicológica	-0,057	-,285	-0,166	-,229	-,226
	Relaciones sociales	0,039	-,207	-0,040	-0,073	-0,137
	Ambiente	-0,068	-0,159	-0,199	-,279	-,411

*Fuente: elaboración propia. *Los valores destacados corresponden a los más elevados en cada columna.*

La Tabla 17 proporciona información detallada sobre la relación lineal existente entre las dimensiones del cuestionario SUSESO-ISTAS21 y el cuestionario Whoqol-Bref, pues se evidenció una relación negativa más fuerte entre la dimensión “doble presencia” de los riesgos psicosociales, con la calidad de vida general, satisfacción con el estado de salud, con la dimensión “salud física”, “salud psicológica” y “ambiente” del cuestionario Whoqol-Bref; lo que significa que a mayor riesgos asociados a la “doble presencia”, menor es la calidad de vida de los trabajadores evaluados, siendo la relación más fuerte en la dimensión física de la calidad de vida.

Se evidenció una relación negativa de -0.279 en la dimensión ambiente de la calidad de vida con la dimensión compensaciones. Así mismo, se evidenció una relación negativa de -0.254 entre la dimensión exigencias psicológicas y la dimensión

salud física de la calidad de vida.

Por otro lado, en cuanto a la dimensión “trabajo activo y desarrollo de habilidades” y “apoyo social y calidad del liderazgo”, se relacionaron de forma negativa con la dimensión “salud física” de la calidad de vida, con valores de -0.253 y -0.290 respectivamente; sumado a lo anterior, se destacan valores de -0.285 en la dimensión salud psicológica y -0.207 en la dimensión relaciones sociales, asociado a la dimensión “trabajo activo y desarrollo de habilidades”.

6.2.2 Relaciones entre los riesgos psicosociales y los diferentes estamentos

Tabla 18. Percepción de riesgos psicosociales altos según estamento

Estamento	Exigencias psicológicas		Trabajo activo y desarrollo de habilidades		Apoyo social y calidad del liderazgo		Compensaciones		Doble presencia	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Enfermero(a)	8	21	3	14	5	19	6	17	6	14
Kinesiólogo(a)	6	16	1	5	3	11	4	11	5	12
TENS	6	16	5	23	4	15	9	26	15	36
Asistente social	4	11	2	9	3	11	2	6	4	10
Matrón(a)	4	11	3	14	4	15	4	11	5	12
Cirujano dentista	3	8	1	5	3	11	1	3	0	0
Médico(a)	2	5	4	18	4	15	3	9	4	10
Nutricionista	2	5	0	0	0	0	1	3	1	2
Fonoaudiólogo(a)	1	3	0	0	0	0	1	3	0	0
Psicólogo(a)	1	3	0	0	1	4	2	6	1	2
Tecnólogo médico	1	3	1	5	0	0	1	3	0	0
Químico farmacéutico	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2
TENS dental	0	0	2	9	0	0	0	0	0	0
TOTAL	38	100	22	100	27	100	35	100	42	100

Fuente: elaboración propia. * Los valores destacados corresponden a los más elevados en cada columna.

En la Tabla 18 se visualiza la distribución de la percepción de los riesgos psicosociales altos según estamento; en cuanto a la dimensión “exigencias psicológicas”, se evidencia que el estamento con la mayor percepción de niveles elevados en dicha dimensión es el estamento de enfermería, con un 21%, seguido del estamento de kinesiología y TENS con un 16%. Con respecto a la dimensión “trabajo activo y desarrollo de habilidades”, el estamento que percibe mayores riesgos elevados son los TENS con un 23%, seguido del estamento médico con un 18% y en tercer lugar el estamento de enfermería y matronería con un 14%.

En lo referente a la dimensión “apoyo social y calidad del liderazgo”, el estamento que percibe mayores riesgos elevados son enfermería con un 19%, seguido del estamento médico, de matronería y TENS, con un 15%; por otro lado, en la dimensión “compensaciones”, los estamentos con mayores riesgos elevados percibidos son los TENS con un 26%, seguido del estamento de kinesiología y matronería con un 11%. Finalmente, en la dimensión “doble presencia”, el estamento con mayores riesgos elevados percibidos son los TENS con un 36%, seguido de enfermería con un 14%, y en tercer lugar kinesiología y motronería con un 12%.

6.2.3 Relaciones entre calidad de vida y variables biosociodemográficas

Tabla 19. Dimensiones de la calidad de vida y variables biosociodemográficas

Variables		Dimensiones calidad de vida									
		Salud física			Salud psicológica		Relaciones sociales		Ambiente		
		N	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	
Sexo	Hombre	11	73.50	9.82	72.12	14.85	75.15	23.86	78.18	10.95	
	Mujer	67	74.62	11.71	73.88	12.96	74.92	16.57	74.36	11.04	
Edad en años	18-30	22	75.32	8.61	70.15	12.70	71.51	15.82	75.45	10.07	
	31-40	37	75.75	11.22	75.94	12.25	79.09	16.26	76.14	9.92	
	41-50	13	70.32	14.87	71.53	15.73	66.66	21.60	69.61	15.06	
	51-60	5	72	15.43	80.66	11.40	86.66	6.66	79.5	8.73	

	61-62	1	74.28	-	56.66	-	46.66	-	62.5	-
Situación de pareja	Con pareja	53	74.12	10.82	72.89	13.30	76.98	17.42	74.38	11.26
	Sin pareja	25	75.2	12.77	75.2	12.98	70.66	17.53	76	10.70
Hijos a su cuidado	Si	42	73.19	11.12	74.60	13.43	75.07	20.03	73.69	11.62
	No	36	75.95	11.71	72.5	12.93	74.81	14.52	76.31	10.30
Familiares a su cuidado	Si	16	65.35	12.72	67.08	11.72	70.83	22.02	67.03	13.48
	No	62	76.82	9.85	75.32	13.06	76.02	16.30	76.93	9.42
Nivel de estudios	Técnico	23	75.03	9.48	73.76	11.29	71.88	16.69	72.17	9.24
	Universitario	40	75.64	11.96	73.41	14.11	75.83	17.05	75.62	11.74
	Postítulo	8	68.57	11.42	69.58	12.40	69.16	22.51	75.62	13
	Postgrado	4	76.42	15.18	82.5	14.75	91.66	9.99	81.25	9.68
	Postítulo y Postgrado	3	67.61	13.50	74.44	17.10	80	20	75.83	12.33
Enfermedad diagnosticada	No	45	77.84	10.08	75.03	13.26	78.07	16.30	77.38	9.98
	Si, HT	5	83.42	8.89	78.66	15.74	69.33	14.60	75.5	13.15
	Si, RI	5	74.85	10.18	67.33	9.24	78.66	8.69	73.5	9.45
	Si, HTA	4	72.85	4.94	81.66	11.38	80	16.32	76.25	6.61
	Si, otras	19	64.36	10.22	68.94	12.42	67.01	21.36	68.94	12.59

Fuente: elaboración propia. D.E.: Desviación estándar; HT: hipotiroidismo; RI: resistencia a la insulina; HTA: hipertensión arterial.

La Tabla 19 proporciona información detallada sobre las dimensiones de la calidad de vida y las variables biosociodemográficas. En cuanto a la variable “sexo”, se destaca medias similares en cada dimensión de la calidad de vida, variando solo por un punto, no obstante, se puede apreciar la mayor diferencia en la dimensión “ambiente”, con una media de 78 para los trabajadores hombres y 74 para las mujeres, lo que indica que de la muestra evaluada los trabajadores de sexo masculino manifiestan presentar mejor calidad de vida en dicha dimensión.

En lo referente a la variable “edad en años”, se destaca que del rango etario de 18 a 30 años, la dimensión con mayor puntaje fue “ambiente” con una media de 75.4 y aquella con menor puntaje es la dimensión “salud psicológica” con una media de 70.1; el rango etario de 31 a 40 años destaca la dimensión “relaciones sociales” como la dimensión con mayor puntaje, con una media de 79 puntos, y la dimensión “salud física” como la peor evaluada con una media de 75.7 puntos; el rango etario de 41 a 50 años presenta mayor puntaje en la dimensión “salud psicológica” con una media de 71.5, por otro lado la dimensión con menor puntaje fue “relaciones sociales” con una media de 66.6 puntos; el grupo etario de 51 a 60 años presenta la dimensión “relaciones sociales” como aquella con mayor puntaje, con una media de 86.6 puntos, y la dimensión “salud física” como la peor evaluada con una media de 72 puntos. Finalmente, el rango etario entre 61 y 62 años, se destaca solo un trabajador en esta categoría, el cual presenta la dimensión “salud física” como aquella mejor evaluada con una media de 74.2 puntos, y la dimensión “relaciones sociales” como la peor evaluada con una media de 46.6 puntos.

En cuanto a la variable “situación de pareja”, se evidencia valores muy similares en cada dimensión, con diferencias desde 1 a 3 puntos, no obstante, la dimensión “relaciones sociales”, presenta 6 puntos de diferencia, por un lado aquellos trabajadores que manifestaron no presentar pareja presentaron una media de 70.6, mientras que aquellos que si refirieron presentar pareja obtuvieron una media de 76.9.

Por otro lado, en la variable “hijos a su cuidado”, no se identificaron valores disímiles, observando una fluctuación entre 1 a 3 puntos; Sin embargo, en la variable “familiares a su cuidado”, se destaca una diferencia de a lo menos 6 puntos en todas las dimensiones, evidenciando una diferencia mayor en la dimensión “salud física”, ya que aquellos trabajadores que manifestaron presentar familiares a su cuidado tuvieron una media de 65 puntos, mientras que aquellos que no presentaban familiares a su cuidado una media de 76.8, vale decir, que aquellos que refirieron presentar familiares a su cuidado obtuvieron una menor calidad de vida.

En relación con la variable “nivel de estudios”, se evidencia que aquellos trabajadores que refirieron presentar postítulos fueron los que obtuvieron menor calidad de vida; en la dimensión “salud física” presentaron una media de 68.5, en la dimensión “salud psicológica” una media de 69.5, en la dimensión “relaciones sociales” una media de 69.1, y finalmente en la dimensión “ambiente” una media de 75.6.

En lo referente a la variable “enfermedad diagnosticada”, se evidencia que aquellos que se encuentran en la categoría “si, otras”, vale decir, aquellos trabajadores que manifestaron presentar patologías que no corresponden a hipertensión arterial, hipotiroidismo, ni a resistencia a la insulina, presentan menos calidad de vida; en la dimensión “salud física” obtuvieron una media de 64.3, en la dimensión “salud psicológica” una media de 68.9, en la dimensión “relaciones sociales” una media de 67.0, y finalmente en la dimensión “ambiente” una media de 68.9.



7. DISCUSIÓN

El presente estudio analizó la relación de los riesgos psicosociales con la calidad de vida de los trabajadores de Atención Primaria de la Salud, en contexto de la pandemia por COVID-19, los hallazgos identificados serán analizados y contrastados con el estado del arte disponible.

En cuanto a las características biosociodemográficas de la muestra trabajada, la mayoría correspondió a mujeres en un 86% aproximadamente, resultados son concordantes con el patrón evidenciado en un estudio enfocado en 9 centros de salud familiar de la zona central de Chile (110), en tres centros de salud de la zona sur de Chile (111), así como también en el reporte nacional del año 2017 de Chile (112), sobre todos los profesionales y técnicos de salud inscritos en el registro nacional de prestadores individuales de la superintendencia de salud; a nivel internacional se evidencia el mismo patrón, en 34 unidades de atención primaria de la salud de Brasil (113) y en 30 centros de la provincia de Málaga en España (114).

Con respecto a la edad de los trabajadores partícipes del presente estudio, se evidenció un predominio en el rango entre los 31 y 40 años, correspondiente al 47% de la muestra, situación análoga a lo expuesto en un estudio enfocado en la zona central de Chile (110).

Referente a la variable “situación de pareja”, la mayoría de los participantes en un 68% aproximadamente, manifiesta estar con pareja; se ha descrito que en aquellos casos donde los trabajadores presentan pareja y cuentan con su apoyo, se presenta menor nivel de conflicto familia-trabajo (115). Por otro lado, cuando existen hijos, se ha señalado este como un agente generador de conflicto familia-trabajo (116), cuya aparente etiología radica en la tensión experimentada debido a la falta de tiempo y energía, ocupados fundamentalmente, por las mujeres como cuidadoras; en la muestra evaluada el 54% aproximadamente manifestó tener al menos un hijo a su cuidado, el 35% refirió tener uno bajo su cuidado, el 13% dos hijos y el 3% tres hijos.

Sin perjuicio de lo señalado, dicha tensión generada asociada al cuidado de hijos puede verse replicada o maximizada al presentar el cuidado de otros familiares, bajo esa premisa, el 21% de los trabajadores evaluados refirió tener el cuidado de otros familiares. En cuanto a la variable nivel de estudio, se evidenció que la mayoría de los trabajadores presentan estudios universitarios, en un 51% de la muestra, proporción concordante según la dotación total expuesta en el plan comunal de Antofagasta (117), la que considera los 8 CESFAM existentes en la ciudad, donde el 50% aproximadamente corresponden a trabajadores universitarios.

En lo que respecta a la variable “enfermedad diagnosticada”, un 42% de la muestra refirió presentar una patología diagnosticada, las principales descritas fueron: resistencia a la insulina con un 9%, seguido de hipotiroidismo con un 6%, hipertensión arterial con un 5%, y otras con un 22%. Este patrón es concordante con las principales causas de muertes descritas en el país, donde en el 2019, se describieron las enfermedades cardiovasculares como la segunda causa de muerte a nivel nacional, seguido en el tercer lugar por la diabetes (118).

En cuanto a la variable “estamento”, se destaca el predominio de 3 estamentos: los Técnicos de Nivel Superior en Enfermería (TENS), enfermería y el estamento médico, patrón similar según la dotación total expuesta en el plan comunal de Antofagasta (117), en donde los tres estamentos más numerosos son: en primer lugar los TENS, seguido del estamento médico y en tercer lugar el estamento de enfermería.

Por otro lado, en lo referente a los riesgos psicosociales, se identificaron en la muestra evaluada niveles elevados clasificados como Riesgo alto/Nivel 1, en contexto de valores mayor o igual al 50% en la categoría alto riesgos en una dimensión del cuestionario SUSESO-ISTAS 21, resultados desalentadores, sin embargo, se condicen con la realidad expuesta por parte de la comunidad científica, en donde se ha descrito que el contexto de la pandemia por COVID-19, ha significado una carga psicosocial significativa para los trabajadores sanitarios, no obstante, son menguados los estudios que circunscriben la medición en la Atención Primaria de la Salud (119).

Por otro lado, existen estudios previos a la pandemia por COVID-19, que ya daban cuenta de un contexto hostil en Atención Primaria de la Salud, dado por un ambiente psicosocial más desfavorable que a nivel intrahospitalario (120), resultados concordantes con lo descrito en otro estudio (121), en donde se describe que los profesionales de enfermería de Atención Primaria, perciben estrés al desempeñar su trabajo, sumado a esto se describe una relación estadística entre estrés y condiciones ambientales de trabajo.

En cuanto a la dimensión “exigencias psicológicas en el trabajo”, esta corresponde en lo neurálgico de la medición, al concepto “demanda” del modelo demanda-control-apoyo social (58); en el presente estudio, se evidenció que el 49% de los trabajadores evaluados presentan riesgos altos, lo que significa que las exigencias son elevadas, o que el esfuerzo que realizan es alto, así como una cuantiosa exigencia emocional (36).

Referente a la dimensión “trabajo activo y desarrollo de habilidades”, lo medular del concepto corresponde a un trabajo donde el individuo puede desarrollarse como persona, por sobre todo a través de la autonomía y oportunidad de aprendizaje, vale decir está asociado al concepto de “control” del modelo demanda-control-apoyo social (58); en el presente estudio, una excelsa cantidad de trabajadores manifestó presentar bajos riesgos, correspondiendo a un 45%, lo que se traduce en que un porcentaje importante de la muestra presenta un alto control sobre sus tareas, o que estas son relevantes, y por lo mismo son copiosas las oportunidades de aprendizaje (36).

Con respecto a la dimensión “apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo”, representa esencialmente el liderazgo en el lugar de trabajo, el cual está íntimamente relacionado al concepto “apoyo social en la empresa” del modelo demanda-control-apoyo social (58); en la presente investigación se destaca esta dimensión con menos riesgos, puesto que solo un 35% refiere presentar altos riesgos, lo que indica que no existe un liderazgo inapropiado.

En cuanto a la dimensión “compensaciones”, esta se asocia al reconocimiento que recibe el trabajador por el esfuerzo que realiza, el que puede estar íntimamente relacionado con la dimensión “recompensas” del modelo desbalance esfuerzo-recompensa (59), sumado a lo anterior, mide la estabilidad del trabajo; en el presente estudio un 45% manifiesta presentar elevados riesgos, siendo este un porcentaje mayoritario en la dimensión, el cual se asocia a un escaso reconocimiento, sentido por parte de los trabajadores hacia su labor, o que su trabajo es inestable.

Referente a la dimensión “doble presencia”, esta hace referencia a las exigencias concomitantes de la esfera laboral y familiar del trabajador; en la presente investigación corresponde a la dimensión con mayor riesgo reportado, con un 54% de los trabajadores que manifestaron presentar un riesgo alto, lo que puede indicar que los trabajadores tienen exigencias incompatibles en los dos ámbitos, dichos resultados se condicen con lo expuesto por Castro-Méndez NP (111), en un estudio donde se midieron los riesgos psicosociales en tres centros de Atención Primaria, en dicho estudio se evidenció que en los tres centros la dimensión con más riesgos fue la “doble presencia”, no obstante, la investigación data del año 2018, periodo previo a la pandemia por COVID-19; se puede suponer que a raíz de la pandemia esta situación pudiera haber aumentado.

En cuanto al posible foco de origen del riesgo de la dimensión “doble presencia”, este se ha relacionado con jornadas extensas, horarios incompatibles con la vida personal o familiar, horarios rígidos y normas rígidas para permisos o vacaciones (36); un aspecto íntimamente relacionado con la realidad vivenciada en la Atención Primaria de la Salud, ya que el horario “diurno” que frecuentan los trabajadores, suelen ser horarios donde más se requieren de actividades domésticas, más aún en contexto de la actual muestra, donde la gran mayoría son mujeres, quienes históricamente han sido las responsables de ocuparse del trabajo reproductivo o también denominado trabajo “domestico” (122), si bien, se ha descrito un adelanto en el camino de la igualdad, también es cierto que en pleno siglo XXI aún se está lejos de aquella meta (123).

En cuanto al nivel de calidad de vida general y el grado de satisfacción con el estado de salud, se identificaron puntuaciones clasificadas como “normal”. Un estudio desarrollado en Brasil en el año 2007, en agentes comunitarios (124) demuestra un patrón similar en las respuestas asociadas a la calidad de vida general, evidenciando una media de 3.98 y una desviación estándar de 0.65, no obstante, en cuanto a la satisfacción con el estado de salud se describen valores mayores con una media de 4.28 y una desviación estándar de 0.72.

En lo referente a las dimensiones de la calidad de vida de los trabajadores evaluados, se destaca la dimensión “relaciones sociales” como la dimensión con mayores valores, dicha dimensión incluye la actividad sexual, relaciones personales y el apoyo social (125), este último concepto es considerado por el modelo de enfermería para el abordaje de factores psicosociales de Paula Ceballos-Vásquez (4,52,53), como un factor protector que en presencia concomitante de una percepción positiva del entorno laboral, puede dar a luz a un trabajo activo, de bajo estrés, alta recompensa, estima y una carga mental adecuada, favoreciendo de esta forma la salud de los trabajadores, lo que puede fundamentar el porqué de aquellas dimensiones con menos riesgos en la muestra. No obstante, la dimensión “salud psicológica” destaca la puntuación más baja dentro de los trabajadores evaluados.

Según lo expuesto en un estudio brasileño (126), se evidencia la misma dimensión “Relaciones sociales”, como la que presenta mayor puntaje, con una media de 75.8, no obstante, la dimensión con menor puntaje fue “medio ambiente” con 54.1, este último valor se condice con lo expuesto en otros estudios brasileños, con una media de 59.5 (124), y otro estudio una media de 58.0 (127). El patrón expuesto, de mayor compromiso en la dimensión “medio ambiente” en los estudios comparados (124,126,127), se ha descrito (128) que está asociado a la inseguridad de dichos trabajadores debido a la exposición a la violencia urbana, sin protección presente en varias regiones; por lo que es esperable que difieran con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Teles M *et al* (129), han descrito una asociación significativa entre el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la mala calidad de vida, tanto para la calidad de vida general como para los dominios físico, social y ambiental, concordante con los resultados del presente estudio, pues se evidenció una relación negativa de -0.279 en la dimensión ambiente de la calidad de vida con la dimensión compensaciones, ya que esta se asocia al reconocimiento que recibe el trabajador por el esfuerzo que realiza, el que puede estar íntimamente relacionado con la dimensión “recompensas” del modelo desbalance esfuerzo-recompensa (59).

Así mismo, se evidenció una relación negativa de -0.254 entre la dimensión exigencias psicológicas y la dimensión salud física de la calidad de vida, concordante con lo descrito por Asante J *et al* (69), donde el ambiente de trabajo resultó ser exigente y muy tenso, identificando un impacto en la calidad de vida en los trabajadores; es pertinente considerar que el actual estudio se enmarca en contexto de uno de los problemas de salud pública más importante en el siglo XXI, la pandemia por COVID-19 (15), donde ya se han reportado preocupantes experiencias, un estudio australiano (130), reportó que el 22% de las enfermeras encuestadas de atención primaria consideró la renuncia a sus actividades laborales, siendo la principal preocupación: el bienestar físico y la seguridad psicológica.

Por otro lado, destacan valores de -0.285 en la dimensión salud psicológica y -0.207 en la dimensión relaciones sociales, asociado a la dimensión “trabajo activo y desarrollo de habilidades”. Lo anteriormente descrito, es concordante con lo señalado por Bustamante M *et al* (110), quienes refieren que la recreación y familia, apoyo y reconocimiento institucional, seguridad, bienestar laboral y desarrollo e integración, inciden sobre la percepción de la calidad de vida.

Finalmente, Ante un escenario complejo y hostil, donde ha quedado en evidencia el impacto negativo de los riesgos psicosociales en la calidad de vida de los trabajadores, se gesta la necesidad de su abordaje, recientemente se ha publicado un

“modelo de intervención de riesgos psicosociales” (131), cuyo eje medular es constituido por el apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo, pues “las relaciones interpersonales con los compañeros y clientes o usuarios cobran una especial relevancia para nuestra identidad como personas y nuestro equilibrio físico y mental” (132).

Un elemento que reviste una especial importancia en el presente estudio, es la necesidad acuciosa de generar estudios en la Atención Primaria de la Salud, pues se está frente a un nivel de atención que ha demostrado ser el protagonista de las principales estrategias para combatir la batalla contra el COVID-19, no obstante, se percibe que aún es considerado “el hermano pequeño” del sistema de salud, una analogía que refleja a cabalidad la necesidad de su fortalecimiento, siendo explícito en un reciente informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), donde se destaca la importancia de invertir en el mejoramiento de la Atención Primaria (133), una necesidad referida por múltiples realidades tales como: Chile (134), Perú (135), Brasil (136), México (137), Cuba (138), Colombia (139), Costa Rica (140), El Salvador (141), Paraguay (142), o Bolivia (143), bajo esa premisa es que se hace el llamado a la concientización del valor de la Atención Primaria de Salud, un valor relegado en tiempos de pandemia. Se destaca, además, el equipo de salud que aquí labora y que asumió la estrategia de testeo-trazabilidad y aislamiento, como parte de sus tareas, sin sumar la de vacunación que, actualmente, refleja la eficiencia de la labor desempeñada por quienes se desenvuelven en este espacio.

8. CONCLUSIONES

El presente estudio atendió a los objetivos propuestos, concluyendo que en la muestra evaluada de 78 trabajadores de atención primaria de la salud, pertenecientes a tres Centros de Salud Familiar de la ciudad de Antofagasta, se evidenció una relación negativa o inversa: a mayor percepción de riesgos psicosociales, menor calidad de vida, resultados concordantes con el patrón expuesto por la escasa evidencia científica reportada a la fecha. Se destaca la dimensión de los riesgos psicosociales “doble presencia”, como la dimensión con la relación negativa más fuerte, relacionada con las dimensiones de la calidad de vida.

En cuanto a las características biosociodemográficas de la muestra evaluada, un 86% aproximadamente son mujeres, un 47% presentaba una edad dentro del rango de 31 a 40 años, un 68% aproximadamente presentaba pareja, un 54% contaba con al menos 1 hijo a su cuidado, un 79% no presentaba familiares a su cuidado, un 51% contaba con un nivel de estudios universitario, un 58% aproximadamente no presentaba patologías diagnosticadas, sin embargo, las que si presentaron, en su mayoría correspondieron a hipotiroidismo, resistencia a la insulina e hipertensión arterial.

En lo referente a los principales riesgos psicosociales percibidos, de manera global se identificó un riesgo elevado clasificado como Riesgo alto/Nivel 1, puesto que en el análisis total de la muestra, una dimensión (doble presencia) presenta valores mayor o igual al 50% en la categoría alto riesgo; el estamento de enfermería presentó los niveles de riesgos psicosociales más elevados en la dimensión “exigencias psicológicas” y “apoyo social y calidad del liderazgo”, mientras que el estamento de TENS presentó los valores más elevados en la dimensión “trabajo activo y desarrollo de habilidades”, “compensaciones” y “doble presencia”, siendo este último estamento el más afectado de la muestra evaluada.

Con respecto a la calidad de vida general percibida por trabajadores evaluados,

un 46% la percibe como “bastante bien”; en cuanto al análisis según las dimensiones, la dimensión “relaciones sociales” fue la mejor evaluada con una media de 74.95 puntos, mientras que la dimensión con menor puntaje fue la “salud psicológica” con una media de 73.6.

En cuanto a la relación entre las variables biosociodemográficas con la calidad de vida percibida, se destaca que aquellos trabajadores que no presentan parejas presentan una peor calidad de vida en la dimensión “relaciones sociales”; sumado a lo anterior, aquellos que manifestaron presentar familiares a su cuidado, en todas las dimensiones presentaron los puntajes más bajos, lo que quiere decir que existe una relación importante de dicha variable en la muestra evaluada. En lo referente a la variable “enfermedad diagnosticada”, se evidencia que aquellos que se encuentran en la categoría “sí, otras”, vale decir, aquellos trabajadores que manifestaron presentar patologías que no corresponden a hipertensión arterial, hipotiroidismo, ni a resistencia a la insulina, presentan menos calidad de vida.

El modelo de Paula Ceballos-Vásquez para el abordaje de los factores psicosociales, permitió fundamentar el fenómeno de estudio, prediciendo el comportamiento ante un contexto de percepción negativa del entorno laboral, sumado a un bajo apoyo social, el cual da a luz un trabajo multitarea, trabajo de alto estrés, trabajo pasivo, alta demanda, baja estima, alto esfuerzo y baja recompensa, ello tributando finalmente hacia una alteración de salud, que pueden ser físicas o psicológicas, lo que en la presente investigación se asoció a la calidad de vida.

Ante el escenario hostil identificado en el presente estudio, se hace perentorio que enfermería a nivel táctico y estratégico, promueva la salud de los trabajadores, cultive ambientes laborales saludables, favorezca las relaciones laborales y ejerza un correcto liderazgo como gestores del cuidado. Así como también, que visibilice la situación que perciben actualmente los trabajadores de la salud y que ha impactado fuertemente en su salud mental y física; ocasionando licencias médicas y muchos de

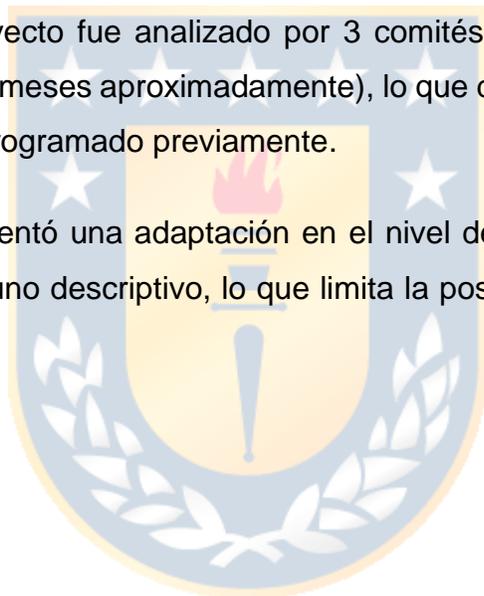
ellos decidiendo migrar de este espacio laboral a otras actividades profesionales. Se refuerza la necesaria visibilización de esta situación para mejorar las condiciones de trabajo, estabilidad laboral y remuneraciones, especialmente, a quienes están más bajo en la escala salarial.



9. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En el desarrollo del presente estudio se identificaron las siguientes limitaciones:

- ✓ La recolección de los datos realizada únicamente de manera virtual responde a las sugerencias establecidas por el Comité de Ética, lo que generó un impacto negativo en la participación de parte de los trabajadores; inclusive manifestado por los propios directores de los CESFAM evaluados.
- ✓ Debido a que el proyecto fue analizado por 3 comités de ética, se presentó un atraso de 166 días (6 meses aproximadamente), lo que dificultó cumplir con el plan de trabajo según lo programado previamente.
- ✓ La investigación presentó una adaptación en el nivel de alcance, pasando de un nivel correlacional a uno descriptivo, lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados.



10. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES QUE EMERGEN DEL PRESENTE ESTUDIO

- ✓ **Asociada a la modalidad de recolección de los datos:** se recomienda realizar la recolección de los datos de forma presencial; en el contexto de una pandemia, una buena estrategia sería organizar la muestra realizando grupos pequeños, respetando las medidas sanitarias establecidas.
- ✓ **Asociada a la evaluación del proyecto por parte del comité de ética:** se recomienda solicitar la evaluación solo por aquellos comités de ética acreditados, pues de esta forma se ahorrará más tiempo.
- ✓ **A la disciplina de Enfermería:** se insta a fortalecer el modelo recientemente propuesto por la Dra. Paula Ceballos-Vásquez titulado como “Modelo de Enfermería para el abordaje de Factores Psicosociales”, pues es pertinente tributar hacia el desarrollo del actual marco empírico asociado a los riesgos psicosociales, en sus diferentes contextos y relaciones, la actual investigación proporciona indicios de una relación causal probable entre la presencia de riesgos psicosociales elevados y un impacto en la calidad de vida.
- ✓ **Asociada a los Centros de Salud Familiar participantes:** se recomienda seguir los lineamientos proporcionados por la Superintendencia de Seguridad Social, quienes proponen un plazo máximo de 1 mes para el inicio de ejecución de medidas, posteriormente monitoreo y verificación de medidas, y finalmente el inicio de un proceso de reevaluación, el cual corresponde al mes 20 desde día 1 (formación comité de aplicación).

Se insta a desarrollar medidas preventivas eficaces para la eliminación y control de los riesgos detectados, en el escenario identificado en la presente investigación se recomienda facilitar la compatibilidad entre la vida laboral y familiar, pues la dimensión con mayores riesgos detectados fue la “doble presencia”.

Algunas intervenciones recomendadas por la SUSESO y que se observan muy relevantes en esta investigación son (36):

- Cuando sea posible tener un “banco de horas” adicionales trabajadas que se devuelvan en horas libres para resolver temas domésticos o personales.
- Apoyo a tareas domésticas (si hay casero, posibilidad de llevar al domicilio raciones a precio de costo).
- Uso de elementos del trabajo para apoyo doméstico (ejemplo, vehículos de transporte para adultos mayores que deban ir al médico).
- Implementar horarios de entrada y salida flexibles.
- Respetar horarios, días de descanso y periodo de vacaciones.
- Respetar 12 horas continuas de desconexión telemática (celular, computador).
- Implementar guarderías infantiles de emergencia con voluntarios del propio trabajo para casos especiales.
- Facilitar el uso del celular en situaciones de emergencia doméstica.
- Otorgar mayor cobertura en vales de farmacia u otros servicios.
- Otorgar días o medios días mensuales para diligencias personales.
- Disponer de un computador accesible a todos para facilitar trámites de todo tipo, con disponibilidad de impresora.
- Contratar un/a trabajador/a social para prestar apoyo a los trabajadores/as.
- Evitar cambios de jornada o de vacaciones a última hora.
- En los casos que sea posible, disponer de la modalidad de trabajo remoto o teletrabajo algunos días durante el mes.
- Entrenar a jefaturas y supervisores para otorgar permisos especiales a los trabajadores/as cuando tenga un asunto urgente y repentino de atender.
- Disponer de políticas de permisos (distinto de los días de feriado legal) para eventos como mudanza, matrimonio, fallecimiento de familiar, cumpleaños de hijo/a, chequeo médico anual, u otro que se acuerde con la organización sindical o con trabajadores/as organizados.
- Ofrecer asesoría legal para problemáticas personales mediante unidad jurídica de la organización.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Salud Ocupacional: Trabajadores de la salud [Internet]. WHO. 2012 [citado 19/01/2022]. Disponible en: https://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/
2. Organización Internacional del Trabajo/Organización Mundial de la Salud. Factores Psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra: OIT/OMS; 1984.
3. Forastieri V. Prevención de riesgos psicosociales y estrés laboral. Oficina Internacional del Trabajo. Boletín Internacional de Investigación Sindical: Riesgos psicosociales, estrés y violencia en el mundo del trabajo. Volumen 8, Número 1-2. Ginebra: OIT; 2016. p. 11-37.
4. Ceballos-Vásquez P. Percepción de riesgos psicosociales y carga mental de los trabajadores/as del equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos [Tesis Doctoral]. Universidad de Concepción; 2014.
5. Castro MC, Davila-Villavicencio R. Riesgos psicosociales y los niveles de estrés en las enfermeras del centro quirúrgico y UCI de una clínica privada [Maestría]. Universidad Ricardo Palma; 2016.
6. Gutiérrez-Nova M, Sanguinetti VA. Factores de riesgo psicosociales relacionados con estrés en los profesionales de enfermería de servicios críticos Hospital Puerto Montt [Licenciatura]. Universidad Austral de Chile; 2014.
7. Lima da Silva JL, Teixeira LR, Soares RS, Costa FS, Aranha JDS, Teixeira ER. Estrés y factores psicosociales en el trabajo de enfermeros intensivistas. *Enf Global*

[Internet]. 2017;16(4):80-120. Disponible en:
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/249321>

8. Agulló-Tomás E, Llosa J. Riesgos psicosociales en profesionales de los servicios de emergencia. Una aproximación crítica a los planteamientos normativos, conceptuales y metodológicos. Avances en psicología clínica [Internet]. 2013; 411-417. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/320531944_Riesgos_psicosociales_en_profesionales_de_los_servicios_de_emergencia_Una_aproximacion_critica_a_los_planteamientos_normativos_conceptuales_y_metodologicos

9. Bustillo-Guzmán M, Rojas-Meriño J, Sánchez-Camacho A, Sánchez-Puello L, Montalvo-Prieto A, Rojas-López M. Riesgo psicosocial en el personal de enfermería. Servicio de urgencias en hospital universitario de Cartagena. Duazary [Internet]. 2015;12(1):32-40. Disponible en:

<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1396>

10. Andrew-Chin RW, Chua YY, Chu MN, *et al.* Investigating validity evidence of the Malay translation of the Copenhagen Burnout Inventory. Journal of Taibah University Medical Sciences. 2018;13(1):1-9. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2017.06.003>

11. Vives A, Jaramillo H. Salud laboral en Chile. Arch Prev Riegos Labor. 2010; 13(3): 150-156. Disponible en:

https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1948

12. Bravo C, Nazar G. Riesgo psicosocial en el trabajo y salud en conductores de locomoción colectiva urbana en Chile. Salud de los Trabajadores [Internet]. 2015;23(2):105-114. Disponible en:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382015000200004&lng=es.

13. Superintendencia de Seguridad Social. Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo [Internet]. DT - Dirección del Trabajo. 2016. Disponible en: <https://www.dt.gob.cl/portal/1626/w3-article-109081.html#:~:text=El%20Protocolo%20de%20Vigilancia%20de,en%20sus%20lugares%20de%20trabajo>.

14. Ministerio del interior y seguridad pública. Aprueba actualización de protocolo de vigilancia de riesgo psicosocial en el trabajo. Santiago: República de Chile; 2017. Pág 1-17.

15. Adi A, Kadhom M, Hairunisa N, Yousif E, Mohammed S. A Review on COVID-19: Origin, Spread, Symptoms, Treatment, and Prevention. *Biointerface Research in Applied Chemistry*. 2020;10(6):7234-7242. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-633774>

16. PAHO. Informe de situación COVID-19, n.66 (17 de diciembre del 2021) [Internet]. Paho.org. 2021. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55619>

17. Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C, Ferre F *et al*. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 275: 48-57. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720323806?via%3Dihub>

18. Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Sexto reporte de la Monitorización de estrategia de Testeo-Trazabilidad-Aislamiento en APS – Sociedad Chilena de

Medicina Familiar [Internet]. Medicinafamiliar.cl. 2020. Disponible en: <https://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/2020/10/23/sexta-reporte-de-la-monitorizacion-de-estrategia-de-testeo-trazabilidad-aislamiento-en-aps/>

19. Evaluación de la Calidad de Vida, Grupo WHOQOL, 1994. ¿Por qué Calidad de Vida?, Grupo WHOQOL. En: Foro Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 1996.

20. Power M, Bullinger M, Harper A, The WHOQOL Group. The World Health Organization WHOQOL-100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. Health Psicol 1999; 18(5): 495-505. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10519466/>

21. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res 2004; 13(2): 299-310. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AQURE.0000018486.91360.00>

22. Cardona-Arias JA, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014; 40(2):175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200003&lng=es.

23. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(5):1729. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729/htm>

24. Moazzami B, Razavi-Khorasani N, Dooghaie Moghadam A, Farokhi E, Rezaei N. COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *Journal of Clinical Virology*. 2020;126:1-2. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104345>
25. Vieta E, Pérez V, Arango C. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2020;13(2):105-110. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32376131/>
26. Albanesi R. Historia reciente del trabajo y los trabajadores. Apuntes sobre lo tradicional y lo nuevo, lo que cambia y permanece en el mundo del trabajo. *Trabajo y Sociedad* [Internet]. 2015;(25):387-403. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=387341101022>
27. Gallo O. *La salud laboral en el siglo XX y el XXI*. 1st ed. Medellín: Fondo Editorial Escuela Nacional Sindical; 2016.
28. OIT. Work - ILO Metadata [Internet]. [Metadata.ilo.org](https://metadata.ilo.org). 2019 [citado 15 ene 2022]. Disponible en: <https://metadata.ilo.org/thesaurus/3655441.html>
29. RAE. Trabajo | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. 2019 [citado 15 ene 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/trabajo>
30. Rieznik P. Trabajo, una definición antropológica. Dossier: Trabajo, alienación y crisis en el mundo contemporáneo, *Razón y Revolución* nro. 7, verano de 2001, reedición electrónica. Disponible en: <https://razonyrevolucion.org/textos/revryr/prodetrab/ryr7Rieznik.pdf>

31. Dejours C. Subjetividade, trabalho e ação. Production [Internet]. 2004;14(3):27-34. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=pt&tlng=pt

32. ISTAS. Condiciones de trabajo y salud | ISTAS [Internet]. Iistas.net. 2005 [citado el 20 ene 2022]. Disponible en: <https://istas.net/salud-laboral/danos-la-salud/condiciones-de-trabajo-y-salud>

33. Aleksynska M, Berg J, Foden D, Johnston H, Parent-Thirion A. and Vanderleyden J, 2019. Working Conditions In A Global Perspective. 1st ed. Luxembourg: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, pp.1-196.

34. Martínez-Buelvas L, Oviedo-Trespalacios O, Luna-Amaya C. Condiciones de trabajo que impactan en la vida laboral. Salud, Barranquilla [Internet]. 2013; 29(3):542-560. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522013000300006&lng=en.

35. Neffa J. ¿Qué son los riesgos psicosociales en el trabajo?. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: Centro de Estudios e Investigaciones Laborales CONICET; 2019.

36. Candia M, Pérez J. Manual del método del cuestionario SUSES/ISTAS21. 3rd ed. Santiago, Chile: Superintendencia de Seguridad Social; 2020.

37. OMS, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general [Internet]. Apps.who.int. 2018 [citado 18 ene 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/310949>

38. Meliá J. ¿Cómo evaluar los riesgos psicosociales en la empresa? Metodologías, oportunidades y tendencias. Actas de la Cuarta Conferencia Internacional sobre

Prevención de Riesgos Laborales; 2006; Sevilla. Disponible en: <https://www.prevencionintegral.com/canal-orp/papers/orp-2006/como-evaluar-riesgos-psicosociales-en-empresa-metodologias-oportunidades-tendencias>

39. Blanch J, Sahagún M, Cervantes G. Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo. Rev. psicol. trab. organ. [Internet]. 2010;26(3):175-189. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622010000300002&lng=es.

40. Urzúa M A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Terapia psicológica. 2012;30(1):61-71. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

41. Llach B. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. Gastroenterología y Hepatología. 2004;27(Supl.3):2-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-que-es-como-se-mide-13058924>

42. OMS. Atención primaria de salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 1978 [citado 26 ene 2022]. Disponible en: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/

43. MINSAL. Establecimientos de Salud [Internet]. Salud Responde. 2019 [citado 26 ene 2022]. Disponible en: <https://saludresponde.minsal.cl/establecimientos-de-salud/>

44. WHO. Role of Primary Care in the COVID-19 Response [Internet]. 2020 [citado 26 ene 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

45. Organización Panamericana de Salud. Consideraciones para el fortalecimiento del primer nivel de atención en el manejo de la pandemia de COVID-19. Washington DC: OPS; 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53112/OPSIMSHSSCOVID-19200035_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

46. Tranche-Iparraguirre S, Martín-Álvarez R, Párraga-Martínez I. El reto de la pandemia de la COVID-19 para la Atención Primaria. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2021;14(2):85-92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2021000200008&lng=es.

47. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. Colombian Journal of Anesthesiology. 2020;48(4):e930. Disponible en: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/303>

48. Ramírez J *et al*. 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, Santiago: Alvarado R y Tapia T; agosto 2020. 9 p.

49. Ramírez J *et al*. El impacto de la pandemia de covid-19 en la salud mental de los trabajadores en los servicios de salud: informe preliminar N°2 Chile, Santiago: Alvarado R y Tapia T; septiembre 2020. 8 p.

50. Hernández-Rodríguez J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Mediacentro Electrónica [Internet]. 2020;24(3):578-594. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578&lng=es.

51. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020;37(2):327-34. Disponible en: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.372.5419>

52. Ceballos P. Seguridad y salud en el trabajo: un polo de desarrollo para enfermería. In: Ceballos P, Cofré C, Guerra V, Macaya M, Poblete M, ed. by. *Abordajes disciplinares: una mirada de enfermería a problemáticas actuales*. 1st ed. Talca: Universidad Católica del Maule; 2020. p. 119-144.

53. Ceballos P, González-Palacios Y, Rivera-Rojas F, Ortega-Muñoz R, Garrido-Tapia L. Riesgos psicosociales y enfermería en tiempos de covid-19. In: Teixeira M, Teixeira M, Gabert C, ed. by. *Contribuições da enfermagem global face à Covid-19*. 1st ed. Santa Maria: Universidade Franciscana; 2020. p. 216-227.

54. Karasek R, Theorell T. *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Book; 1990.

55. Siegrist J. Advance Health Effect of High-effort/Low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996;1(1):27-41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9547031/>

56. Wickens C. Multiple resources and mental workload. *Human Factors and Ergonomics Society*. 2008;50(3):449-455. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18689052/>

57. Rostamabadi A, Kargar Shouroki F, Jalilian H, Choobineh A, Azmoon H, Shakerian M. The relationship between work-related psychosocial factors and burnout among Iranian nurses: Job Demand-Control-Support model. *Med Lav [Internet]*. 2019;110(4):312-20. Disponible en: <https://www.mattioli1885journals.com/index.php/lamedicinadellavoro/article/view/8025>

58. Choobineh A, Jalilian H, Shouroki F, Azmoon H, Rostamabadi A. Relationship between job stress and fatigue based on job demand-control-support model in hospital nurses. *International Journal of Preventive Medicine*. 2019;10(1):1-6. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6528424/pdf/IJPVM-10-56.pdf>

59. Ellison J, Caudill J. Working on local time: Testing the job-demand-control-support model of stress with jail officers. *Journal of Criminal Justice*. 2020;70:1-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32836499/>

60. Vega S. NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda - control- apoyo social. Ministerio del trabajo y asuntos sociales de España; 2001. [citado 06 ene 2022]. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_603.pdf.

61. Siegrist J. The Effort-Reward Imbalance Model. *The Handbook of Stress and Health* [Internet]. 2017 [citado 06 ene 2022];24-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch2>.

62. Siegrist J. Effort-Reward Imbalance Model. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* [Internet]. 2016 [citado 06 ene 2022];1:81-86. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00009-1>.

63. Llana Álvarez F. *Ergonomía y psicología aplicada*. 13th ed. Valladolid: Lex Nova; 2009.

64. Alshekaili M, Hassan W, Al Said N, et al. Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non-

frontline healthcare workers. *BMJ Open*. 2020;10:e042030. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/10/e042030>

65. Ruiz-Fernández M, Pérez-García E, Ortega-Galán Á. Calidad de vida en profesionales de enfermería: Burnout, Fatiga y Compasión Satisfacción. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública* [Internet]. MDPI AG; 15 de febrero de 2020;17(4):1253. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17041253>

66. Ruiz-Fernández M, Ortega-Galán Á, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla J, Granero-Molina J, Ramos-Pichardo J. Factores ocupacionales asociados con la calidad de vida relacionada con la salud en profesionales de enfermería: un estudio multicéntrico. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública* [Internet]. MDPI AG; 2020;17(3):982. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17030982>

67. Moreira de Lima G, Gomes Ludmila M, Barbosa Thiago L. Qualidade de Vida no Trabalho e nível de estresse dos profissionais da atenção primária. *Saúde debate* [Internet]. 2020; 44(126): 774-789. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300774&lng=en.

68. Barbosa Ramos CE, Alves Farias J, De Sousa Costa MB, Tavares da Fonseca L de C. Impactos del síndrome de burnout en la calidad de vida de los profesionales de enfermería en atención básica de salud. *RBCS* [Internet]. 2019;23(3):285-296. Disponible en: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/P4-43595>

69. Asante J, Li M, Liao J, Huang Y, Hao Y. The relationship between psychosocial risk factors, burnout and quality of life among primary healthcare workers in rural Guangdong province: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4278-8>

70. Cavalcante Maciel J, Ramalho de Farias M, Coelho Sampaio J, Pérez Guerrero J, Castro-Silva I. Satisfacción profesional y prevalencia del síndrome de burnout en equipos de salud bucal de atención primaria en el Municipio Sobral, Ceará-Brasil. *Salud de los Trabajadores* [Internet]. 2018;26(1):33-44. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375857991007>

71. Spinelli WM, Fernstrom KM, Galos DL, Britt HR. Extending Our Understanding of Burnout and Its Associated Factors: Providers and Staff in Primary Care Clinics. *Evaluation & the Health Professions*. 2016;39(3):282-298. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27000131/>

72. Cheristanidis S, Kavvadas D, Moustaklis D, Kyriakidou E, Batzou D, Sidiropoulos E, Papazisis G, Papamitsou T. Psychological Distress in Primary Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic in Greece. *Acta Med Acad*. 2021;50(2):252-263. Disponible en: <http://www.ama.ba/upcoming/Rad%2029-21-Acta%20Medica%20Academica%202-2021-Cheristanidis1.pdf>

73. Jahrami, H, BaHammam, AS, AlGahtani, H, et al. The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep Breath*. 2021;25:503–511. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11325-020-02135-9>

74. Hernández-Sampieri R, Fernández-Collado C, Baptista-Lucio P. Metodología de la investigación. 5th ed. México: McGraw-Hill; 2010.

75. CMDS. Plan Comunal Salud 2019. Febrero 2020. Disponible en: <https://www.cmds.cl/download/plan-comunal-salud-2019/>

76. Candia M, Pérez J. Manual del método del cuestionario SUSESO/ISTAS21 versiones completa y breve. Santiago de Chile: Superintendencia de Seguridad Social; 2020.
77. Charria O, Víctor H, Sarsosa P, Kewy V, Arenas O. Factores de riesgo psicosocial laboral: métodos e instrumentos de evaluación. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2011;29(4):380-391. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021522004>
78. Dicke T, Marsh HW, Riley P, Parker PD, Guo J, Horwood M. Validating the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ-II) Using Set-ESEM: Identifying Psychosocial Risk Factors in a Sample of School Principals. *Front Psychol*. 2018;9:1-17. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.00584/full>
79. Ramkissoon A, Smith P, Oudyk J. Dissecting the effect of workplace exposures on workers' rating of psychological health and safety. *Am J Ind Med*. 2019;62(5):412-421. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajim.22964>
80. Yeh WY, et al. Psychometric Properties of the Chinese Version of Copenhagen Burnout Inventory Among Employees in Two Companies in Taiwan. *Int J Behav Med*. 2007;14(3):126-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18062055/>
81. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire--a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*. 2005;31(6):438-49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16425585/>
82. Dupret E, Bocéréan C, Teherani M, Feltrin M, Pejtersen J. Psychosocial risk assessment: French validation of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire

(COPSOQ). Scandinavian Journal of Public Health. 2012;40(5),482-490. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/45150580>

83. Nübling M, Stößel U, Hasselhorn HM, Michaelis M, Hofmann F. Measuring psychological stress and strain at work - Evaluation of the COPSOQ Questionnaire in Germany. Psycho-social Medicine. 2006;3(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2736502/pdf/PSM-03-05.pdf/?tool=EBI>

84. Pournik O, Ghalichi L, TehraniYazdi A, Tabatabaee SM, Ghaffari M, Vingard E. Measuring psychosocial exposures: validation of the Persian of the copenhagen psychosocial questionnaire (COPSOQ). Med J Islam Repub Iran. 2015;29(221). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4606950/>

85. Isha A, Javaid M, Zaib Abbasi A, Bano S, Zahid M, Memon M et al. Malay Validation of Copenhagen Psychosocial Work Environment Questionnaire in Context of Second Generation Statistical Techniques. BioMed Research International. 2020;2020:1-11. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2020/7680960/>

86. Widerszal-Bazyl M. Kopenhaski Kwestionariusz Psychospołeczny (COPSOQ) – właściwości psychometryczne wybranych skal w polskiej wersji. Medycyna Pracy. 2017;68(3):329-348. Disponible en: <http://medpr.imp.lodz.pl/Kopenhaski-Kwestionariusz-Psychospoleczny-COPSOQ-wlasciwosci-psychometryczne-wybranych-skal-w-polskiej-wersji,63352,0,1.html>

87. Rosário S, Azevedo LF, Fonseca JA, Nienhaus A, Nübling M, da Costa JT. The Portuguese long version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire II (COPSOQ II) - a validation study. J Occup Med Toxicol. 2017;12(24). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28808478/>

88. Molinero Ruiz Emilia, Basart Gómez-Quintero Helena, Moncada Lluís Salvador. Fiabilidad y validez del Copenhagen Burnout Inventory para su uso en España. Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2013; 87(2):165-179. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000200006&lng=es.

89. Berthelsen H, Westerlund H, Bergström G, Burr H. Validation of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire Version III and Establishment of Benchmarks for Psychosocial Risk Management in Sweden. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(9):3179. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370228/>

90. Şahan C, Baydur H, & Demiral Y. A novel version of Copenhagen Psychosocial Questionnaire-3: Turkish validation study. Archives of environmental & occupational health. 2019;74(6):297–309. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/19338244.2018.1538095>

91. Ivanzi L, Balducci C, Fraccaroli F. Contributo alla validazione italiana del Copenhagen burnout Inventory (CBI) Psicologia Della Salute. 2013;2:120-135. Disponible en: <https://cris.unibo.it/handle/11585/150055>

92. Phuekphan P, Aunguroch Y, Yunibhand J, Chan SWC. Propiedades psicométricas de la versión tailandesa del inventario de agotamiento de Copenhague (T-CBI) en enfermeras tailandesas. Revista de Investigación en Salud. 2016; 30 (2): 135-142. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/342259848_PSYCHOMETRIC_PROPERTIES_OF_THE_THAI_VERSION_OF_COPENHAGEN_BURNOUT_INVENTORY_T-CBI_IN_THAI_NURSES

93. Berat N, Jélic D, Popov B. Versión serbia de la escala de agotamiento laboral del inventario de agotamiento laboral de Copenhague: Adaptación y propiedades

psicométricas. *Primenjena Psihologija*. 2016;9:177-198. Disponible en: <https://doi.org/10.19090/pp.2016.2.177-198>

94. Alvarado Rubén, Pérez-Franco Juan, Saavedra Nadia, Fuentealba Claudio, Alarcón Alex, Marchetti Nella et al. Validación de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el ambiente laboral en Chile. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2012;140(9): 1154-1163. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000900008&lng=es.

95. Urzúa MA, Caqueo-Úrizar A. Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoL-Bref en población adulta chilena. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2013; 141(12):1547-1554. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001200008&lng=es.

96. Min S, Kim K, Lee C, Jung Y, Suh S, & Kim D. Development of the Korean versions of WHO Quality of Life scale and WHOQOL-BREF. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*. 2002;11(6):593–600. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1016351406336>

97. Rocha N, Fleck M. Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2009;43(1):147-153. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100019&lng=en.

98. Girolamo G, Rucci P, Scocco P, Becchi A, Coppa F, D'Addario A, et al. Quality of life assessment: Validation of the Italian version of the WHOQOL-Brief. *Epidemiologia E Psichiatria Sociale*. 2000;9(1):45-55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10859875/>

99. Baumann C, *et al.* The WHOQOL-BREF Questionnaire: French Adult Population Norms for the Physical Health, Psychological Health and Social Relationship Dimensions. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2010;58(1):33-9. Disponible en: https://www.unboundmedicine.com/medline/citation/20096515/The_WHOQOL_BREF_questionnaire:_French_adult_population_norms_for_the_physical_health_psychological_health_and_social_relationship_dimensions_

100. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Baczyk G. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. *Scand J Caring Sci.* 2006;20(3):251-60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16922978/>

101. Dalky HF, Meininger JC, Al-Ali NM. The Reliability and Validity of the Arabic World Health Organization Quality of Life-BREF Instrument Among Family Caregivers of Relatives With Psychiatric Illnesses in Jordan. *J Nurs Res.* 2017;25(3):224-230. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28481818/>

102. Saxena S, Chandiramani K, Bhargava R. WHOQOL-Hindi: a questionnaire for assessing quality of life in health care settings in India. *World Health Organization Quality of Life. The National Medical Journal of India.* 1998;11(4):160-165. Disponible en: <http://europepmc.org/article/med/9808970>

103. Hasanah CI, Naing L, Rahman AR. World Health Organization Quality of Life Assessment: brief version in Bahasa Malaysia. *The Medical Journal of Malaysia.* 2003;58(1):79-88. Disponible en: <http://europepmc.org/article/med/14556329>

104. Vega S. Validación cultural del WHOQOL-BREF en personas mayores filipinas ambulatorias que viven en la comunidad. *Revista de Investigación en Salud.* 2015;17:1-20. Disponible en:

<https://www.semanticscholar.org/paper/Cultural-Validation-of-the-WHOQOL-BREF-in-Filipino-Vega/8c8ad24ca7b0a057e717f9653f700f5f5e9ac586#citing-papers>

105. López-Huerta J, González-Romo R, Tejada-Tayabas J. Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*. 2017;2(44):105-115. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6476340>

106. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2011; 139(5):579-586. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000500003&lng=es.

107. Organización Panamericana de la Salud, Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. 4th ed. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2016.

108. Ley 20.120. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana [citado 25 ene 2022]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=253478>

109. Suárez-Obando F. Un marco ético amplio para la investigación científica en seres humanos: más allá de los códigos y las declaraciones: la propuesta de Ezekiel J. Emanuel. *pers.bioét.* [Internet]. 2015; 19(2):182-197. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222015000200002&lng=en.

110. Bustamante M, Álvarez A, Villalobos M, Lucero M. Percepción de la calidad de vida laboral de los trabajadores de los centros de salud familiar de la zona central de Chile. *Inf. Tecnol.* 2021;31(3):65-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642020000300065>

111. Castro Méndez NP. Riesgos Psicosociales y Salud Laboral en Centros de Salud. *Cienc Trab.* [Internet]. 2018; 20(63):155-159. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492018000300155&lng=es.

112. Ministerio de Salud. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Santiago, Chile: MINSAL; 2017. Pág 1-89. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf

113. Dalmolin GL, Lanes TC, Magnago ACS, Setti C, Bresolin JZ, Speroni KS. Prazer e sofrimento em trabalhadores da atenção primária à saúde do Brasil. *Rev Cuid.* 2020; 11(1): e851. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.851>

114. Gámez de la Hoz J, Padilla Fortes A. Identificación de riesgos laborales en atención primaria a través de las comunicaciones de los trabajadores. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab.* 2017;26:22-30. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v26n1/1132-6255-medtra-26-01-00022.pdf>

115. Sanz Vergel AI. Conciliación y salud laboral: ¿una relación posible?: Actualidad en el estudio del conflicto trabajo-familia y la recuperación del estrés. *Med. segur. trab.* [Internet]. 2011; 57(Suppl1):115-126. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500008>.

116. Jiménez Figueroa A, Bravo Castillo C, Toledo Andaur B. Conflicto trabajo-familia, satisfacción laboral y calidad de vida laboral en trabajadores de salud pública de Chile. *Revista de investigación psicológica*. 2020;(23):67-85. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2223-30322020000100006
117. CMDs. Plan Comunal Salud 2021. Noviembre 2020. Disponible en: <https://www.cmds.cl/download/plan-comunal-salud-2021/>
118. Martínez-Sanguinetti MA, Leiva-Ordoñez AM, Petermann-Rocha F, Celis-Morales C. ¿Cómo ha cambiado el perfil epidemiológico en Chile en los últimos 10 años? *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2021;149(1):149-152. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872021000100149>.
119. Franklin P, Gkiouleka A. A Scoping Review of Psychosocial Risks to Health Workers during the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(5):2453. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052453>
120. García-Rodríguez A, Gutiérrez-Bedmar M, Bellón-Saameño J, Muñoz-Bravo C, Fernández-Crehuet Navajas J. Entorno psicosocial y estrés en trabajadores sanitarios de la sanidad pública: diferencias entre atención primaria y hospitalaria. *Atención Primaria*. 2015;47(6):359-366. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.003>
121. Ceballos-Vásquez P, Solorza-Aburto J, Marín-Rosas N, Moraga J, Gómez-Aguilera N, Segura-Arriagada F *et al*. Estrés percibido en trabajadores de atención primaria. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2019; 25:1-12. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100204&lng=es.

122. Amador I, Botero N, Larrahondo L, Andrade V. Significados del trabajo en mujeres que realizan trabajos productivo y reproductivo. *Psicogente*. 2019;22(41):1-36. Disponible en: <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3302>

123. Ruiz-López P, Pullas-Tapia P, Parra-Parra CA, Zamora-Sánchez R. La doble presencia en las trabajadoras femeninas: equilibrio entre el trabajo y la vida. *SEECI* [Internet]. 2017;0(44):33-1. Disponible en: <http://www.seeci.net/revista/index.php/seeci/article/view/476>

124. Carneiro Vasconcellos NP, Costa Val R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de lagoa Santa -mg. *Rev. APS*. 2008;11(1):17-28. Disponible en: <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/017-028.pdf>

125. World Health Organization. Division of Mental Health. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version. WHO:1996. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529>

126. Kluthcovsky AC, Magosso Takayanagui AM, Benedita dos Santos C, Klithcovsky FA. Evaluación de la calidad de vida general de los trabajadores comunitarios de salud: la contribución relativa de las variables sociodemográficas y los dominios de calidad de vida. *Revista de Psiquiatría de Rio Grande do Sul*. 2007;29(2):176-183. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082007000200009>

127. Ursine BL, Trelha CS, Nunes, Polo Almeida Nunes EF. El Agente Comunitario de Salud en la Estrategia de Salud de la Familia: una investigación sobre condiciones de trabajo y calidad de vida. *Revista Brasileña de Salud Ocupacional*. 2010;35(122):327-339. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200015>

128. Balabem A, Oliveira M, Herval Á, Bernardino Í, Vieira W, Rodrigues R et al. Quality of life of Family Health Strategy professionals: a systematic review. Sao Paulo Medical Journal. 2021;139(4):331-340. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2020.0661.R2.0902021>

129. Teles M, Barbosa M, Vargas A, Gomes V, e Ferreira E, Martins A *et al.* Psychosocial work conditions and quality of life among primary health care employees: a cross sectional study. Health and Quality of Life Outcomes. 2014;12(1):1-12. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-72>

130. Halcomb E, McInnes S, Williams A, Ashley C, James S, Fernandez R, Stephen C, Calma K. The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. Journal of Nursing Scholarship. 2020;52(5):553-556. Disponible en: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12589>

131. Villarroel C, Busco C, Neira B, Ensignia A, Durán P. Modelo de intervención de riesgos psicosociales en la red asistencial de salud. Cienc Trab. [Internet]. 2018;20(62):76-79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492018000200076>.

132. Rodríguez-Carvajal R, Rivas-Hermosilla S. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): Diferenciación, actualización y líneas de intervención. Med. segur. trab. [Internet]. 2011;57(Suppl1):72-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500006&lng=es.

133. OECD. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

134. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. Rev. méd. Chile [Internet]. 2016;144(5):585-592. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500005&lng=es.

135. Cuba-Fuentes MS, Romero-Albino Z, Dominguez R, Rojas ML, Villanueva R. Dimensiones claves para fortalecer la atención primaria en el Perú a cuarenta años de Alma Ata. An. Fac. med. [Internet]. 2018;79(4):346-350. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832018000400013&lng=es.

136. Souza CD, Gois-Santos VT, Correira DS, Martins-Filho PR, Santos VS. La necesidad de fortalecer la Atención Primaria de Salud en Brasil en el contexto de la pandemia COVID-19. Braz. res oral [Internet]. 2020;34:1-3. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242020000100801&lng=en.

137. Artaza-Barrios O. México y el derecho a la salud: hora de expectativas y decisiones. Salud Publica Mex [Internet]. 2018;60(6):736-8. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/10107>

138. Martínez-Calvo S. Logros y retos de la Atención Primaria de Salud en Cuba. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018;17(2):157-160. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200001&lng=es.

139. Ruiz Rodríguez M, Hormiga Sánchez CM, Uribe Rivero LM, Cadena Afanador LP, Mantilla Uribe BP, Solano Aguilar S. Voces de la academia y los tomadores de decisiones del Oriente Colombiano ante la implementación del Modelo Integral de

Atención en Salud. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2017;49(2):320-329. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6229/6550>

140. Canales-Mejicano J. Atención Primaria de la Salud como estrategia para el quehacer del profesional de la salud en Costa Rica. RHCS [Internet]. 2019;5(4):145-6. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/411>.

141. Reyes-Hernández A. La atención primaria de salud como fundamento de la reforma de salud salvadoreña [Internet]. Panama: PAHO; 2018. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49474>

142. Cabral-Bejarano MS, Nigenda G, Conill E, Arredondo A. Implementación de la Atención Primaria de Salud en Paraguay en tres periodos de gobierno: dimensiones políticas, sociales y técnicas observadas en el nivel subnacional. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020;94:1-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721381>.

143. MINSALUD. Coordinador del Comité Científico Nacional plantea fortalecer la atención primaria y la vigilancia epidemiológica comunitaria [Internet]. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes; 2020. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/4902-coordinador-del-comite-cientifico-nacional-plantea-fortalecer-la-atencion-primaria-y-la-vigilancia-epidemiologica-comunitaria>.

12. ANEXOS

ANEXO 1: DEFINICIÓN DE VARIABLES

Tipo de variable	Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Nivel de medición de la variable
D E P E N D I E N T E	Calidad de vida	Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (18).	Se medirá a través del cuestionario Whoqol-Bref (parte 3 de 3 del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida); contiene 4 dominios: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente.	Ordinal
I N D E P E N D I E N T E	Riesgo psicosocial	Las interacciones entre el medioambiente de trabajo, el contenido del trabajo, las condiciones de organización y las capacidades, las necesidades y la cultura del trabajador, las consideraciones personales externas al trabajo que pueden, en función de las percepciones y la experiencia, tener influencia en la salud, el rendimiento en el trabajo y la satisfacción laboral (2).	Se medirá a través del cuestionario SUSESO-ISTAS 21 (parte 2 de 3 del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida); contiene 5 dominios: exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa, compensaciones y doble presencia.	Ordinal
	Sexo	Conjunto de características biológicas que diferencian al hombre y la mujer.	Se medirá a través de la pregunta número 9, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Nominal dicotómica
	Edad	Tiempo que ha transcurrido desde la fecha de nacimiento del trabajador hasta la fecha de aplicación del instrumento de valoración.	Se medirá a través de la pregunta número 10, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Razón
	Situación de pareja	Existencia de algún nexo afectivo o romántico; compañero o compañera de vida entre el trabajador participante del estudio y otra persona.	Se medirá a través de la pregunta número 11, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Nominal dicotómica
	Hijos a su cuidado	Descendientes del trabajador que estén a su cuidado, estos pueden ser consanguíneos o no.	Se medirá a través de la pregunta número 12, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Nominal dicotómica
	Familiares a su cuidado	Familiares de relación consanguíneas o no, que al momento de la aplicación del	Se medirá a través de la pregunta número 13, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos	Nominal dicotómica

		instrumento estén al cuidado del trabajador.	biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	
Nivel de estudio		Formación completa de carácter educativa alcanzada por el trabajador al momento de responder el instrumento de valoración.	Se medirá a través de la pregunta número 14, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Ordinal
Enfermedad diagnosticada		Alteración o problema de la salud del trabajador medicamente evaluada.	Se medirá a través de la pregunta número 15, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Nominal dicotómica
Estamento		Grupo de personas que poseen una misma actividad de carácter profesional o técnica dentro del equipo de salud.	Se medirá a través de la pregunta número 2, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Nominal politómica
Antigüedad en el puesto de trabajo		Periodo de tiempo que comprende desde que la persona ingresa a un trabajo y se mantiene en el mismo hasta el momento de responder el instrumento de valoración.	Se medirá a través de la pregunta número 3, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Ordinal
Antigüedad trabajando		Periodo de tiempo que comprende todo el tiempo trabajado (independientemente del tipo de trabajo) hasta el momento de responder el instrumento de valoración.	Se medirá a través de la pregunta número 4, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Ordinal
Unidad o servicio donde se desempeña		Área del centro de salud donde la persona ejerce sus funciones laborales.	Se medirá a través de la pregunta número 5, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Nominal politómica
Tipo de contrato		Tipo de acuerdo formal establecido entre empleador(a) y empleado(a), donde se especifica las condiciones en las que se llevará a cabo el trabajo	Se medirá a través de la pregunta número 6, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Nominal politómica
Tipo de turno		Sistema de horas laborales Modelo que ordena las horas de trabajo contratadas en forma semanal, según el Estatuto Administrativos de Servicios Públicos, para satisfacer las necesidades de sistema.	Se medirá a través de la pregunta número 7, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Nominal politómica
Trabaja en otra institución		Desarrollo laboral de carácter profesional o técnico, según sea el nivel de estudios del trabajador que ejerce en una institución distinta a la cual está siendo participe del estudio.	Se medirá a través de la pregunta número 8, parte 1 de 3, del instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida.	Nominal dicotómica

ANEXO 2: ACEPTACIÓN DE ADECUACIÓN DEL NIVEL DE ALCANCE POR EL COMITÉ DEL PROGRAMA DE MAGÍSTER EN ENFERMERÍA DE LA UDEC



Concepción, 17 de noviembre de 2021

Señor

Miguel Valencia Contrera

Tesista

Programa Magister en Enfermería

Presente

Estimado Miguel:

Junto con saludar cordialmente, informo que el Comité del Programa ha evaluado los antecedentes presentados por usted referente a la modificación de su tesis "Riesgos psicosociales y calidad de vida en trabajadores de la salud de Centros de Salud Familiar durante la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021."

Al respecto, existen dos grandes puntos a tomar en cuenta, el alcance y el número de la muestra. El Comité considera que es pertinente la modificación solicitada del alcance de la investigación, de un nivel correlacional a uno descriptivo. En cuanto a la muestra, ésta es menor al 10% de la calculada y planteada en su proyecto de tesis evaluado y aprobado por la Comisión evaluadora y los diferentes Comités de ética, que permiten mantener la validez científica de su investigación. Frente a lo anterior el Comité le solicita para cautelar la validez del estudio, aumentar el número de personas de la muestra, recomendando incorporar a las y los trabajadores de los otros Centros de Salud Familiar de Antofagasta.

Se desea el mejor de los éxitos en el proceso de investigación.

Sin otro particular, se despide cordialmente,

Dra. Patricia Cid Henríquez

Directora

Programa Magister en Enfermería

PCH/agf

c.c.: Archivo 2021

Calle Roosevelt 1787
Fono (56-41) 2207065
e-mail: agayoso@udec.cl
Concepción, Chile

ANEXO 3: ACEPTACIÓN DE ADECUACIÓN DEL NIVEL DE ALCANCE POR EL CEC DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UDEC



Concepcion, 4 de enero de 2022

Sr.
Miguel Valencia Contrera
Investigador Principal
Presente

Estimado Investigador:

Junto con saludar, y por intermedio de la presente, el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, toma conocimiento de la información de enmienda del proyecto titulado : **"RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID 19, ANTOFAGASTA, CHILE, 2021"**.

Se solicita además, que envíe la carta aprobatoria de enmienda, a este CEC, una vez que sea aprobada por el Comité Ético Científico de Antofagasta.

Se depide cordialmente,


Dra. Maritza Espinoza Venegas
Presidenta CEC
Facultad de Enfermería



MEV/agf
c.c.: archivo 2022

Calle Roosevelt 1787
Fono (56-41) 2207065
e-mail: agayoso@udec.cl
Concepción, Chile

ANEXO 4: ACEPTACIÓN DE ADECUACIÓN DEL NIVEL DE ALCANCE POR EL CEC DE LA VRID DE LA UDEC



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 940-2021-M

Concepción, diciembre de 2021.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del **PROYECTO DE TESIS** titulado **“RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA, CHILE, 2021”** presentado por el Enfermero **SR. MIGUEL ANDREZ VALENCIA CONTRERA**, en calidad de candidato al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía, **DRA. SANDRA VALENZUELA SUAZO**, académica adscrita al Departamento Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

La presente propuesta del Proyecto de Tesis para la obtención del grado de Magíster en Enfermería tiene como objetivo general, analizar la relación de los riesgos psicosociales y la calidad de vida en trabajadores del equipo de salud en Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, en Antofagasta, Chile, 2021. Para esto describe, la ejecución de 06 (seis) objetivos específicos, cuyas actividades se desarrollan en base a, primero, describir las características biosociodemográficas de los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, en la ciudad de Antofagasta, en 2021. Para esto contempla aplicar un cuestionario biosociodemográfico, elaborado por el Investigador Responsable, con un total de 15 preguntas, agrupadas en 2 dimensiones de interés en el estudio. Después, buscará identificar los principales riesgos psicosociales laborales percibidos por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, así también identificar la calidad de vida percibida en la población en estudio descrita en el primer objetivo específico. A continuación propone establecer la relación entre riesgos psicosociales y calidad de vida en estos trabajadores. Las mediciones hasta esta etapa del estudio, contemplan aplicar el cuestionario SUSESO/ISTAS 21-versión breve, además del Cuestionario WHOQoL-Bref, ambos validados y adaptados para la población chilena y con las respectivas autorizaciones de sus autores. Para reunir todas las mediciones y con vistas al procedimiento adecuado para la recolección de la información, que será enviado bajo la modalidad *online* y auto aplicado, el Investigador Responsable ensambló los documentos anteriores y los denominó para este estudio como “Instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida” .

Con estos datos prevé relacionar las variables biosociodemográficas con la calidad de vida percibida por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19. Por último, pretende comparar los principales riesgos psicosociales percibidos por los profesionales de Enfermería con los principales riesgos psicosociales laborales percibidos por los demás miembros del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar descritos, en contexto de la pandemia por COVID-19.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

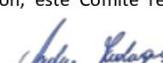
Para este estudio de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo y de corte transversal, la participación de cada sujeto -excluyendo aquél que se encuentre con licencia médica, en vacaciones o sin realización de su función por cualquier motivo que le impida realizar su labor en los Centros de Salud Familiar que son parte de la muestra- estará basada en el proceso de consentimiento informado, toda vez que sea regularmente aplicado. Este proceso será documentado conforme modelos presentados a este Comité institucional (estudio piloto y muestreo), aceptando además, los términos y condiciones de ingreso a la plataforma para acceder a los instrumentos y a las actividades contempladas en el proyecto en pauta. Todo lo anterior está detallada y rigurosamente descrito en el proyecto de investigación.

La custodia de las informaciones y de los resultados del estudio estará a cargo del Investigador Responsable, el Sr. Miguel Andrez Valencia Contrera.

La ejecución de este proyecto de tesis presentado a revisión al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que respaldan la confidencialidad de los datos de investigación y la custodia de la información obtenida antes mencionada, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley N° 19.628 "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT y las "Recomendaciones de la CMEIS para los Comités Ético Científicos (CECS) en la revisión de protocolos de investigación en contexto de pandemia por COVID-19 (6 de junio 2020).

En atención a todo lo anterior y considerando que el proyecto de tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería por la Universidad de Concepción, titulado "**RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA, CHILE, 2021**" presentado por el Enfermero SR. MIGUEL ANDREZ VALENCIA CONTRERA, junto a su Profesora Guía, DRA. SANDRA VALENZUELA SUAZO, docente adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, y en consecuencia por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.


DRA. M. ANDREA RODRIGUEZ TASTETS
PRESIDENTA

COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



ANEXO 5: ACEPTACIÓN DE ADECUACIÓN DEL NIVEL DE ALCANCE POR EL CEC DEL SSA



Antofagasta, 25 de enero 2022

N° Folio :0008/21
Fecha Sesión: 18/01/2022
Tipo de revisión: Expedita

Miguel Valencia Contreras
Investigador Principal
Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo
Subdirección de Capital Humano
PRESENTE

Asunto: **Revisión y Aprobación en Comité Pleno**

Proyecto Investigación "Riesgo Psicosociales y Calidad de vida en el equipo de salud de atención primaria, contexto de pandemia COVID-19"

CECSSA0008

El **Comité Ético Científico del Servicio de Salud Antofagasta**, ha evaluado el proyecto de investigación y los documentos en los siguientes ámbitos:

Este estudio, podría dar una información del riesgo psicosocial y calidad de vida en trabajadores del equipo de salud en periodo de pandemia por COVID-19.

- 1) Estas se revisarán en tres Centros de Salud Familiar en la ciudad de Antofagasta.
- 2) Se cumplirá con la obligación expresada en la carta compromiso entregada por el investigador y avalada por Dirección de Salud de la Corporación Municipal de Antofagasta. En forma especial el respetar, la confidencialidad y lo señalado con relación a no tomar contacto ni con pacientes, ni sus familiares, ya que ello requeriría de un Consentimiento Informado

Por lo anteriormente señalado, en mi calidad de Presidenta le informo que el Comité Ético Científico del Servicio de Salud declara al proyecto mencionado con fecha 18 de Enero del 2022 **APROBADO**, y en la presente acta se aprueban los documentos mencionados a continuación:

- 1) Carta dirigida al presidente del Comité
- 2) Carta compromiso Investigador/es
- 3) Carta de confidencialidad del investigador del proyecto
- 4) Carta conocimiento del director sobre desarrollo de estudio en el establecimiento
- 5) Declaración de conocimiento y cumplimiento de las buenas prácticas clínica
- 6) Carta de respaldo jefe servicio establecimiento
- 7) Proyecto de investigación en idioma español
- 8) Resumen del proyecto en idioma español
- 9) Currículo Vitae investigador



Siendo el quorum requerido para la validez de esta Resolución, cabe mencionar los miembros que participaron en la revisión fueron:

Nombre	Profesión
Oriana Valenzuela	Cirujano Dentista
Sergio Ledesma	Médico Gastroenterólogo
Carolina Cárdenas	Químico Farmacéutico
María Cristina Carrasco	Contador Auditor
Marjorie Cisterna	Matrona
Marianella Fontana	Kinesióloga
Carlos Lojano	Médico Cirujano

Además, para los protocolos aprobados, este comité solicita que:

- 1) Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen.
- 2) La validez de esta aprobación es por **un año**.
- 3) Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
- 4) Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta quince años cerrado el estudio

Atentamente

Carolina Cárdenas Villar
Secretario CEC

Oriana Valenzuela Rivera
Presidente CEC

ANEXO 6: APROBACIÓN CEC DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UDEC



Universidad de Concepción
FACULTAD DE ENFERMERIA



Concepción 03 de Mayo 2021

Ref: Resolución N° 128-21

Sr. Miguel Valencia C.

Investigador Principal

Presente.

Estimado Investigador:

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité Ético Científico (CEC) de la Facultad de Enfermería, integrado por los académicos Luis Luengo M., Sara Mendoza P. y Mónica Burgos M., en reunión del día 30 de abril, ha revisado la segunda versión del proyecto de investigación "Riesgos psicosociales y calidad de vida en equipo de salud de atención primaria, contexto de pandemia covid-19, Antofagasta, Chile, 2021".

Se considera que persisten observaciones en la segunda versión que deben ser consideradas:

- Completar procedimiento a través del cual accederá a los participantes: Recordar que, previo a que el establecimiento comparta la base de datos de los pacientes con el investigador, en el proyecto debe estar explícito el procedimiento implementado para que los participantes dieran el consentimiento al establecimiento para que el investigador se contacte con ellos.
- Para disminuir sesgos y atender al principio de igualdad en la participación de los sujetos en todas las etapas del estudio, considerar, en la prueba piloto, la participación del resto de los estamentos que serán incorporados en la investigación.
- En el documento de consentimiento informado para la prueba piloto:
 - o Aclarar que el participante formará parte de la muestra final, como señala en pág 44 del proyecto.
 - o Replantear frase "el investigador responsable lo acompañará en todo el proceso hasta ser atendido", pues se observa que su interpretación puede ser confusiva y comprometer el rol del investigador.
- Contemplar pasos a seguir en el caso de que los participantes no respondan la encuesta en el plazo indicado, es decir, estipular por ejemplo, que se ampliará el plazo inicial o se optará por reemplazar al participante, etc.
- Especificar modalidad de devolución de resultados, tanto a los establecimientos como a los participantes.



Universidad de Concepción
FACULTAD DE ENFERMERIA



Conclusión: Este comité ha resuelto **aprobar el proyecto**, considerando la incorporación de las observaciones anteriormente mencionados previo al envío a otras instancias de revisión.

Atentamente,

Mónica Burgos M.
Secretaría CEC
Facultad Enfermería

ANEXO 7: APROBACIÓN CEC DE LA VRID DE LA UDEC



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 940-2021

Concepción, junio de 2021.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del **PROYECTO DE TESIS** titulado **“RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA, CHILE, 2021”** presentado por el Enfermero Universitario **SR. MIGUEL ANDREZ VALENCIA CONTRERA**, en calidad de candidato al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía, **DRA. SANDRA VALENZUELA SUAZO**, académica adscrita al Departamento Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

La presente propuesta del Proyecto de Tesis para la obtención del grado de Magíster en Enfermería tiene como objetivo general, analizar la relación de los riesgos psicosociales y la calidad de vida en trabajadores del equipo de salud en Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, en Antofagasta, Chile, 2021. Para esto describe, la ejecución de 06 (seis) objetivos específicos, cuyas actividades se desarrollan en base a, primero, describir las características biosociodemográficas de los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, en la ciudad de Antofagasta, en 2021. Para esto contempla aplicar un cuestionario biosociodemográfico, elaborado por el Investigador Responsable, con un total de 15 preguntas, agrupadas en 2 dimensiones de interés en el estudio. Después, buscará identificar los principales riesgos psicosociales laborales percibidos por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, así también identificar la calidad de vida percibida en la población en estudio descrita en el primer objetivo específico. A continuación propone establecer la relación entre riesgos psicosociales y calidad de vida en estos trabajadores. Las mediciones hasta esta etapa del estudio, contemplan aplicar el cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión breve, además del Cuestionario WHOQoL-Bref, ambos validados y adaptados para la población chilena y con las respectivas autorizaciones de sus autores. Para reunir todas las mediciones y con vistas al procedimiento adecuado para la recolección de la información, se será enviado bajo la modalidad *online* y auto aplicado, el Investigador Responsable ensamblará

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

documentos anteriores y los denominó para este estudio como “Instrumento de valoración de aspectos biosociodemográficos, riesgos psicosociales y calidad de vida” .

Con estos datos prevé relacionar las variables biosociodemográficas con la calidad de vida percibida por los trabajadores del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19. Por último, pretende comparar los principales riesgos psicosociales percibidos por los profesionales de Enfermería con los principales riesgos psicosociales laborales percibidos por los demás miembros del equipo de salud en tres Centros de Salud Familiar descritos, en contexto de la pandemia por COVID-19.

Para este estudio de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, de corte transversal y correlacional, la participación de cada sujeto -excluyendo aquél que se encuentre con licencia médica, en vacaciones o sin realización de su función por cualquier motivo que le impida realizar su labor en los Centros de Salud Familiar que son parte de la muestra- estará basada en el proceso de consentimiento informado, toda vez que sea regularmente aplicado. Este proceso será documentado conforme modelos presentados a este Comité institucional (estudio piloto y muestreo), aceptando además, los términos y condiciones de ingreso a la plataforma para acceder a los instrumentos y a las actividades contempladas en el proyecto en pauta. Todo lo anterior está detallada y rigurosamente descrito en el proyecto de investigación.

La custodia de las informaciones y de los resultados del estudio estará a cargo del Investigador Responsable, el EU. Sr. Miguel Andrez Valencia Contrera.

La ejecución de este proyecto de tesis presentado a revisión al Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en la investigación, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que respaldan la confidencialidad de los datos de investigación y la custodia de la información obtenida antes mencionada, con estricta observancia de todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el proyecto presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 “Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana” y la Ley N° 19.628 “Sobre Protección de la Vida Privada”. Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT y las “Recomendaciones de la CMEIS para los Comités Ético Científicos (CECS) en la revisión de protocolos de investigación en contexto de pandemia por COVID-19 (6 de junio 2020).

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C - Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

En atención a todo lo anterior y considerando que el proyecto de tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería por la Universidad de Concepción, titulado “RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA, CHILE, 2021” presentado por el Enfermero Universitario SR. MIGUEL ANDREZ VALENCIA CONTRERA, junto a su Profesora Guía, DRA. SANDRA VALENZUELA SUAZO, docente del Departamento Adulto y Adulto Mayor de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas adoptadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT, y en consecuencia por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.


DRA. M. ANDREA RODRÍGUEZ TASTETS
PRESIDENTA

COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

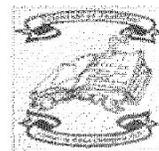


Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por:
Maria Andrea Rodríguez Tastets <andrea@udec.cl>
Certificado por E-Sign S.A. en conformidad a la Ley 19.799

ANEXO 8: APROBACIÓN CEC DEL SSA



Acta de Aprobación

En Antofagasta, Chile, con fecha 20 de agosto de 2021, el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Antofagasta, Comité Acreditado, Resolución Exenta N° 2160, del 07 de agosto de 2020, declara conocer el proyecto de investigación denominado, “ Riesgos Psicosociales y calidad de vida en equipos de salud de atención primaria, contexto de pandemia Covid-19, Antofagasta, Chile, 2021”, estudio de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, de corte transversal y correlacional, cuya muestra se estima que sean 248 trabajadores del equipo de salud de Atención Primaria de tres Centros de Salud Familiar, siendo investigador principal es el EU. Miguel Valencia Contrera y tutor académico es Dra. Sandra Valenzuela Suazo, la entidad patrocinadora es la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo, subdirección de Capital Humano, Beca Magíster Nacional, Proyecto de Tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería.

Según la Organización Mundial de la Salud las instituciones de salud de todo el mundo emplean a más de 59 millones de trabajadores que están expuestos a una variedad compleja de peligros para la salud y la seguridad todos los días, entre ellos se encuentran los riesgos psicosociales, los cuales se han asociado a problemas físicos y psicológicos, actualmente existen investigaciones que dan cuenta de ello, no obstante, en su mayoría son de predominio intrahospitalario, dejando de lado la Atención Primaria de la Salud, es ahí donde se enmarca su importancia de estudio, más aún en el actual contexto de salud que sufre Chile y el mundo producto de la pandemia por COVID-19, repercutiendo en la calidad de vida de los trabajadores del equipo de salud.

La ejecución de este proyecto de tesis presentado a revisión al Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Antofagasta, cumple con las normas éticas vigentes en esta institución y considera aspectos específicos del protocolo que deben seguir los sujetos que participarán en el mismo; resguarda su libertad, integridad y confidencialidad en el uso de información; no vulnera la dignidad de los sujetos; no constituye una amenaza bajo ninguna circunstancia ni causa daño emocional o moral a las personas que participen de la investigación. Proporciona información clara y transparente respecto de la investigación, asegurando el derecho a privacidad de los investigados.

Asimismo, no se establece pago ni incentivo económico a la participación de las personas, las cuales lo harán a entera voluntad y podrán desistir de participar en cualquier momento mientras la investigación se realice. Este proyecto, si bien pretende reclutar pacientes de los



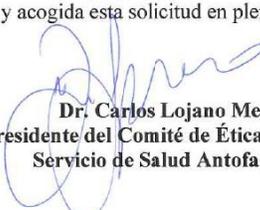
mismos médicos que participan en el estudio, se asegura la libertad de elección, dejando claramente establecido que pueden rechazar su participación, sin sufrir ningún menoscabo a la atención de salud a la que tienen derecho. Este proyecto de investigación respeta los derechos de los sujetos a consultar y cuida especialmente de invitar a los diferentes enfermos involucrados en el ámbito que se espera estudiar, señalando adecuadamente que de este estudio no se derivan beneficios individuales y sino para el desarrollo científico.

Aclarado la fuente de financiamiento particular, según los criterios establecidos de aranceles por el CEC SSA, según Reglamento Interno, vigente del 15 de marzo 2021, versión 1, para sometimiento y revisión de protocolos de investigación, en relación a Estudios o proyectos con financiamiento particular, como Tesis de Post grados, Tesis de Pre grado, sin intervención de sujetos participantes estudios o proyectos de investigación, que sean presentados por investigadores principales, se exime del costo del arancel por revisión expedita.

Cumpliendo con idoneidad y satisfaciendo la lista de requerimientos exhaustivos aplicables a dicho estudio y adjuntar la valoración de aspectos éticos, se acoge la documentación entregada a satisfacción, pudiendo iniciar la recolección de muestras e información.

Sin perjuicio de lo anterior y, considerando que la el proyecto de investigación no adjunta la aprobación previa de los directores de los Cesfam objetos del estudio, el interesado deberá obtener y acreditar con posterioridad a la presente resolución, en un plazo máximo de 30 días, contados desde la fecha de la resolución que ha obtenido las autorizaciones correspondientes de los directores de los respectivos Cesfam, bajo apercibimiento de dejarse sin efecto la presente resolución.

Dado en acta de reunión ordinaria del 17 de agosto 2021, el Comité de Ética Científico del Servicio de Salud Antofagasta, existiendo el quorum necesario y requerido, se resuelve la aprobación del estudio antes descrito, sujeto a comentarios, participaron sus miembros como consta en el libro de actas y acogida esta solicitud en pleno sin objeciones.


Dr. Carlos Lojano Mera
Presidente del Comité de Ética Científico
Servicio de Salud Antofagasta



ANEXO 9: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MUESTRA

Nº FOLIO _____

FECHA: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA, CHILE, 2021.

Tenemos el agrado de invitarlo/a para ser partícipe de la presente investigación, la cual se realiza bajo el contexto de obtención del grado de Magíster en Enfermería. El investigador responsable de este estudio es Miguel Valencia Contrera, RUN: 19.496.807-8, Enfermero, Candidato a Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción. Teléfono de contacto (disponible las 24 hrs): +56 9 32315909.

El objetivo de este consentimiento informado es que usted reciba toda la información necesaria para que decida aceptar o rechazar su participación en este estudio.

El objetivo general de esta investigación es analizar la relación de los riesgos psicosociales y la calidad de vida en trabajadores del equipo de salud en Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

Se trata de un estudio descriptivo-correlacional, lo que quiere decir que se medirá la relación entre dos o más variables, el riesgo conocido al respecto podría ser el compromiso emocional (sentirse mal emocionalmente) debido al recuerdo de las situaciones al cual se refiere el cuestionario, no obstante, el investigador responsable le proporcionará una contención emocional, si así usted lo requiere, de no ser suficiente además se gestionará una orientación con algún especialista de su centro de afiliación, el investigador responsable hará seguimiento de su caso en todo el proceso hasta ser atendido. Usted no debe incurrir en ningún tipo de gasto económico y tampoco recibirá beneficio de este tipo.

Su participación en el estudio consistirá en responder un instrumento una sola vez, que el investigador le proporcionará, el instrumento es autoaplicado, lo que quiere decir que deberá responderlo usted mismo, el cual contempla 61 preguntas, cuyo tiempo estimado para el desarrollo de este es de 30 minutos aproximadamente.

Se informa que usted está en absoluta libertad de retirarse del estudio cuando lo estime conveniente.

Se mantendrá en todo momento la confidencialidad de la información obtenida, esto en bases de datos que manejará sólo el investigador responsable, en un computador personal por un tiempo de 5 años considerándose dicho tiempo desde la publicación de los resultados, luego los archivos serán eliminados. Al decidir participar, usted acepta que los resultados obtenidos puedan darse a conocer al finalizar la investigación, manteniéndose su nombre de manera anónima en todo momento. Estos aportarán importante evidencia sobre la temática de los riesgos psicosociales y calidad de vida en Atención Primaria de la Salud en nuestro país.

Ante alguna duda sobre el estudio, puede comunicarse directamente con el investigador responsable. Así mismo, puede solicitar contacto con el comité ético científico de la facultad de enfermería de la Universidad de Concepción, quienes han aprobado la ejecución de este estudio. Su presidenta la Dra. Maritza Espinoza, medio de contacto teléfono: 41-2204898 y Correo electrónico: mespinoz@udec.cl

Con su acta de consentimiento, usted declara que:

- Se me han expuesto las razones de la realización del estudio.
- He tenido la posibilidad de negarme a ser incluido en el estudio.
- Se me ha comunicado que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento durante la investigación.
- Certifico que he leído o me ha sido leída esta autorización y consentimiento, y que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar, y que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto. Por lo tanto, acepto participar libre y voluntariamente en este estudio.

Nombre del participante: _____ Firma: _____ Fecha: / / /

Nombre del investigador
Responsable: _____ Firma: _____ Fecha: / / /

Director del centro/
Delegado / Ministro de
Fe: _____ Firma: _____ Fecha: / / /

ANEXO 10: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA PILOTO

Nº FOLIO _____

FECHA: ____/____/____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA, CHILE, 2021.

Estimado/a enfermero/a, medico/a o técnico de enfermería de nivel superior tenemos el agrado de invitarlo/a para ser partícipe de la prueba piloto de la presente investigación, de no existir inconvenientes sus respuestas pueden formar parte de la muestra final del estudio, la cual se realiza bajo el contexto de obtención del grado de Magíster en Enfermería. El investigador responsable de este estudio es Miguel Valencia Contrera, RUN: 19.496.807-8, Enfermero, Candidato a Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción. Teléfono de contacto (disponible las 24 hrs): +56 9 32315909.

El objetivo de este consentimiento informado es que usted reciba toda la información necesaria para que decida aceptar o rechazar su participación en este estudio.

El objetivo general de esta investigación es analizar la relación de los riesgos psicosociales y la calidad de vida en trabajadores del equipo de salud en Centros de Salud Familiar, en contexto de la pandemia por COVID-19, Antofagasta, Chile, 2021.

Se trata de un estudio descriptivo-correlacional, lo que quiere decir que se medirá la relación entre dos o más variables, el riesgo conocido al respecto podría ser el compromiso emocional (sentirse mal emocionalmente) debido al recuerdo de las situaciones al cual se refiere el cuestionario, no obstante, el investigador responsable le proporcionará una contención emocional, si así usted lo requiere, de no ser suficiente además se gestionará una orientación con algún especialista de su centro de afiliación, el investigador responsable hará seguimiento de su caso en todo el proceso hasta ser atendido. Usted no debe incurrir en ningún tipo de gasto económico y tampoco recibirá beneficio de este tipo.

Su participación en el estudio consistirá en responder un instrumento una sola vez, que el investigador le proporcionará, el instrumento es autoaplicado, lo que quiere decir

que deberá responderlo usted mismo, el cual contempla 61 preguntas, cuyo tiempo estimado para el desarrollo de este es de 30 minutos aproximadamente.

Se informa que usted está en absoluta libertad de retirarse del estudio cuando lo estime conveniente.

Se mantendrá en todo momento la confidencialidad de la información obtenida, esto en bases de datos que manejará sólo el investigador responsable, en un computador personal por un tiempo de 5 años considerándose dicho tiempo desde la publicación de los resultados, luego los archivos serán eliminados. Al decidir participar, usted acepta que los resultados obtenidos puedan darse a conocer al finalizar la investigación, manteniéndose su nombre de manera anónima en todo momento. Estos aportarán importante evidencia sobre la temática de los riesgos psicosociales y calidad de vida en Atención Primaria de la Salud en nuestro país.

Ante alguna duda sobre el estudio, puede comunicarse directamente con el investigador responsable. Así mismo, puede solicitar contacto con el comité ético científico de la facultad de enfermería de la Universidad de Concepción, quienes han aprobado la ejecución de este estudio. Su presidenta la Dra. Maritza Espinoza, medio de contacto teléfono: 41-2204898 y Correo electrónico: mespinoz@udec.cl

Con su acta de consentimiento, usted declara que:

- Se me han expuesto las razones de la realización del estudio.
- He tenido la posibilidad de negarme a ser incluido en el estudio.
- Se me ha comunicado que puedo revocar el consentimiento en cualquier momento durante la investigación.
- Certifico que he leído o me ha sido leída esta autorización y consentimiento, y que todas mis dudas han sido aclaradas antes de firmar, y que comprendo y estoy de acuerdo con todo lo anteriormente expuesto. Por lo tanto, acepto participar libre y voluntariamente en este estudio.

Nombre del participante: _____ Firma: _____ Fecha: / /

Nombre del investigador
Responsable: _____ Firma: _____ Fecha: / /

Director del centro/
Delegado/ Ministro de
Fe: _____ Firma: _____ Fecha: / /



ANEXO 11: INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

N° FOLIO:

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ASPECTOS BIOSOCIODEMOGRÁFICOS, RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA



Estimado trabajador, agradezco su interés en participar de este estudio, sus respuestas son muy importantes para medir cuál es su percepción de algunos aspectos relacionado con usted, su trabajo y su calidad de vida.

El presente instrumento cuenta con 61 preguntas en total, las cuales están divididas en tres partes:

1. La primera parte medirá aspectos personales de usted.
2. La segunda parte medirá aspectos asociados a su trabajo.
3. La tercera parte medirá aspectos asociados a su calidad de vida.

Le solicito por favor responder todas las preguntas, cada parte cuenta con un breve instructivo, de todas formas, si usted no está seguro sobre alguna respuesta, puede escoger la que le parezca más apropiada, en este instrumento no existen las respuestas incorrectas.

PARTE 1 DE 3: CUESTIONARIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO

Para responder elija **una sola** respuesta para cada pregunta, marque con una X la que considera que corresponde. **Debe responder todas las preguntas.**

I. Aspectos personales laborales

1. ¿En qué Centro de Salud Familiar (CESFAM) trabaja?

- CESFAM centro sur CESFAM norte CESFAM Juan Pablo

2. ¿A qué estamento pertenece?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> TENS | <input type="checkbox"/> Nutricionista | <input type="checkbox"/> Químico farmacéutico |
| <input type="checkbox"/> TENS ambulancia | <input type="checkbox"/> Matron(a) | <input type="checkbox"/> Médico(a) |
| <input type="checkbox"/> TENS dental | <input type="checkbox"/> Kinesiólogo(a) | <input type="checkbox"/> Cirujano dentista |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta ocupacional | <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo(a) | <input type="checkbox"/> Cirujano especialidad |
| <input type="checkbox"/> Tecnólogo médico | <input type="checkbox"/> Enfermero(a) | <input type="checkbox"/> Médico(a) especialista |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo(a) | <input type="checkbox"/> Asistente social | |

3. Indique la antigüedad en su puesto de trabajo.

- Menos de 6 meses 6 meses a 1 año 1 año un día a 3 años Mayor o igual a 3 años un día

4. Indique el tiempo que lleva trabajando en general (tiempo que lleva en su trabajo actual más trabajos anteriores).

- Menos de 6 meses 6 meses a 1 año 1 año un día a 3 años Mayor o igual a 3 años un día

5. Indique la unidad y/o servicio donde se encuentra trabajando.

6. Indique su tipo de contrato.

- Honorario Reemplazante Plazo fijo Indefinido Otro, ¿Cuál? _____

7. Indique el tipo de turno que realiza.

- Diurno Cuarto turno 24 hrs Otro, ¿Cuál? _____

8. ¿Usted trabaja en otra institución?

- No Sí, ¿en qué cargo? _____

II. Aspectos personales

9. Indique su sexo:

- Femenino Masculino No binario

10. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? Responda en día – mes – año

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

11. ¿Cuál es su situación de pareja?

- Con pareja Sin pareja

12. ¿Tiene hijos a su cuidado?

- No Sí ¿Cuántos? _____

13. ¿Tiene familiares a su cuidado?

- No Sí ¿Quién o quiénes? _____

14. ¿Cuál es su nivel de estudios?

- Técnico Universitario Postítulo Postgrado Postítulo y Posgrado

15. ¿Tiene alguna enfermedad diagnosticada?

- No Sí, ¿cuál o cuáles? _____

PARTE 2 DE 3: CUESTIONARIO SUSESO/ISTAS21 VERSIÓN BREVE

Para responder elija **una sola** respuesta para cada pregunta y marque con una X. **Debe responder todas las preguntas.** Recuerde que no existen respuestas buenas o malas. Lo que interesa es su opinión sobre los contenidos y exigencias de su trabajo.

Dimensión exigencias psicológicas		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
1	¿Puede hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día?					
2	En su trabajo, ¿tiene usted que tomar decisiones difíciles?					
3	En general, ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?					
4	En su trabajo, ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?					
5	¿Su trabajo requiere atención constante?					
Dimensión trabajo activo y desarrollo de habilidades		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
6	¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?					
7	¿Puede dejar su trabajo un momento para conversar con un compañero/a?					
8	¿Su trabajo permite que aprenda cosas nuevas?					
9	Las tareas que hace, ¿le parecen importantes?					
10	¿Siente que su empresa o institución tiene una gran importancia para usted?					
Dimensión apoyo social en la empresa		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
11	¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?					
12	¿Tiene que hacer tareas que usted cree que deberían hacerse de otra manera?					
13	¿Recibe ayuda y apoyo de su inmediato o inmediata superior?					
14	Entre compañeros y compañeras, ¿se ayudan en el trabajo?					
15	Sus jefes inmediatos, ¿resuelven bien los conflictos?					
Dimensión compensaciones		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
16	¿Está preocupado/a por si le despiden o no le renuevan el contrato?					
17	¿Está preocupado/a por si le cambian de tareas contra su voluntad?					
18	Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco					
Dimensión doble presencia		Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
19	Cuándo está en el trabajo, ¿piensa en las exigencias domésticas y familiares?					
20	¿Hay situaciones en las que debería estar en el trabajo y en la casa a la vez? (para cuidar un hijo enfermo, por accidente de algún familiar, por el cuidado de abuelos, etc.)					

PARTE 3 DE 3: CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otros aspectos de su vida. **Por favor conteste todas las preguntas.** Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante **las dos últimas semanas.** **Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos y marque con un círculo el número en la escala que mejor describa su respuesta.**

	Muy mal	Mal	Aceptable	Bastante bien	Muy bien
1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Aceptable	Satisfecho/a	Bastante satisfecho/a
2. ¿Está satisfecho/a con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas **se refieren a la intensidad con que usted ha vivido ciertos hechos en las dos últimas semanas.**

	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
3. ¿En qué medida piensa que el dolor físico le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿Hasta qué punto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad para concentrarse?	1	2	3	4	5
8. ¿Se siente seguro/a en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Hasta qué punto es saludable el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren **a la medida que ha sentido o ha sido capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.**

	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Tiene disponible la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto puede hacer actividades en su tiempo libre?	1	2	3	4	5

	Muy poco	Poco	Aceptable	Bien	Muy bien
15. ¿Es capaz de desplazarse por sí mismo?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren **al grado de satisfacción o felicidad** que usted ha sentido en varios aspectos de su vida **en las dos últimas semanas.**

	Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Moderadamente satisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a de cómo duerme?	1	2	3	4	5
17. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su capacidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a de sí mismo?	1	2	3	4	5
20. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con sus relaciones interpersonales?	1	2	3	4	5
21. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con el apoyo que recibe de sus amigos?	1	2	3	4	5
23. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25. ¿Hasta qué punto está satisfecho/a con su medio de transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere a la **frecuencia** con que usted ha tenido o experimentado ciertos sentimientos **en las dos últimas semanas.**

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos como tristeza, desesperación, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

ANEXO 12: AUTORIZACIÓN PARA EL USO “CUESTIONARIO SUSESO/ISTAS21 VERSIÓN BREVE”

Solicitud de autorización para el uso de "Cuestionario SUSESO/ISTAS21 versión breve" 

 Susesoistas21 <susesoistas21@suseso.cl>
Mar 29-09-2020 15:13    

Para: Usted

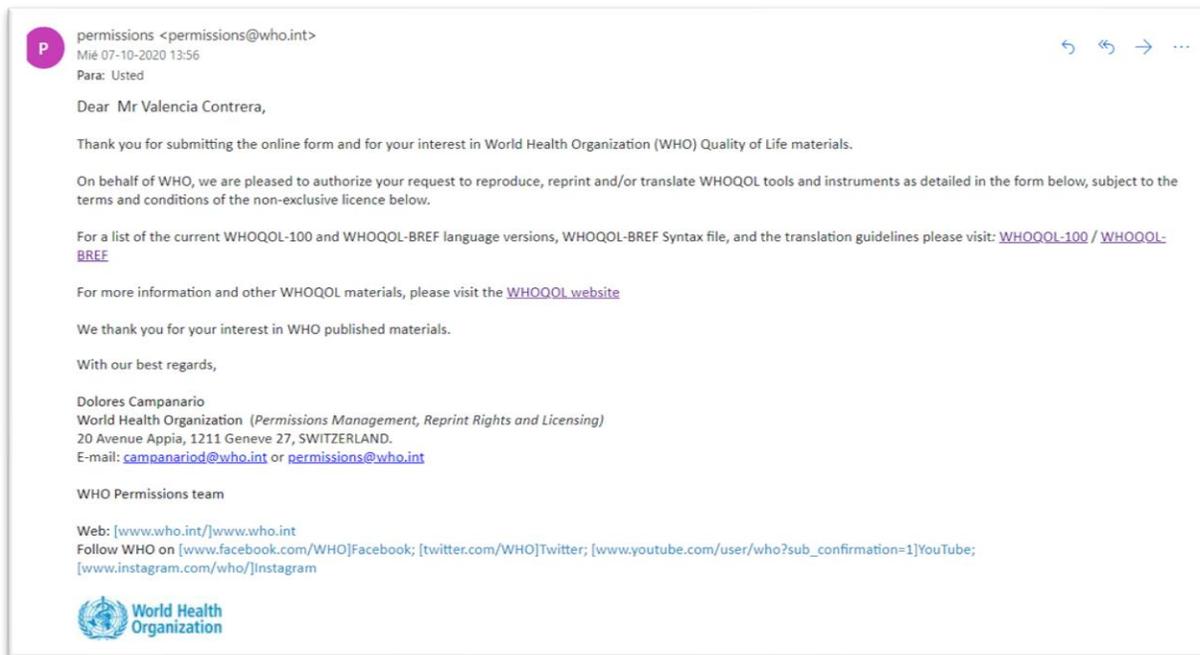
Miguel,
Junto con saludarlo y sobre su solicitud, le informamos que el cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo, SUSESO/ISTAS21, es de acceso libre y gratuito, quienes lo utilicen sólo deben cumplir con las condiciones de uso del instrumento y aplicar la metodología SUSESO/ISTAS21. Ambos aspectos están descritos y detallados en el Manual de uso del cuestionario que usted puede descargar en el siguiente link, en el que podrá revisar, además, preguntas frecuentes entre otros documentos.

Link: <https://www.suseso.cl/606/w3-article-19640.html>

Atte,
Equipo SUSESO/ISTAS21



ANEXO 13: AUTORIZACIÓN PARA EL USO DEL CUESTIONARIO WHOQOL-BREF



ANEXO 14: ASPECTOS ÉTICOS INVOLUCRADOS

Valor Social: *“la investigación debe partir de la especificación de los beneficiarios de la misma, apreciando la importancia de los problemas de salud que están siendo investigados, y definiendo el valor potencial de la investigación para cada uno de los involucrados”* (109). Actualmente Chile y el mundo están viviendo un proceso de salud complejo producto de la pandemia por COVID-19, esta indudablemente repercute en la salud de la población, acentuado en aquellos trabajadores de la salud que hacen frente al problema, pues han tenido un rol protagonista a la hora de atender a las necesidades de la población más aun considerando la importancia de la Atención Primaria, con su rol protagonista en la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA), es por ello que estudiar aquellos factores de riesgo psicosociales asociado a la calidad de vida en trabajadores de Atención Primaria resulta una tarea preponderante para generar el conocimiento necesario que dé cuenta de lo percibido por los trabajadores, para que en un futuro tomar las medidas necesarias en relación a los resultados.

Validez Científica: *“la investigación debe reflejar validez desde el diseño, el cual debe tener en cuenta el valor social para los beneficiarios”* (109). Se plantearon objetivos claros en la investigación, con un diseño de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y correlacional, el cual permitió establecer una relación entre las variables que se quiere estudiar, con la finalidad de dar respuestas y cumplir con los objetivos planteados.

Selección Justa de los Participantes: *“la investigación debe seleccionar la población de estudio de tal forma que garantice su validez científica”* (109). Se considera para la selección de la muestra todos los integrantes del equipo de salud de los tres Centros de Salud Primaria más grande de Antofagasta, puesto que serían estos los que reflejen más fidedignamente la problemática en cuestión, ya que en ellos se concentrarían la mayor cantidad de trabajadores; sumado a esto para la selección

de la muestra se considera respetar los criterios de inclusión y exclusión previamente descritos, sin discriminación entre los trabajadores y trabajadoras del equipo de salud de atención primaria. La investigación estará abierta a todos los trabajadores del centro de salud seleccionado, no existirá un grupo más favorecido que otro, la participación será voluntaria, lo anteriormente descrito puede ser objetivado en la firma de cada trabajador en el consentimiento informado, el cual demuestra su asentimiento con la información proporcionada.

Balance Riesgo-Beneficio Favorable: “si bien es cierto que la incertidumbre sobre la magnitud de los riesgos y beneficios asociados a un medicamento, dispositivo o procedimiento es inherente a la investigación clínica, la propuesta de investigación debe evaluar y sopesar los riesgos y beneficios potenciales a los que la población de estudio se expone durante la ejecución del proyecto, especialmente aquellos relacionados con el contexto de la salud” (109). Respecto a la proporción favorable de riesgo y beneficio se destacó que la presente investigación, beneficia a los trabajadores del equipo de salud, ya que permite identificar las problemáticas que ellos mismos viven, de tal forma que se puedan en un futuro desarrollar intervenciones para su manejo; no obstante, en la revisión minuciosa de la presente investigación se identificaron riesgos asociados al compromiso emocional provocado por cualquier pregunta del instrumento de valoración, ante ello el investigador responsable, está preparado para realizar contención en crisis según necesidad, y aplicar el Protocolo elaborado para atender justamente aquellas situaciones previstas (Anexo 16).

Se tomarán las medidas necesarias para prevenir que no ocurran riesgos asociados a la privacidad de la información personal de los participantes a través de la mantención en todo momento la confidencialidad de la información obtenida, esto en bases de datos que manejará sólo el investigador responsable, en un computador personal por un tiempo de 5 años considerándose dicho tiempo desde la publicación de los resultados, luego los archivos serán eliminados. Para la publicación de los resultados los nombres de los participantes serán anonimizados.

Evaluación Independiente: *“la investigación y sus procesos de implementación deben garantizar el acceso a la veeduría pública que dé cuentas del proceso de desarrollo de la propuesta investigativa, la puesta en marcha de la misma y la difusión de los resultados, teniendo en cuenta no solo las evaluaciones correspondientes a la ley y los reglamentos vigentes, sino la evaluación y el seguimiento de los comités de ética”* (109). Respecto a este criterio la presente investigación cuenta para su realización con el apoyo y asesoría de expertos en el área, por otro lado, estará evaluado por al menos tres comités de ética para dar paso a la aplicación de la misma, los cuales son: comité ético científico de la facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, comité de ética vicerrectoría de Investigación y desarrollo, bioética y seguridad de la Universidad de Concepción y comité ético científico del servicio de salud de Antofagasta.

Consentimiento Informado: *“el consentimiento muestra respeto por la autonomía del individuo, destacando que, con la información apropiada sobre la investigación, las personas deben tomar sus propias decisiones acerca de si quieren participar o continuar participando en ella”* (109). Este estudio contempla la firma del consentimiento informado para su aplicación, el cual fue desarrollado exclusivamente para este proyecto con todos los antecedentes necesarios. Se proporcionará la información necesaria a cada trabajador y se le hará entrega del consentimiento informado (Anexo 9 y 10), dándole a conocer los detalles de la investigación, además explicándole acerca de aspectos como confidencialidad y anonimato en sus respuestas, así como los beneficios y probables riesgos de estudio que se puedan generar durante todo el tiempo que dure la investigación, el participante tendrá el derecho a negarse de participar de la investigación.

Respeto por los Participantes: *“el respeto por el sujeto se construye, guardando coherencia entre lo que se le expone en el consentimiento y las acciones que se llevan a cabo en el estudio, y se fortalece al informar a tiempo a los participantes si hay cambios en el balance riesgo-beneficio”* (109). Para este aspecto se consideró la posibilidad que el trabajador libremente y de manera voluntaria pudiera cambiar de

opinión en cualquier momento a participar o no del estudio, a pesar de haber firmado el consentimiento informado. Se les informará del derecho en todo momento a solicitar información de los resultados a las instituciones y participantes del estudio, de acuerdo con los intereses de cada uno, cuya modalidad será vía correo electrónico.

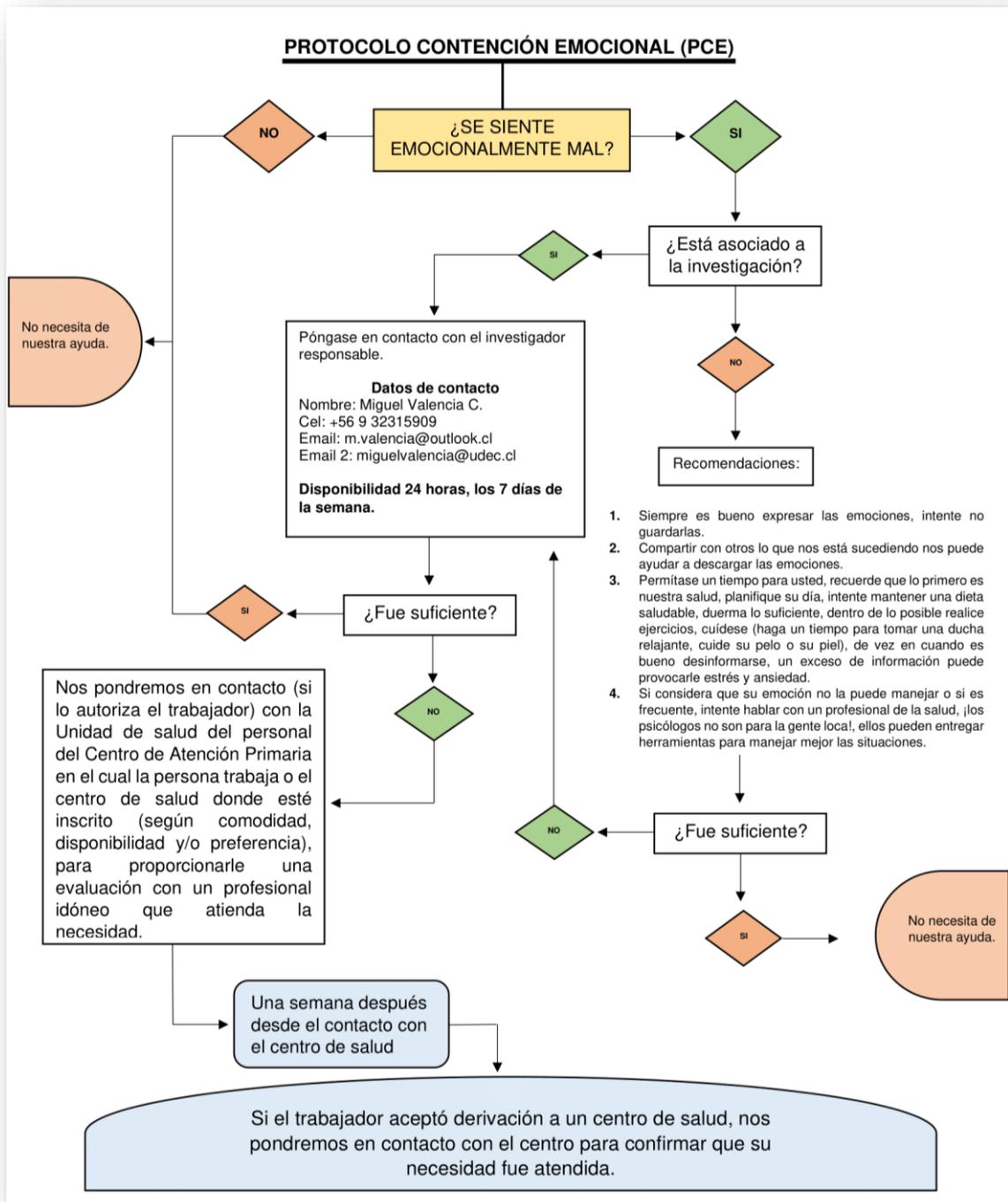
Asociación Colaborativa: *“la colaboración entre investigadores y comunidad construyen el principio de la investigación colaborativa, el cual supone que la comunidad en donde se lleva a cabo la investigación debe favorecer y participar en el esfuerzo investigativo, lo que incluye, además, definir si la comunidad recibirá beneficios como resultado de la investigación y garantizar que la comunidad no será explotada durante el proceso”* (109). Para lograr este principio se cuenta con una carta de interés de parte de la directora de salud municipal de Antofagasta (Anexo 17), del director del CESFAM centro sur (Anexo 18), director del CESFAM Juan Pablo II (Anexo 19) y director del CESFAM norte (Anexo 20), además se considera necesario el contacto con los encargados de cada centro de salud que participa en el estudio una vez terminada la investigación, para la entrega de los resultados del trabajo realizado, constatando la importancia de la temática estudiada, además de dar sentido a la investigación, tributando hacia un aporte significativo en la salud de la población diana; por otro lado, también será una instancia para incentivar al equipo de salud a tomar consciencia e involucrarse en la investigación en esta área.

ANEXO 15: PLAN DE TRABAJO

	2021												2022		
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Entrega proyecto de tesis															
Defensa proyecto de tesis															
Preparación del proyecto, entrega y aprobación de comité de ética y entrevista con CESFAM															
Aplicación prueba piloto															
Recolección de datos															
Análisis de datos, resultados, discusiones															
Entrega de borrador de tesis															
Entrega de tesis a comisión															
Preparación y defensa de tesis															
Preparación de manuscrito para su publicación															

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 16: PROTOCOLO DE CONTENCIÓN EMOCIONAL



Fuente: elaboración propia.

ANEXO 17: CARTA DE INTERÉS DE DIRECTORA DE SALUD MUNICIPAL



Programa Magíster en Enfermería



CARTA DE INTERÉS DEL ORGANISMO RELACIONADO

Antofagasta, 17 de diciembre del año 2020

La Directora (S) de Salud Municipal de Antofagasta, Sra. Cynthia Moroso Leyton, a través del presente documento manifiesta su interés en participar en el proyecto de investigación denominado **"RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE CENTROS DE SALUD FAMILIAR DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19, ANTOFAGASTA 2021"**, cuyo investigador responsable es el Lic. Miguel Valencia Contrera, en el contexto de sus estudios de posgrado, programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.



Cynthia Moroso Leyton
[Signature]

Nombre y Firma de representante del organismo

ANEXO 18: CARTA DE INTERÉS DE DIRECCIÓN DE CESFAM CENTRO-SUR



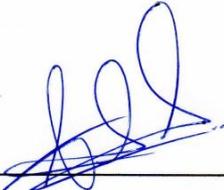
Programa Magíster en Enfermería



CARTA DE INTERÉS DEL ORGANISMO RELACIONADO

Antofagasta, 13 de septiembre del año 2021

El director (S) del Centro de Salud Familiar Centro Sur de Antofagasta, la Sr. Pedro Rivera Soto, a través del presente documento manifiesta su interés en participar en el proyecto de investigación denominado **"RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA, CHILE 2021"**, cuyo investigador responsable es el Lic. Miguel Valencia Contrera, en el contexto de sus estudios de posgrado, programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.

 Pedro Rivera Soto

Nombre y Firma de representante del organismo



ANEXO 19: CARTA DE INTERÉS DE DIRECCIÓN DE CESFAM JUAN PABLO II



Programa Magíster en Enfermería



CARTA DE INTERÉS DEL ORGANISMO RELACIONADO

Antofagasta, 16 de agosto del año 2021

La Directora del Centro de Salud Familiar Juan Pablo II de Antofagasta, Sra. NAVESKA PINOCHET ROJAS, a través del presente documento manifiesta su interés en participar en el proyecto de investigación denominado **"RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA, CHILE 2021"**, cuyo investigador responsable es el Lic. Miguel Valencia Contrera, en el contexto de sus estudios de posgrado, programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.



Nombre y Firma de representante del organismo

ANEXO 20: CARTA DE INTERÉS DE DIRECCIÓN DE CESFAM NORTE



Programa Magíster en Enfermería



CARTA DE INTERÉS DEL ORGANISMO RELACIONADO

Antofagasta, 16 de agosto del año 2021

El Director de Salud Municipal de Antofagasta, el Sr/Sra. José Antonio Cárdenas U., a través del presente documento manifiesta su interés en participar en el proyecto de investigación denominado "RIESGOS PSICOSOCIALES Y CALIDAD DE VIDA EN EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA, CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19, ANTOFAGASTA, CHILE 2021", cuyo investigador responsable es el Lic. Miguel Valencia Contrera, en el contexto de sus estudios de posgrado, programa de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción, Chile.


JOSE CARDENAS URQUIETA
KINESIOLOGO
RUT: 8.674.917-8



Nombre y Firma de representante del organismo