

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA LA SALUD MENTAL DE TRABAJADORAS/ES DE SALUD PÚBLICA POSTCATÁSTROFES

Elisa Ansoleaga

Investigadora del Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo
Facultad de Psicología
Universidad Diego Portales

Magdalena Ahumada

Departamento de Salud Ocupacional
Instituto de Salud Pública
mahumada@ispch.cl

El trabajo en catástrofes y emergencias reviste riesgos para la salud de las y los trabajadores. Este artículo identifica el estado de salud mental de las y los profesionales de salud pública que han trabajado en contexto de desastres socionaturales, y los factores protectores y de riesgos que los/as afectan. El método consideró la sistematización de material proveniente de intervenciones en 5 regiones afectadas por catástrofes en Chile. Se elaboró un modelo de talleres de apoyo psicológico de 3 horas, a grupos de 20 a 25 funcionarios pertenecientes a un mismo establecimiento de salud pública de zonas más afectadas. Se aplicó análisis de contenido a los informes de salida de los talleres y se establecieron 3 categorías de análisis: estado de salud mental, factores de riesgo y de protección para la salud mental. Los resultados nos muestran problemas tales como ansiedad, trastornos del sueño, labilidad emocional y agotamiento psíquico; factores de riesgo para la salud mental vinculados a condiciones subóptimas de trabajo, provocando desgaste profesional; factores protectores como la vocación de servicio público, compromiso y solidaridad. Se identifican ciertos elementos comunes de riesgo y de protección para la salud psicológica de quienes enfrentan la primera respuesta en emergencias y catástrofes.

Palabras claves: Salud mental; salud ocupacional; salud pública

The work in catastrophes and emergencies involves risks for workers' health. This article identifies the state of mental health of public health workers who have been working in the context of socionatural disasters, and the protector and risk agents that affect them. The method considered the systematization of material coming from interventions in five regions affected by catastrophes in Chile. A model of three-hour workshops of psychological support was elaborated, consisting of groups of 20 to 25 workers from the same public health facility in the most affected zones. Content analysis was applied to the output reports of the workshops and three analysis categories were established: mental health state, risk and protection agents of mental health. The results show us problems such as anxiety, sleep disorders, emotional lability and psychic fatigue; risk agents for mental health linked to suboptimal working conditions, causing burnout; protector agents such as the vocation of public service, commitment and solidarity. Certain common risk and protection elements of mental health of people who face the first response in emergencies and catastrophes are identified.

Keywords: Mental health; occupational health; public health.

INTRODUCCIÓN

Una catástrofe socionatural constituye una situación de amenaza para una comunidad, tiene la característica de ser extraordinaria y desborda la capacidad de respuesta institucional y comunitaria (Ascaïni, Luna, & Tejo, 2016). Estos sucesos tienen diversos impactos en el medio construido, natural y en lo social, dando por resultado muertes, cambios en dinámicas familiares, comunitarias, y en la productividad (Vargas, 2002). Debido a sus condiciones geográficas y geológicas, Latinoamérica es una región que ha experimentado en repetidas ocasiones catástrofes como eventos volcánicos, sísmicos, y fluctuaciones climáticas como huracanes, entre otros (Dauer, 2020). Se estima que en los últimos 30 años, América Latina ha sido afectada por un promedio de 32,4 desastres por año, calculándose más de 226.000 muertes (Charveriat, 2000). Específicamente en Chile, existen constantes riesgos de erupciones volcánicas, incendios, sismos, inundaciones o sequías, marejadas y tsunamis, los cuales al año 2010 habían cobrado al menos 1.300 víctimas fatales en los mayores desastres naturales desde 1980 (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, 2010).

La experiencia en intervenciones posteriores a desastres socionaturales establece fases y mecanismos de acción para la reducción de daños físicos, sociales y emocionales de la población afectada (Rodríguez, Zaccarelli, & Pérez, 2006). Las intervenciones realizadas en Chile han seguido estas pautas, evaluando y sugiriendo mejoras como la coordinación efectiva de la asistencia, focalización de recursos en población más vulnerable como jóvenes y niños, mujeres y equipos de atención (Méndez, Leiva, Bustos, Ramos, & Moyano-Díaz, 2010).

Con todo, los esfuerzos de intervención suelen enfocarse principalmente al tratamiento de la comunidad afectada, sin atender suficientemente al impacto psicológico y emocional que el trabajo en catástrofes tiene en los equipos de primera respuesta, entre ellos, los trabajadores/as de salud pública de todos los niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) que se mantienen activos y se despliegan en contextos de catástrofes.

Trabajar en salud supone lidiar con múltiples riesgos laborales, entre los cuales destacan las altas exigencias psicológicas tanto emocionales como cuantitativas, que ponen en riesgo el bienestar y salud de las/os trabajadoras/es (Acevedo, Sánchez, Farías, & Fernández, 2013; Ansoleaga, 2015; Ansoleaga, Artaza, & Suarez, 2012; García-Rodríguez, Gutiérrez-Bedmar, Bellón-Saameño, Muñoz-Bravo, & Fernández-Crehuet Navajas, 2015). Asimismo, se han identificado ciertos factores protectores del bienestar y la salud que posibilitan la continuidad y compromiso del trabajo en este sector, tales como la evaluación del ambiente de trabajo y desarrollo de habilidades (Acevedo et al., 2013; Bustillo-Guzman et al., 2015; Carrillo-García, Ríos-Rísquez, Escudero-Fernández, & Martínez-Roche, 2018; García-Rodríguez et al., 2015; Molina, Pérez, Espinoza, & López, 2013; Uribe, Martínez, & Rodríguez, 2015).

Los habituales riesgos para la salud del personal sanitario se intensifican en una situación de catástrofe y pueden ser nocivos para la salud y bienestar de las y los trabajadores, especialmente si se consideran las condiciones subóptimas en que se realiza el trabajo en situación de catástrofe: extenuantes e ininterrumpidas jornadas laborales, desgaste emocional asociado al trato con usuarios afectados, y en general, la exposición

constante al sufrimiento humano sin contar con espacios para su tramitación en los equipos.

En ese mismo sentido y atendiendo a las complejas condiciones laborales que presentan las y los trabajadores de la salud en contexto de desastres socionaturales, así como también en la actual pandemia (Kisely et al., 2020), se hace relevante considerar la vulnerabilidad de Chile -y en general de la región americana- ante los efectos psicológicos que las situaciones antes mencionadas tienen en los equipos de primera respuesta del sistema público de salud.

Si bien los desastres naturales no pueden ser prevenidos, parte de las consecuencias que estos eventos tienen en la población si pueden ser evitadas o mitigadas, por ejemplo, preparando una infraestructura adecuada (cumplir estándares en la edificación en el caso de los sismos) y realizando acciones de psicoeducación que permitan contar con una población mejor preparada para afrontar eventos de gran magnitud. Asimismo, el bienestar de la población en situación de catastrofes está críticamente vinculado con quienes proveen los servicios básicos y, en consecuencia, con las condiciones materiales, relacionales y formativas que tienen para hacerlo. Por lo anterior, los equipos de salud, y especialmente los de salud pública, deben reconocerse como una población que requiere ser entrenada y asistida para un mejor enfrentamiento de estas situaciones. El propósito de este artículo es identificar el estado de salud mental de las y los profesionales de salud pública que han trabajado en contexto de desastres socionaturales, y los factores protectores y de riesgos que los/as afectan.

Para esto se recoge y sistematiza la experiencia acumulada de la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales que, desde el año 2010, con financia-

miento del Ministerio de Salud de Chile y el soporte de la Organización Panamericana de Salud, realizó talleres de apoyo psicosocial para trabajadores sanitarios involucrados en la respuesta a catástrofes naturales, con el objeto de brindar apoyo emocional para disminuir la probabilidad de que el estrés propio del trabajo en salud derive en daños para la salud mental de los trabajadores sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

La sistematización de la experiencia (Francke & Morgan, 1995; Tapella & Rodríguez-Bilella, 2014) considera datos provenientes de tres procesos de intervención realizadas en regiones afectadas por catástrofes. La primera, realizada posterior al terremoto del 27 de febrero del 2010 en las regiones de O'Higgins, Biobío y Metropolitana. La segunda, luego de la emergencia hidrometeorológica del 26 de marzo de 2015 en Atacama y finalmente, la tercera intervención fue implementada posterior al terremoto del 16 de septiembre del 2015 en Coquimbo. En total se realizaron 100 talleres de intervención psicosocial con la participación de al menos 1600 funcionarios de salud.

Se elaboró un modelo de talleres de apoyo psicológico que contempló la realización de una sesión de 3 horas, a grupos de 20 funcionarios de un mismo establecimiento perteneciente a la red pública de salud de las zonas más afectadas. La selección de los participantes fue realizada por el Ministerio de Salud de Chile en coordinación con equipos locales, quienes identificaron a equipos de salud de las zonas más afectadas en cada catástrofe. Cada sesión fue guiada por dos psicólogas/os, contemplando cinco fases para su desarrollo:

Una primera fase en donde se realiza el encuadre del espacio, acuerdos éticos y presentación de facilitadores. Una segunda fase en donde se conforma el equipo de

trabajo a través de actividades que promueven la presentación entre los participantes, así como también la identificación del nivel de comunicación y organización; las fortalezas y debilidades del equipo; y la identificación de roles adoptados y balance entre la atención a las necesidades del otro y las propias. Una tercera fase de revisión de las respuestas físicas y psicológicas frente al estrés mediante actividades que promovían la significación y puesta en común de la experiencia vivida. Una cuarta fase de identificación de factores de riesgo y protectores mediante actividades que permiten la identificación de consecuencias de la catástrofe en su quehacer profesional, factores de riesgo para la salud del equipo. Una quinta fase de sistematización de las propuestas de los propios equipos en torno a los factores protectores. Se realizaron plenarios de cierre y evaluación cualitativa de la sesión.

Todas las intervenciones resguardaron la confidencialidad y voluntariedad en la participación (Lucía Noreña, Alcaraz-Moreno, Rojas, & Rebolledo-Malpica, 2012). El material analizado surge de los informes emitidos por cada equipo ejecutor compuesto por un par de psicólogos/as. En ellos se registró el desarrollo de la sesión en base a una pauta estructurada que incluía: 1) Resultados de evaluación de la sesión realizada por los participantes y 2) Observaciones y sugerencias en relación a potencialidad y debilidades del equipo y/o establecimiento con énfasis en la protección de la salud mental de los propios funcionarios y de la población a cargo. El análisis final consideró 94 informes, excluyendo 6 informes incompletos.

El método utilizado fue el análisis de contenido cualitativo. Para eso se siguieron las siguientes fases: Elaboración de datos, reducción de datos, inferencia y

análisis (Krippendorff, 1990). De este proceso se desprenden tres categorías: 1) Situación de salud mental de las/los trabajadoras, entendida siguiendo la definición de la OMS como el estado de completo bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar fructíferamente y hacer una contribución a la comunidad; 2) Factores de riesgo y 3) Factores protectores, los que se comprenden como aquellos aspectos del diseño del trabajo, de la organización y de la dirección del trabajo y sus contextos sociales y organizacionales que tienen el potencial de causar daño psicológico, físico o social a los trabajadores o de aumentar el bienestar y desarrollo integral del trabajador, generando la satisfacción laboral requerida por las personas en su entorno de trabajo (Melià et al., 2015). Estas categorías fueron construidas a partir del análisis propuesto anteriormente y configuradas según criterio semántico, es decir, temas comunes y explicativos de la categoría.

RESULTADOS

Estado de salud mental de los trabajadores

Con respecto al estado de salud mental de los trabajadores/as, la totalidad de los participantes refieren síntomas como el cansancio asociado a jornadas de trabajo extenuantes, trastornos del sueño (específicamente insomnio, angustia y ansiedad ante la incertidumbre, labilidad emocional y agotamiento psíquico), trastornos en la alimentación, dolores musculares y contracturas, así como también el aumento en el consumo de alcohol y cigarrillos.

Factores de riesgo para la salud mental

Con respecto a los factores de riesgo, los equipos de salud refieren un conjunto de situaciones que afectarían negativamente su salud mental y que estarían

estrechamente ligadas a la situación de emergencia, y en particular, a las condiciones de trabajo. Los grandes esfuerzos que despliegan cotidianamente por sostener la atención y servicio, en condiciones subóptimas, provoca en ellos síntomas propios del desgaste profesional, desmotivación, y pérdida de interés por las tareas.

Al respecto, reportan la falta de cuidado de la salud de los trabajadores por parte de las instituciones, y cierta idea de sostener una “falsa regularidad” en un contexto que es extraordinario. Destacan el daño sufrido en infraestructura para realizar el trabajo y condiciones laborales tales como desorganización, precariedad e insuficiencia del espacio provisorio para llevar a cabo las tareas, falta de insumos, inestabilidad laboral y escasa coordinación dentro de los equipos de emergencia. Sumado a lo anterior, se agudizan los riesgos psicosociales del trabajo, particularmente asociados a la demanda psicológica, carencia de reconocimiento institucional y de jefaturas, problemas interpersonales derivados de la tensión de enfrentar situaciones límites, falta de autonomía para tomar decisiones y sobrecarga de trabajo.

Además, se agregan situaciones que empeoran las dificultades propias del trabajo en situación de emergencia, entre ellas, problemas de comunicación y coordinación, así como también la falta de información sobre cómo actuar y/o enfrentar una nueva emergencia, los problemas sanitarios y ambientales derivados de la catástrofe también son fuente de preocupación. Dentro de esta situación, también se enfrentan a usuarios difíciles y no respetuosos, ocurren fallas en el liderazgo de jefaturas, autoridades y liderazgo institucional, y problemas estructurales del sistema relativos al diseño del trabajo.

Factores protectores para la salud mental

Esta categoría alude a fortalezas del equipo que facilitarían la protección de la salud mental en situación de catástrofe. Las y los trabajadores hacen referencia a la vocación y servicio público, es decir, al sentido y significado otorgado al trabajo que desempeñan; al equipo o pertenencia al colectivo, mencionando como características relevantes el compromiso, solidaridad, voluntad, alegría y unidad dentro de los equipos; a los

Estado de salud mental	Factores protectores	Factores de Riesgo
<ul style="list-style-type: none"> * <i>Insomnio</i> * <i>Angustia</i> * <i>Ansiedad</i> * <i>Labilidad emocional</i> * <i>Agotamiento psíquico</i> * <i>Dolores musculares</i> * <i>Aumento consumo alcohol y tabaco</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Sentido del trabajo</i> * <i>Trabajo en equipo</i> * <i>Optimismo y resiliencia</i> * <i>Valoración de lo local</i> * <i>Competencias técnico-profesionales</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Exigencias psicológicas emocionales</i> * <i>Carencia de reconocimiento</i> * <i>Falta de autonomía</i> * <i>Sobrecarga de trabajo</i> * <i>Falta de liderazgo</i>

Figura 1. Estado de salud mental, factores de riesgo y factores protectores identificados en los participantes.

valores personales como el optimismo y resiliencia; a la valoración de lo local como territorio propio que les permite mantener cercanía y satisfacción en la atención en salud para sus comunidades. Finalmente se refieren a las competencias humanas y técnico-profesionales que poseen para actuar y a los desafíos tanto personales como profesionales que impulsan el compromiso laboral, la entrega y disponibilidad ante la emergencia. En la figura 1 se realiza un resumen de los principales resultados en relación tanto al estado de salud mental de los participantes como a las factores de riesgo y factores protectores que se pudieron identificar.

Discusión y sugerencias de acción futura

Los resultados presentados constatan el nivel de afectación en la salud mental de trabajadores y trabajadoras sanitarios en tres situaciones de emergencias e identifican ciertos elementos comunes de riesgo y protección para la salud mental de quienes enfrentan la primera respuesta (Arraigada, Verón, & Cepeda, 2016; Maceo, Cusco, Ruiz, & Rasua López, 2016; Valero, 2006). Dentro de los factores de riesgo identificados existe concordancia con lo planteado por la evidencia, en relación a que las y los trabajadores sanitarios se encuentran expuestos a altas exigencias psicológicas, entre las que destacan las exigencias emocionales debido al trato con usuarios, y las cuantitativas, asociadas a la sobrecarga de trabajo (Acevedo, Sánchez, Farías, & Fernández, 2013; Ansoleaga, 2015; Ansoleaga, Artaza, & Suarez, 2012; García-Rodríguez, Gutiérrez-Bedmar, Bellón-Saameño, Muñoz-Bravo, & Fernández-Crehuet Navajas, 2015).

Por otro lado, se observa que en situación de catástrofe, se potencian factores protectores identificados en la evidencia internacional tales como el sentido

y significado del trabajo, la valoración del ambiente, especialmente en relación con el trabajo en equipo y las competencias técnico-profesionales que permiten el desarrollo de habilidades (Acevedo et al., 2013; Bustillo-Guzman et al., 2015; Carrillo-García, Ríos-Rísquez, Escudero-Fernández, & Martínez-Roche, 2018; García-Rodríguez et al., 2015; Molina, Pérez, Espinoza, & López, 2013; Uribe, Martinez, & Rodriguez, 2015).

Estos resultados deben ser analizados en el contexto amplio del escenario laboral en servicios públicos de salud, es decir, es necesario considerar que además de la carga física y mental (requerimientos cognitivos) supone una importante carga psíquica que incluye aspectos psicosociales, afectivos y relacionales. Además, el trabajo en servicios públicos supone el aumento de presión debido a una demanda creciente de usuarios, de sistemas de turnos que conflictúan la relación entre el trabajo y la vida, y el uso intensivo de tecnologías de la información y comunicación que dificultan la distinción entre momentos de trabajo y no trabajo. Por ello, los cambios en las condiciones y organización del trabajo en servicios públicos ponen de manifiesto la emergencia e impacto que los factores psicosociales laborales tienen en la salud de los trabajadores, tal como ha mostrado la evidencia nacional (Ansoleaga, 2015; Ansoleaga et al., 2012; Palma, 2020) e internacional (Acevedo et al., 2013; Bustillo-Guzman et al., 2015; Carrillo-García et al., 2018; García-Rodríguez et al., 2015; Molina et al., 2013; Uribe et al., 2015).

Desatender el contexto y las condiciones del trabajo en salud pública puede impedir comprender la envergadura y complejidad del trabajo en salud frente a un desastre siconatural, y sus efectos en el bienestar y la salud de las y los trabajadores de la salud pública.

Por ello, tenerlo presente y considerar las dimensiones de la organización del trabajo es un aspecto clave para proteger la salud mental de los equipos de salud (Valero, 2006): En primer lugar, porque desindividualiza el problema, es decir, el malestar o los problemas de salud mental derivados del trabajo en emergencias no se reduce al resultado de cierta vulnerabilidad individual o a una merma en la capacidad de afrontamiento de las trabajadoras y trabajadores, sino que debe atenderse asumiendo al trabajo como un importante determinante social de la salud mental (OMS, 2011). Lo anterior, permite promover la empatía entre pares, elevando el reconocimiento de síntomas propios o de compañeros y, en consecuencia, habilita a las personas y a los equipos de salud para iniciar acciones de cuidado y solicitud de ayuda a otros. En segundo lugar, el reconocimiento de la afectación emocional de las/los trabajadores de la salud derivadas de la emergencia, permitirá mantener la motivación de servicio y compromiso que demuestran lo que sabemos tiene un correlato en el bienestar de las trabajadoras y trabajadores e impacta en la provisión de un mejor servicio a la población.

Los aprendizajes provenientes de la experiencia de acompañamiento a trabajadores de la salud post emergencia, permiten también identificar aspectos relevantes para la acción futura en materia de protección de la salud mental de trabajadoras y trabajadores de la salud:

a) Se requiere una mirada comprensiva que atienda los distintos niveles organizacionales (individual, de los equipos de trabajo, y organizacional) en el marco de una comunidad devastada y exigida. b) Desarrollar acciones de reconocimiento para las y los trabajadores, relacionado al sufrimiento que experimentan, a los esfuerzos desplegados, y al compromiso institucional y vocación

pública. c) Generar un liderazgo efectivo de las jefaturas de los centros de atención, pero también de las autoridades políticas en la zona. d) Lo local debe comandar el proceso de toma de decisiones, es decir, todo equipo de salud en situación de emergencias enfrentará dilemas y tensiones en relación al cumplimiento de metas anuales y nacionales. Se requiere realismo en torno a los compromisos que el nivel local establece con el nivel central y la debida flexibilidad y apoyo que este último le debe a una zona en situación de catástrofe. e) Privilegiar la vigilancia a la salud mental de los funcionarios, contando con un screening para estimar la demanda por atención en salud mental, monitorear y atender casos graves que requieran derivación a especialistas; ofrecer contención emocional y protección en casos no críticos que podrían agravarse. f) Necesidad de una sociedad mejor preparada: la combinación de una población no educada en el enfrentamiento de catástrofes sumado a trabajadoras/es no preparadas/os, dan por resultado un riesgo aumentado de problemas de salud mental a nivel comunitario y deriva en un aumento de la presión asistencial. La formación sobre el enfrentamiento de situaciones de emergencias y catástrofes debería ser incorporado en los primeros niveles de educación formal, y los trabajadores esenciales y de primera respuesta debiesen ser preparados en su ingreso a los servicios de salud pública. g) Protección de la salud mental de los trabajadores de la salud a través de medidas que permitan prevenir y controlar la exposición a riesgos derivados del trabajo en emergencias y evitar o mitigar sus efectos; crear una institucionalidad permanente y de carácter local, en materia de calidad de vida laboral y salud.

Estas reflexiones que surgen de la experiencia de acompañamiento a equipos de salud post catástrofes no pretenden ser reglas de actuación, sino más bien se proponen como advertencias o condiciones que permitirían un mejor desempeño. Mediante la información levantada ha sido posible constatar que las situaciones de emergencia y catástrofe intensifican y multiplican los riesgos psicosociales que los trabajadores de salud enfrentan cotidianamente en su labor, al mismo tiempo que emergen problemas de planificación, información y comunicación que entorpecen el buen desempeño de los servicios y generan malestar en los trabajadores.

Este artículo presenta limitaciones tales como la selección de los participantes, que fue guiada por los organismos solicitantes y no es clara en relación a la representación del universo total. Sumado a lo anterior, se plantea la dificultad de generar conocimiento a través de una intervención, en relación a la formulación de objetivos y recolección de datos.

A pesar de lo anterior, sostenemos el valor de difundir estas reflexiones dada la carencia de resultados de esta naturaleza en Chile y América Latina, el alto riesgo de enfrentar nuevas catástrofes siconaturales y/o pandemias, y las nocivas consecuencias que tienen para la promoción del bienestar y prevención de problemas psicosociales en el personal de salud (Kisely et al., 2020).

REFERENCIAS

- Acevedo, G. E., Sánchez, J., Farías, M. A., & Fernández, A. R. (2013). Riesgos Psicosociales en el Equipo de Salud de Hospitales Públicos de la Provincia de Córdoba, Argentina. *Ciencia & Trabajo*, 15(48), 140-147. <https://doi.org/10.4067/s0718-24492013000300006>
- Ansoleaga, E. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 47-55. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000100006>
- Ansoleaga, E., Artaza, O., & Suarez, J. (2012). *Personas que cuidan personas*. Santiago: OPS/OMS.
- Arraigada, M., Verón, M. A., & Cepeda, C. (Diciembre de 2016). La psicología de la emergencia en el marco de la ley nacional de salud mental. Simposio llevado a cabo en VII Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata, Argentina.
- Ascaïni, I., Luna, M. E., & Tejo, M. (2016). Intervenciones psicosociales en catástrofes socio-naturales Experiencias extensionistas de la Facultad de Psicología de la UNLP. *Anuario Temas en Psicología*, 1, 51-73.
- Bustillo-Guzman, Rojas-Meriño, J., Sánchez-Camacho, A., Sánchez-Puello, L., Montalvo-Prieto, A., & Rojas-Lopez. (2015) Riesgo psicosocial en el personal de enfermería. Servicio de urgencias en hospital universitario de Cartagena. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 12(1), 32-40.
- Carrillo-García, C., Ríos-Rísquez, M. I., Escudero-Fernández, L., & Martínez-Roche, M. E. (2018). Factors of work-related stress in hospital nursing bureau according to the demand-control-support model. *Enfermería Global*, 17(2), 315-324. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.277251>
- Dauer, Q. P. (2020). State and societal responses to natural disasters in Latin American and Caribbean history. *History Compass*, 18(2). <https://doi.org/10.1111/hic3.12605>
- Francke, M., & Morgan, M. de la L. (1995). *La sistematización: Apuesta por la generación de conocimientos a partir de las experiencias de promoción*. Lima: Escuela para el desarrollo.
- García-Rodríguez, A., Gutiérrez-Bedmar, M., Bellón-Saameño, J. Á., Muñoz-Bravo, C., & Fernández-Crehuet Navajas,

- J. (2015). Psychosocial stress environment and health workers in public health: Differences between primary and hospital care. *Atención Primaria*, 47(6), 359–366. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.09.003>
- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 369, m1642. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lucía Noreña, A., Alcaraz-Moreno, N., Rojas, J. G., & Rebolledo-Malpica, D. (2012). Applicability of the Criteria of Rigor and Ethics in Qualitative Research. *AQUICHAN*, 12(3), 263–274.
- Maceo, R. P., Cusco, G. C., Ruiz, I. M., & Rasua López, A. (2016). Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el abordaje psicosocial en situaciones de emergencia y desastres. *Revista de Información Científica*, 95(5), 818–829.
- Melià, J. L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J. M., Salanova, M., & Gracia, D. (2015). Principios Comunes para la evaluación de los riesgos psicosociales en la empresa – WANT – Prevención Psicosocial y Organizaciones Saludables. En Foment del treball nacional (ed.) *Perspectives de Intervenció en Riesgos Psicosociales, Evaluación de riesgos*. Disponible en: <http://www.want.uji.es/download/principios-comunes-para-la-evaluacion-de-los-riesgos-psicosociales-en-la-empresa/>
- Méndez, M. D., Leiva, M. C., Bustos, C. B., Ramos, N. A., & Moyano-Díaz, E. (2010). Mapa exploratorio de intervenciones psicosociales frente al terremoto del 27 de Febrero de 2010 en la Zona Centro-Sur de Chile. *Terapia Psicológica*, 28(2), 193–202. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082010000200008>
- Molina, M., Pérez, C., Espinoza, J., & López, J. (2013). Riesgo psicosocial y factores personales protectores de la salud en trabajadores sanitarios. *Dos Puntas*, 5 (8), 167–180.
- OMS (Octubre de 2011). *Determinantes sociales de la salud: resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación (2010). Análisis de riesgos de desastres en Chile. Recuperado de <http://dipecholac.net/docs/files/315-documento-pais-chile-2010.pdf>.
- Palma, A. (2020). Indicadores de problemas de salud mental atendiendo a desigualdades sociales y de género (Tesis doctoral). Universidad Diego Portales, Santiago de Chile.
- Rodríguez, J., Zaccarelli, M., & Pérez, R. (2006). *Guía Práctica de Salud Mental en Situación de Desastres*. Washington D.C.: OPS/OMS.
- Tapella, E., & Rodríguez-Bilella, P. (2014). Evaluación y aprendizaje desde la práctica: la sistematización de experiencias. *Knowledge Management for Development Journal*, 10(1), 51–64.
- Uribe, A., Martínez, A., & Rodríguez, E. (2015). Las demandas del trabajo en una institución de salud en nivel III de atención. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, (44), 36–50.
- Valero, S. (2006). Protección de la salud mental en los equipos de respuesta. En Rodríguez, J. Zaccarelli, D., Pérez, R. (eds.) *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Washington D.C.: OPS/OMS.
- Vargas, J. E. (2002). *Políticas públicas para la reducción de la vulnerabilidad frente a los desastres naturales y socio-naturales medio ambiente y desarrollo 50*. Santiago. CEPAL.