



UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

“Percepción de los usuarios contagiados con COVID-19 respecto al plan de Trazabilidad y Aislamiento realizado en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, según el Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos de Imogene King”

Seminario de título para optar el Título de Enfermera(o)

Y al Grado de Licenciado(a) en Enfermería.

Sofía Contreras Barrera

Roxana Gaete Castillo

Salvador Henríquez Bacigaluppi

Paulina Jara Saldívar

Sofía Jira Torres

Matías Montaner Sotomayor

Prof. Guía: Mg. Carolina González Véliz

Valparaíso, Chile.



UNIVERSIDAD DE PLAYA ANCHA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

“Percepción de los usuarios contagiados con COVID-19 respecto al plan de Trazabilidad y Aislamiento realizado en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, según el Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos de Imogene King”

Seminario de título para optar el Título de Enfermera(o)

Y al Grado de Licenciado(a) en Enfermería.

Sofía Contreras Barrera

Roxana Gaete Castillo

Salvador Henríquez Bacigaluppi

Paulina Jara Saldívar

Sofía Jira Torres

Matías Montaner Sotomayor

Prof. Guía: Mg. Carolina González Véliz

Valparaíso, Chile.

2021

“El centro de la enfermería es la interacción de los seres humanos con su entorno, lo cual conduce a los individuos a un estado de salud, que les hace capaces de funcionar dentro de sus roles sociales.”

Imogene King.

Dedicatoria

A mi Lela, por ser quien me enseñó toda la vida a cuidar del resto en corazón y alma y a mi Lelo por enseñarme de compromiso y responsabilidad con lo que haces. A mis padres, Yasna y José, y a mi hermano Matías por darme las herramientas de vida y el amor incondicional en cada paso, caída y levantada. A mi pareja, Christine, por el apoyo y paciencia durante este proceso, también por recordarme disfrutar entre risas y descansos. A la señora Sofía Zárate, por acercarme al prójimo y enseñarme de perseverancia, mientras ayuda a las personas mayores olvidadas en los cerros de Valparaíso. Y a mi equipo de tesis, personas maravillosas que vi crecer a lo largo de estos años, luchando para construir un mañana más brillante como colegas.

Sofía Contreras Barrera

A mi madre, padre, hermano y familia que siempre han creído en mí, me motivan a ser mejor persona y profesional cada día, han sido un pilar fundamental en todo este proceso. A mis compañeros y amigos de tesis, estoy muy orgullosa de lo lejos que hemos llegado y agradecida por todo el esfuerzo. También a mis amigos y amigas que me acompañan siempre, en las buenas y en las malas. Gracias por todo el amor y apoyo incondicional.

Roxana Gaete Castillo

A mi persona por la perseverancia en este largo camino hacia el desarrollo académico y laboral, mi familia, pareja, amigos y mascotas quienes me apoyaron en todo momento, en especial en aquellos días complicados donde solo quería tirar la toalla. A mis compañeras de tesis y amigas por el apoyo, la buena onda y por haber puesto todo su esfuerzo en sacar la investigación adelante. Por último a mis Nonnos, quienes fueron una motivación extra durante este proceso, cumplí la promesa.

Salvador Henríquez Bacigaluppi

Dedico este arduo y enriquecedor proceso a mi familia y amigos que me apoyaron en todo momento, a mis compañeros de tesis, chicos al fin lo logramos, fuimos superando cada paso con el propósito de generar un aporte a la disciplina, hecho que involucró un hermoso desarrollo tanto personal como profesional. Agradezco mi compromiso y perseverancia, entregando lo mejor de mí y sobre todo a cada persona que se cruzó en mi camino motivándome a continuar en este sendero, a no desistir, a confiar en mis capacidades, recordándome en todo momento: “*Siempre que llovió, paró*”, y luego todo será mejor. Agradecida de tener la oportunidad de aportar un granito de arena en el cuidado de las personas.

Paulina Jara Saldívar

A mi familia, por su eterno apoyo y cariño, a mis compañeros, soy afortunada de haber compartido este proceso con ustedes, y a mis amigos, por acompañarme incondicionalmente.

Sofía Jira Torres

Dedico este trabajo de investigación, especialmente a mi madre Joanna que me dio la vida y me enseñó mucho de los valores que tengo hoy en día y a mi abuela Lorenza que es como mi segunda mamá, y quienes desde pequeño me impulsaron a ser lo mejor que puedo ser en la vida, tanto en los estudios como persona, y me apoyaron en los momentos difíciles. También a mis amigos y compañeros en esta investigación, que me apoyaron infinitamente durante todo este proceso, brindándome sus conocimientos y ánimos, a todos esos amigos y familiares, que dieron su granito de arena para ser quien soy ahora.

Matías Montaner Sotomayor

Agradecimientos

Como tesisistas, agradecemos a nuestra profesora guía; Mg. Carolina González Véliz, por aceptar, guiar y apoyar nuestra investigación, así como a la profesora María Eugenia Espinoza Garrido, quien nos apoyó en nuestra investigación aportando sugerencias. También a nuestra asesora metodológica, la profesora Doctora en Antropología Social Clorinda Cuminao Rojo, quién nos brindó su apoyo y conocimientos durante el desarrollo de esta investigación. También a las enfermeras docentes Sandra Díaz Rosas y Pilar Fuster Roa, quienes colaboraron como validadores entregando sus observaciones y sugerencias del instrumento de estudio.

Por otra parte, destacamos la colaboración voluntaria y motivación de todos los participantes de esta investigación, quienes a través de sus experiencias hicieron posible el desarrollo de este estudio, muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen/Abstract

Introducción

Pág.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA Y OBJETIVOS

1.1 Pregunta de Investigación.....	13
1.2 Objetivos Generales y Específicos.....	13
1.3 Supuesto Investigativo.....	14
1.4 Justificación.....	14
1.5 Relevancia de la investigación.....	16

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 COVID-19 en el mundo.....	18
2.2 COVID-19 en Chile.....	21
2.3 Protocolo de coordinación para las acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile.....	26
2.4 Conceptualización de Trazabilidad y Aislamiento.....	33
2.5 Plan de Trazabilidad y Aislamiento en usuarios COVID-19 positivos.....	35
2.6 Modelo conceptual de sistemas abiertos y Teoría del logro de metas de Imogene King.....	37

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de Investigación Cualitativa.....	41
3.2 Instrumento de Investigación Cualitativa.....	43
3.3 Unidades de Análisis.....	45
3.4 Universo y Muestra.....	45
3.5 Caracterización de la Muestra.....	47
3.6 Diseño del Instrumento.....	47
3.7 Aspectos Éticos de la Investigación.....	48
3.8 Validez y Confiabilidad del Instrumento.....	52
3.9 Consentimiento Informado.....	53
3.10 Procedimiento de Análisis de Datos.....	53

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

4.1 Perfil sociodemográfico de los participantes durante el proceso de trazabilidad y aislamiento.....	56
4.2 Análisis de los sistemas del Modelo Conceptual de sistemas abiertos.....	57

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1 Discusión.....	91
5.2 Limitaciones.....	95

CONCLUSIONES..... 97

LÍNEAS DE INVESTIGACIONES FUTURAS..... 101

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 104

ANEXOS

Anexo N° 1 Indicadores de Evaluación Estrategia TTA.....	109
Anexo N° 2 Medidas de Aislamiento e Higiene.....	110

Anexo N°3 Pauta de Entrevista.....	111
Anexo N°4 Consentimiento Informado.....	114
Anexo N°5 Matriz de Análisis.....	118
Anexo N° 6 Sistema Personal.....	120
Anexo N° 7 Sistema Interpersonal.....	129
Anexo N°8 Sistema Social.....	137

Resumen

Objetivo: Describir la percepción de los usuarios contagiados con COVID-19, adultos entre 20 y 64 años de edad de las comunas Viña del Mar y Valparaíso, respecto al plan de Trazabilidad y Aislamiento realizado entre los meses de enero a junio del año 2021, según el modelo conceptual de Imogene King.

Método: Por medio de una investigación cualitativa, implementada a la muestra que cumpliera los criterios de inclusión establecidos, cuya información obtenida fue a través de la aplicación de una entrevista semiestructurada validada por expertos y ejecutadas mediante las plataformas virtuales Zoom y Google Meet.

Resultados: Los resultados ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas en el seguimiento recibido por los sujetos del estudio. Además se reflejó una percepción de abandono de algunos sujetos durante su aislamiento, destacando la autogestión de ciertos usuarios en este período. Por otro lado, en relación al protocolo de Trazabilidad y Aislamiento propuesto por el MINSAL, se halló la inexistencia de plazos que tienen los laboratorios para la entrega de los resultados de los test de PCR y la aclaración de rangos de tiempo que deben cumplir los Centros de Salud al momento de notificar a los usuarios dichos resultados.

Conclusión: La pandemia ha evidenciado problemas de gran magnitud en la atención, por lo cual es fundamental que el profesional de enfermería pueda reflexionar, estudiar y comprender sobre diversas situaciones complejas que involucran al usuario, como sujeto que interactúa constantemente con su entorno social, sobre todo en el contexto global de salud a la que se ve enfrentada la sociedad, lo cual ha significado grandes repercusiones en políticas públicas de salud y rutina diaria de la población. La implementación de estrategias de trazabilidad debe ser evaluada en consideración de la perspectiva y opinión de los usuarios, para mejorar la cobertura y entrega de atención.

Palabras claves:

Percepción, Enfermería, Trazabilidad, Aislamiento, Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos, Pandemia, COVID-19, virus SARS-CoV-2

Abstract

Objective: to describe the perception of the patients with confirmed COVID-19 in adults between 20 and 64 years from the cities Viña del Mar and Valparaíso in relation with the plan of traceability and isolation carried out between the months of January to June of the year 2021 according to the conceptual model of Imogene King. Method: through qualitative research implemented to the sample that has met the established inclusion criteria, whose information was obtained through the application of a semi-structured interview validated by experts and executed via the virtual platforms Zoom and Google Meet. Results: the study shows the existence of significant differences in the follow-up received by the study subjects. Furthermore, a perception of abandonment of some subjects was reflected during their isolation, where the self-management of certain individuals in this period was remarkable. In addition, in relation with the protocol of traceability and isolation proposed by the ministry of health in Chile (MINSAL), the non-existence for the delivery of PCR test results and clarification of the time ranges that Health Centers must comply with when notifying users of these results were found in the laboratories. Conclusion: the pandemic has evidenced major problems in care services, therefore, it is essential for the nursing professional to be able to reflect, study and understand various complex situations that involve the user as a subject who constantly interacts with their social environment. This is of great importance considering the global context of health that society is facing, since it has had major repercussions in public health policies and the daily routine of the population. The implementation of strategies of traceability has to be evaluated having in consideration the perspective and opinion of the patients to improve coverage and deliver care services.

Introducción

En la actualidad, la pandemia asociada al virus SARS-CoV-2 ha significado un impacto a nivel mundial, desencadenando cambios radicales en las políticas públicas de salud y modificando el ritmo de vida habitual de la sociedad, produciendo cambios significativos para evitar la propagación del virus. Esta situación movilizó a los organismos de salud internacional y nacional a indagar en estrategias para poder afrontar esta compleja circunstancia, implementando medidas relacionadas a restricciones en las actividades de la vida diaria de la población y al manejo sanitario de la pandemia.

Considerando lo mencionado previamente, el Gobierno de Chile y el Ministerio de Salud estipularon estrategias para poder sobrellevar la crisis sanitaria, poniendo en práctica protocolos que entregan lineamientos para la orientación de las acciones del personal de salud, estableciendo la gestión y coordinación de las instituciones sanitarias. A fin de contrarrestar los efectos, se plantean las estrategias de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento como aspectos claves para hacer frente a la masiva propagación del virus.

En esta investigación se hará hincapié en la Trazabilidad y Aislamiento, desde la perspectiva de las experiencias de los usuarios que recibieron e hicieron utilidad de estos servicios durante su aislamiento.

El presente estudio se realizará desde un enfoque cualitativo, exploratorio e interpretativo, en el cual se postula su respectivo supuesto investigativo. De esta forma, se pretende describir la percepción obtenida de los usuarios durante un período de tiempo y lugar establecido, con el fin de recopilar información para su posterior análisis. En cuanto al análisis e interpretación, estará sustentado por el Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos de la Teoría de Imogene King.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la percepción de los usuarios contagiados con COVID-19, adultos entre 20 y 64 años de edad de las comunas Viña del Mar y Valparaíso, respecto al plan de Trazabilidad y Aislamiento durante los meses de enero a junio del año 2021, según el Modelo conceptual de Imogene King?

1.2 Objetivos generales y específicos

Objetivo general

1. Describir la percepción de los usuarios contagiados con COVID-19, adultos entre 20 y 64 años de edad de las comunas Viña del Mar y Valparaíso, respecto al plan de Trazabilidad y Aislamiento realizado entre los meses de enero a junio del año 2021, según el Modelo conceptual de Imogene King.

Objetivos específicos

1. Analizar, en base al perfil sociodemográfico de los usuarios contagiados con COVID-19, la percepción del plan de Trazabilidad y Aislamiento realizado entre los meses de enero a junio del año 2021, según el Modelo conceptual de Imogene King.
2. Analizar la percepción de los usuarios contagiados con COVID-19, respecto al sistema personal en relación a los conceptos de percepción; yo; tiempo y espacio, durante el proceso de Trazabilidad y Aislamiento.
3. Analizar la percepción de los usuarios contagiados con COVID-19, en relación al sistema interpersonal sobre los conceptos de comunicación; interacción; transacción y rol, que mantienen con el personal de salud durante el proceso de Trazabilidad y Aislamiento.

4. Examinar la percepción de los usuarios contagiados con COVID-19, en relación al sistema social sobre la organización e interacción del equipo de salud y la influencia de esta en la toma de decisiones del usuario.

1.3 Supuesto investigativo

Los usuarios contagiados con COVID-19, adultos entre 20 y 64 años de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, que tuvieron escaso seguimiento y comunicación con el equipo de salud a cargo de su trazabilidad tendrán una percepción desfavorable, en comparación de aquellos usuarios que recibieron una atención continua y presente en el periodo de aislamiento, estipulado por la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento del MINSAL, en relación al sistema Personal, Interpersonal y Social.

1.4 Justificación de la investigación

El Ministerio de Salud ha establecido protocolos y estrategias que permiten llevar a cabo un plan de acción en el testeo, trazabilidad y aislamiento. Para esta investigación es esencial estudiar cómo se ha implementado el proceso de Trazabilidad y Aislamiento al interior de dos comunas seleccionadas en la región de Valparaíso.

La Trazabilidad permite identificar de manera continua a las personas que tuvieron contacto estrecho con un caso contagiante.⁽¹⁾ Esto posibilita establecer un acercamiento de qué tan efectiva ha sido la vigilancia y el estudio epidemiológico para actuar no sólo en función de evitar la aparición de nuevos brotes y propagación de la enfermedad por el virus SARS-CoV-2, sino que también para gestionar un adecuado seguimiento y percatarse tempranamente del estado de salud y condiciones socio sanitarias en que se encuentran los pacientes.

De igual manera, el objetivo de las estrategias definidas por el “*Manual Operativo para las acciones de Trazabilidad y Aislamiento COVID-19*”, determina que la fiscalización aleatoria de casos aislados y en aislamiento potencia la efectividad de las medidas implementadas por el MINSAL. (2) Dada la magnitud de esta enfermedad, de no aplicarse los protocolos correspondientes oportunamente, existe un gran impacto en la población. Los protocolos y estrategias mencionados en líneas anteriores, entregan una visión sobre cómo se deben ejecutar las acciones y lineamientos indicados para que sea lo más oportuno posible.

En relación a lo anterior, el propósito de este estudio está orientado en analizar y exponer las opiniones y reflexiones que tienen los usuarios respecto a las medidas que se han implementado, las consideraciones específicas de cada entrevistado dan paso a proponer planificaciones mayormente adecuadas a las demandas actuales de la población afectada. Asimismo, los resultados de la investigación ayudarán al surgimiento de críticas constructivas y/o sugerencias que permitan mejorar la estrategia sanitaria descrita, innovando continuamente en los procedimientos asistenciales o reforzando las actividades que resultan efectivas y oportunas por parte del personal de salud para así entregar un servicio de mejor calidad y atinente a las necesidades de la población.

1.5 Relevancia del tema de investigación

Dentro del plan nacional establecido para combatir la pandemia del COVID-19 en Chile, el Ministerio de Salud ha elaborado el *“Protocolo de Coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento”* (TTA) publicado en junio del 2020. Este documento describe el funcionamiento de los organismos que componen la red de salud, mediante el establecimiento de responsabilidades que tiene cada estamento, con el propósito de llevar a cabo la ejecución de ciertas actividades, a través de una planificación y coordinación que promueva la eficacia de los recursos, tanto humanos como materiales. (1)

El plan estratégico va dirigido a entregar cobertura a las personas contagiadas con COVID-19, por lo que es fundamental comprender las necesidades de la población objetivo para realizar las actividades pertinentes, promoviendo el adecuado cumplimiento de los requerimientos de las personas. Ante lo mencionado, es importante tener la evidencia en base a los testimonios de la población afectada, para que en conjunto se puedan trazar los lineamientos para satisfacer las necesidades de manera óptima, eficiente y eficaz.

En marco de los puntos expuestos, el aporte que puede llegar a realizar el profesional de Enfermería en la vigilancia epidemiológica del COVID-19 es imprescindible, ya que dentro del desempeño de sus actividades se genera el contacto con la población afectada debido a la ejecución continua del seguimiento de cada caso, pero, en vista de la elevada tasa de contagios a nivel nacional, se ha dificultado el contacto con los usuarios y por tanto la entrega de servicios, ayuda y apoyo correspondientes, por lo que se ha debido recurrir a diversos profesionales de la salud para colaborar en el proceso de trazabilidad con el desafío de poder otorgar la cobertura a todos los pacientes

contagiados con COVID-19 y mantener el seguimiento de sus contactos estrechos.

En consideración de lo planteado, se debe hacer hincapié en alcanzar los estándares de calidad y para ello es primordial conocer las opiniones de los usuarios sobre la trazabilidad y aislamiento, ya que lograr la calidad de la asistencia en el plan de trazabilidad representará un importante determinante, tanto en los resultados globales de la población, como también en las repercusiones de las acciones dirigidas al seguimiento de los casos.

Por lo tanto, la trazabilidad es considerada una de las piezas claves para contener y apreciar el crítico panorama que se está viviendo como país, en virtud de que esta intervención es el punto de encuentro entre los profesionales de salud y los pacientes diagnosticados con COVID-19, puesto que, a través de este canal de comunicación los servicios de salud pueden brindar el apoyo, orientación e información pertinente para el usuario, en la promoción del cuidado y autocuidado del individuo, procurando colaborar en caso de presentarse algún inconveniente que impida llevar a cabo el aislamiento de manera propicia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 COVID- 19 en el mundo

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2. Los virus pertenecientes a esta familia son causantes de enfermedades respiratorias que pueden manifestarse como un resfriado común hasta patologías más graves, como el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS).

El virus se puede contraer por contacto ya sea con una persona, superficie u objeto infectado. Se propaga principalmente de persona a persona al hablar, estornudar o toser, ya que las gotitas expulsadas por la nariz o la boca de la persona infectada pueden ser inhaladas por otras y así contagiarlas. De manera similar puede suceder que dichas gotitas se precipiten sobre superficies y objetos cercanos, por lo que sí las personas tocan los objetos y luego tocan sus ojos, nariz o boca también podrían contagiarse. (3)

Los signos y síntomas comunes del COVID-19 son principalmente: fiebre (temperatura corporal de 37,8 °C o más), tos seca y cansancio. Otros no tan frecuentes son: anosmia, ageusia, congestión nasal, conjuntivitis, cefalea, odinofagia, mialgias, náuseas o emesis, diarrea y escalofríos. Los síntomas presentes en un cuadro grave incluyen: disnea, pérdida del apetito, dolor torácico, confusión, temperatura corporal alta mayor a 38 °C. En un comienzo, los signos y síntomas son leves, aumentando de forma gradual y de no tratarse de manera oportuna la enfermedad pueden agravarse al punto de presentar un cuadro grave y experimentar dificultades para respirar. (3) También puede ocurrir que la persona infectada no presente síntomas; esta situación se clasifica como caso asintomático u oligosintomático, lo cual dificulta la detección a tiempo de la enfermedad y por ende el control de la transmisión. (1)

A continuación, se detalla los sucesos más relevantes ligados a la evolución de la enfermedad del COVID-19 en el mundo.

El 12 de diciembre de 2019 se detectó el brote de una desconocida infección aguda del tracto respiratorio, en la ciudad de Wuhan, Hubei, China. Según la OMS un brote de enfermedad es *“la aparición de casos de enfermedad que exceden la expectativa normal. El número de casos varía según el agente causante de la enfermedad y el tamaño y tipo de exposición previa y existente al agente.”* (4)

Para el 7 de enero de 2020, los científicos chinos identificaron el virus SARS-CoV-2 desde un paciente, descubriendo un nuevo tipo de coronavirus, el cual fue denominado como 2019-novel coronavirus o 2019-nCoV por la OMS el 12 de enero de 2020. Durante el mes de enero de 2020, se registra en China la primera muerte relacionada con 2019-nCoV. En Tailandia se reporta la primera infección fuera de China, y el 20 de enero se produce el primer caso en Estados Unidos. Tres días después se decreta que la ciudad de Wuhan debe estar bajo cuarentena, y que en los próximos días el resto de la provincia de Hubei también debe estarlo. Para el día 30 de enero, la OMS reporta un total de 7818 casos confirmados a nivel mundial, donde 7736 casos corresponden a China y los 82 casos restantes fueron reportados en 18 países, y 170 muertes, por lo que la OMS declara la emergencia global sanitaria como epidemia, estado que se define como *“la ocurrencia en una comunidad o región de casos de una enfermedad, algún comportamiento específico relacionado con la salud u otros eventos relacionados con la salud claramente superiores a la expectativa normal”.* (5)

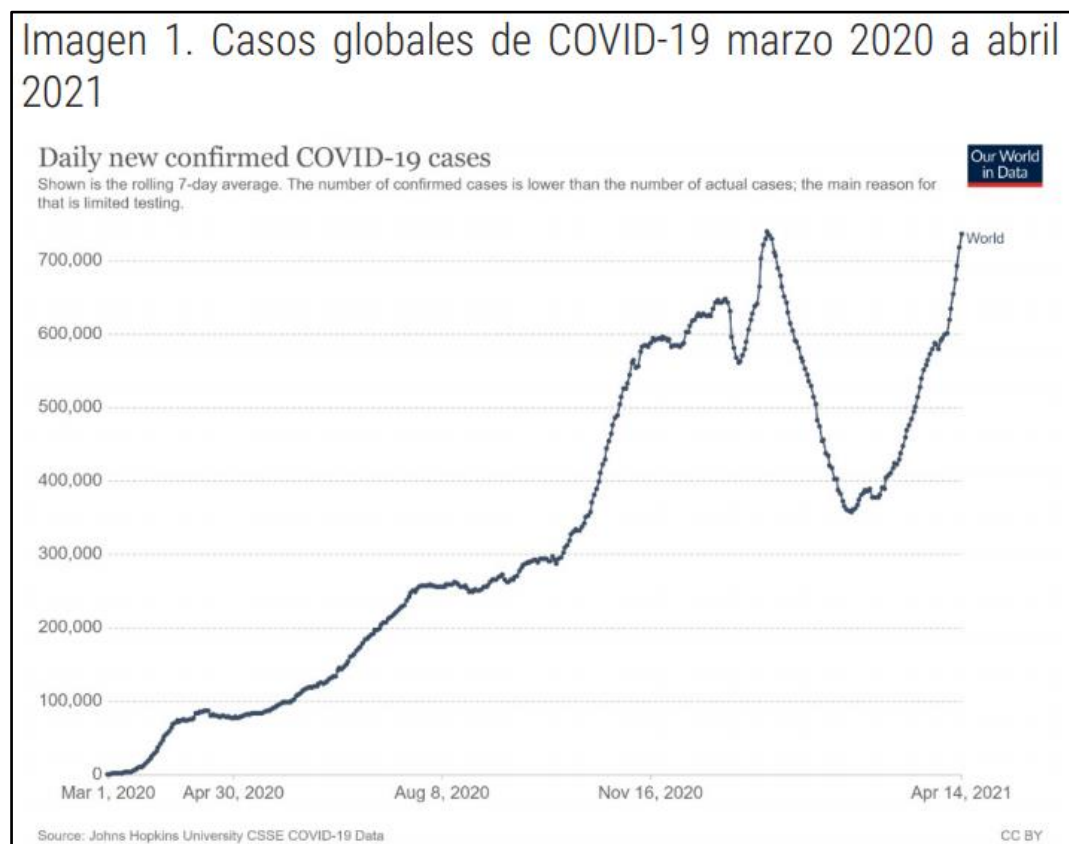
La OMS determina el 11 de febrero del 2020 que la enfermedad causada por el 2019-nCov se denomina “COVID-19”. Las autoridades sanitarias informan de medidas preventivas, se recomienda mantener distanciamiento social, utilizar equipo de protección personal, se incentiva la higienización de manos. Las comisiones gubernamentales se reúnen con científicos y profesionales de salud para la evaluación de los recintos sanitarios, los recursos humanos y materiales, además de la implementación

de protocolos.

Ante la severidad de la epidemia y la alarmante propagación del virus que ha alcanzado todas las regiones, el 11 de marzo del 2020 la OMS califica el brote de COVID-19 como una pandemia, la cual se define como *“una epidemia que ocurre en todo el mundo, o en un área muy amplia, que cruza las fronteras internacionales y generalmente afecta a un gran número de personas.”* (5)

Tras la declaración de pandemia, la aparición de nuevos casos y las muertes fueron aumentando exponencialmente. Para el 27 de diciembre de 2020 hubo más de 4 millones de nuevos casos de COVID-19 y 72.000 nuevas muertes a nivel mundial. (6)

En relación a esto, se presenta una gráfica que permite visualizar la evolución de los casos a nivel global entre marzo de 2020 y abril de 2021.



(Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2021; COVID-19: Vacunas, su desarrollo y resultados)

Como se puede observar en el gráfico anterior, durante la mayor parte del 2020, se ve como la cantidad de casos positivos COVID-19 va incrementando mes a mes; no fue hasta mediados de diciembre del mismo año que los casos positivos tuvieron una baja considerable. En enero del 2021, hubo un descenso en la tasa de contagios, por lo que algunos países comenzaron a implementar medidas para el retorno a las actividades normales, esto provocó un repunte en el número de casos entre febrero-marzo del 2021, alcanzando en abril la mayor cantidad de casos activos de COVID-19 desde que inició la pandemia. (7)

2.2 COVID- 19 en Chile

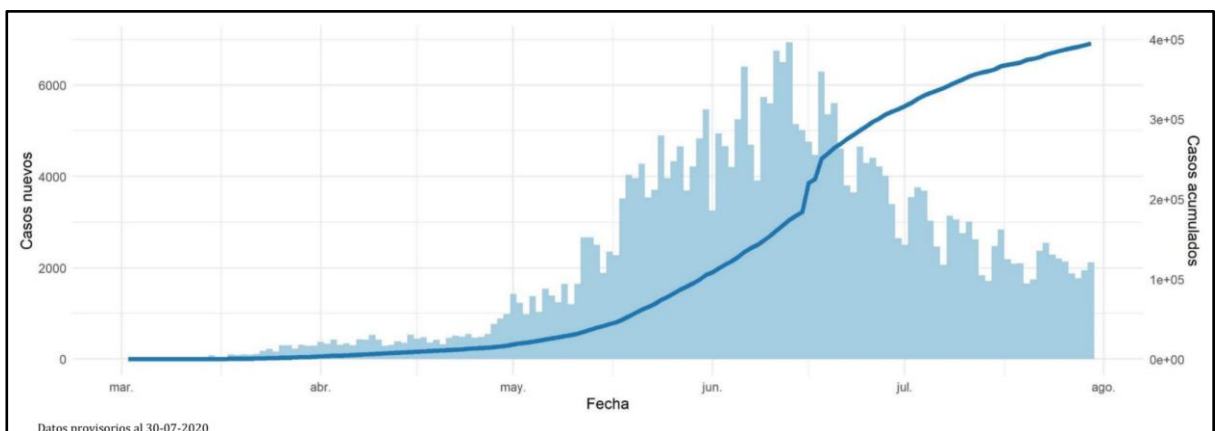
En Chile, se registra el primer caso de contagio por COVID-19 el día 3 de marzo de 2020, en la ciudad de Talca. Durante el transcurso de marzo del 2020, el gobierno junto al Ministerio de Salud implementaron una serie de medidas de contención para evitar la propagación del virus. No obstante, a pesar de la aplicación de medidas sanitarias, la aparición de nuevos casos de COVID-19 en el territorio chileno fue progresivamente en aumento. El Ministerio de Salud de Chile aplicó estrategias como la restricción de la movilidad y la aplicación de test PCR a la población, para lograr disminuir el alza de contagios.

Una de las medidas más notables del plan de acción para el coronavirus fue aplicar el “*Plan paso a paso, nos cuidamos*” que consiste en una estrategia gradual para enfrentar la pandemia según la situación sanitaria de cada zona en particular. Se trata de cuatro escenarios, que van desde la Cuarentena-Transición-Preparación-Apertura Inicial, con restricciones y obligaciones específicas. El avance o retroceso de un paso particular a otro está sujeto a indicadores epidemiológicos, red asistencial y trazabilidad. (8)

Junto a lo anterior, el Ministerio de Salud de Chile establece los reportes epidemiológicos con el objetivo de *“Describir la información actualizada de COVID-19 en Chile, en base a datos disponibles [...] La información se entrega a nivel país, regional y según comuna de residencia”*. (9) Esto permite, además, identificar la situación en la que se encuentra cada comuna en particular y así, definir las medidas correspondientes.

Con lo mencionado previamente, el Ministerio de Salud realiza reportes diarios e informes epidemiológicos respecto al COVID-19. Según los datos epidemiológicos del año 2020, durante los meses de mayo y julio, Chile enfrentó el primer *peak* de contagios por COVID-19. El máximo número de casos diarios registrados fue el 13 de junio, con un total de 6.938 casos nuevos confirmados a nivel nacional. (10)

En la siguiente imagen se observa el número de casos nuevos confirmados y acumulados de COVID-19 según fecha de confirmación por laboratorio, desde que inició la pandemia en marzo hasta 30 de julio del 2020, representando así gráficamente el primer *peak* que tuvo Chile. En las barras figuran los casos nuevos y la línea los casos acumulados. Para el 30 de julio se registra un total de 395.261 casos acumulados (confirmados y probables).



(Departamento de Epidemiología; 2020; Informe epidemiológico N°38 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 31-07-2020)

A continuación, se expone una tabla correspondiente al último reporte epidemiológico realizado en diciembre del 2020, en la que se muestran los diferentes tipos de casos presentes a nivel nacional.

	Casos confirmados acumulados	Casos nuevos totales	Casos nuevos con síntomas	Casos nuevos sin síntomas	Casos nuevos sin notificar ¹	Casos activos confirmados ²	Fallecidos totales ³	Casos confirmados recuperados ⁴
Arica Parinacota	10.805	28	12	14	2	183	225	10.391
Tarapacá	15.733	78	43	33	2	602	284	14.846
Antofagasta	23.744	118	70	46	2	517	584	22.617
Atacama	8.503	13	6	7	0	74	113	8.320
Coquimbo	14.232	47	42	4	1	232	297	13.699
Valparaíso	35.727	225	167	42	16	837	1.254	33.613
Metropolitana	319.054	792	520	200	72	3.615	10.800	304.357
O'Higgins	21.531	77	45	31	1	435	587	20.521
Maule	25.463	214	135	79	0	1.502	552	23.413
Ñuble	10.708	90	70	20	0	563	214	9.935
Biobío	47.391	612	462	144	6	2.504	795	44.065
Araucanía	22.928	222	152	69	1	1.020	303	21.610
De los Ríos	8.852	132	81	51	0	595	89	8.171
De los Lagos	25.814	267	165	94	8	1.377	262	24.172
Aysén	1.574	22	14	8	0	139	15	1.421
Magallanes	16.870	85	52	31	2	443	233	16.187
Desconocida	44	0	0	0	0	0	1	44
	608.973	3.022	2.036	873	113	14.638	16.608	577.382

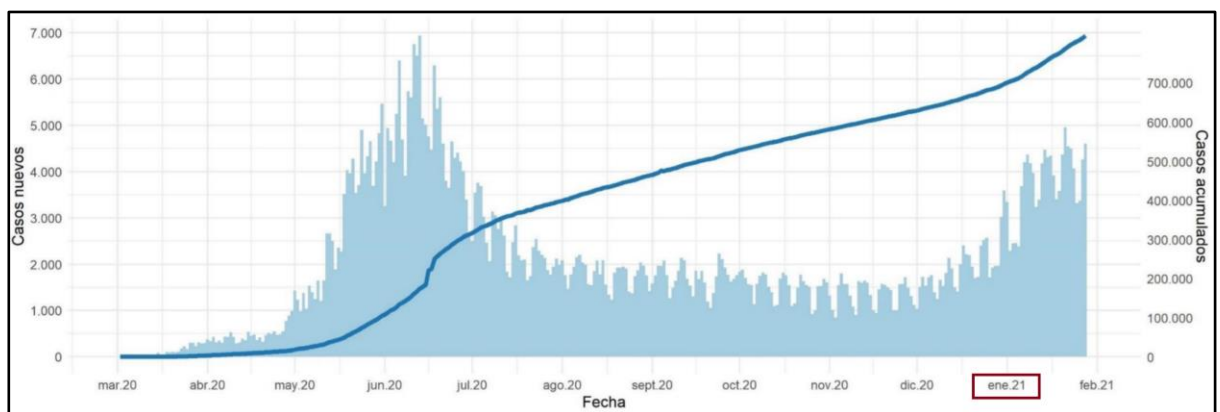
(MINSAL; 2020; Reporte diario COVID-19)

En el reporte diario del MINSAL del 31 de diciembre del 2020, se notificaron 608.973 casos confirmados acumulados y un total de 16.608 fallecidos a nivel nacional. El *“Manual Operativo para las Acciones de Trazabilidad y Aislamiento”*, determina que los casos confirmados se refieren a toda persona que cumpla la definición de caso sospechoso en que la prueba específica (RT-PCR) resulte “positiva”. (2)

Con las medidas sanitarias y restrictivas que fueron aplicadas en ese momento los casos comenzaron a disminuir notoriamente. Dado esto, hubo un descenso en la rigurosidad de la ejecución de las medidas estipuladas por parte de las autoridades sanitarias y los ciudadanos con respecto al cumplimiento de las normas establecidas, lo que provocó que para finales del

2020 en diciembre e inicio de enero y febrero del año 2021, comenzó un nuevo aumento en las cifras de casos positivos de COVID-19.

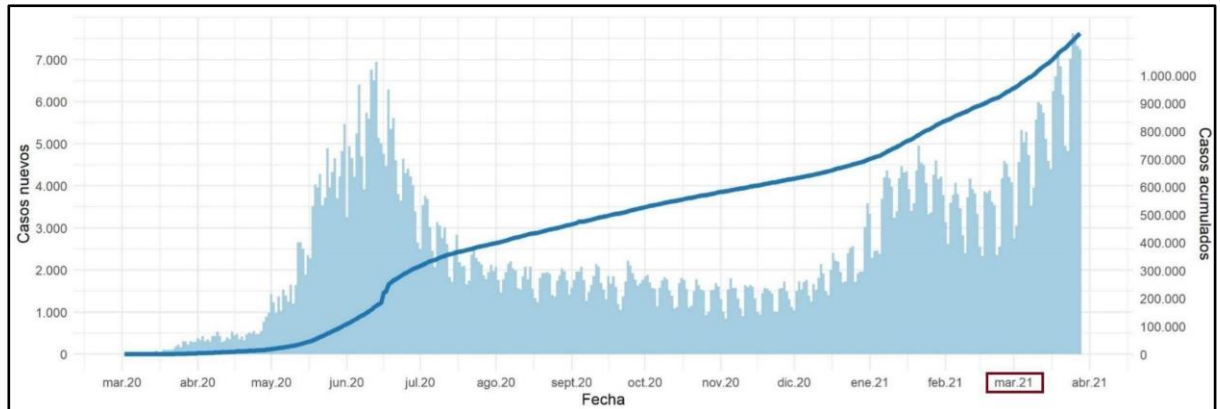
Durante enero del 2021, la tasa acumulada de contagios de COVID-19 reportados en el informe epidemiológico N°90 del MINSAL, para el día 28 del mencionado mes, registra un total de 821.130 casos acumulados (confirmados y probables) (11). Situación que se grafica a continuación.



(Departamento de Epidemiología; 2021; Informe epidemiológico N°90 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 29-01-2021)

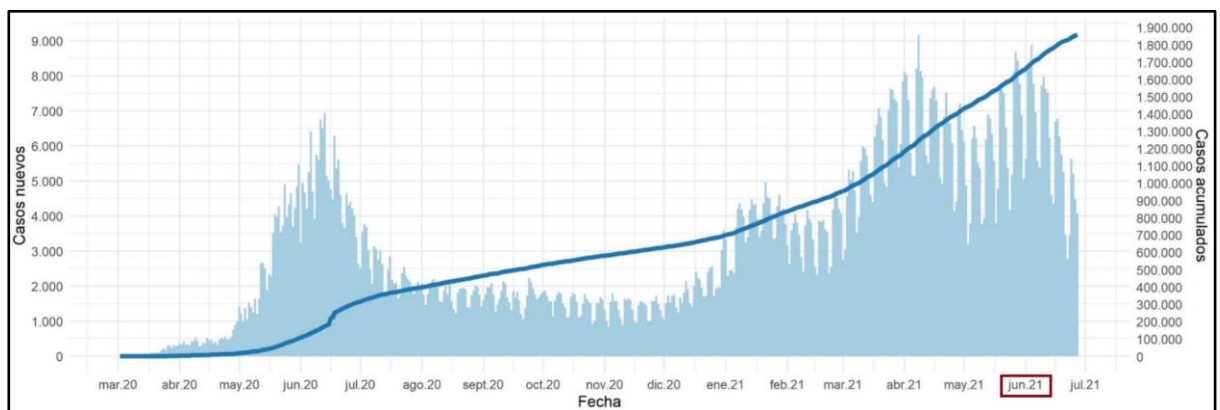
Respecto al total de casos notificados en enero de 2021, la mediana de edad de contagios se ubica en los 38 años, mientras que el porcentaje de contagios en personas cuyas edades se encuentran entre los 20 y 64 años alcanzó un 82.36%.

En la siguiente imagen se presenta la curva de casos de COVID-19 (confirmados y probables) por laboratorio según día. Al 28 de marzo de 2021 se registra un total de 1.151.717 casos acumulados (confirmados y probables) (12). La edad promedio de contagios se mantiene en los 38 años respecto enero del mismo año. Por otro lado, el porcentaje de contagios en personas entre 20 y 64 años alcanzó un 82.42%.



(Departamento de Epidemiología; 2021; Informe epidemiológico N°107 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 29-03-2021)

En el informe epidemiológico del MINSAL N°133 a 27 de junio del 2021, se detalla que el número de casos totales notificados asciende a 1.858.307 casos acumulados, representando un incremento del 62% desde el 28 de marzo respectivamente. En cuanto a la mediana de edad de los casos positivos es de 38 años (13). A continuación, se presenta la curva de casos COVID-19 desde inicios de la pandemia hasta junio del 2021.



(Departamento de Epidemiología; 2021; Informe epidemiológico N°133 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 27-06-2021)

Por otra parte, los casos positivos de COVID-19 del rango etario en estudio, el cual comprende las edades de 20 a 64 años, alcanzan un total de

82.24% del total de los casos en junio del 2021, lo que representa un baja respecto del 82.42% a marzo del 2021.

2.3 Protocolo de coordinación para las acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile

Teniendo en consideración la situación sanitaria que afecta al país desde comienzos del año 2020, como medida de salud pública implementada se divulga el *“Protocolo de coordinación para las acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento”*, en dicho documento se estipula que *“todos los casos sospechosos de COVID-19, deben ser notificados en forma obligatoria e inmediata a la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de salud respectiva y al MINSAL, a través del formulario específico en la plataforma EPIVIGILA”*. (1)

En contexto de lo anterior, se lleva a cabo por parte de las autoridades sanitarias la planificación de las acciones e intervenciones a realizar respecto al Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA) pertinentes para lograr responder y contener la emergencia sanitaria, en base a las recomendaciones sugeridas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El objetivo de la estrategia es *“Establecer el plan nacional de las acciones de testeo, trazabilidad y aislamiento de pacientes COVID-19 confirmados, sospechosos y probables, y sus contactos estrechos en Chile. Potenciando la coordinación entre las SEREMI de Salud, los Directores de Servicios de Salud y la APS en el territorio”*. (1)

Dentro de los objetivos específicos establecidos se encuentran los siguientes:

- “- Ampliar la cobertura del examen de PCR, testeo, acercándose al nivel comunitario.

- Disminuir el tiempo que transcurre entre la detección del caso positivo (por clínica o laboratorio) y la investigación epidemiológica (determinación de todos sus contactos estrechos).
- Aislar a todos los casos sospechosos desde el inicio de síntomas o desde el momento de la primera consulta.
- Identificar y aislar a todos los contactos estrechos y establecer su cuarentena efectiva en las primeras 24 horas (máximo 48 horas) de identificado el caso índice.
- Aumentar la efectividad de las medidas de aislamiento y cuarentena, a través de la fiscalización aleatoria.
- Potenciar el seguimiento de casos índice y sus contactos estrechos.” (1, p3)

Bajo esta premisa se comienza a determinar las organizaciones de salud que participan en el proceso de ejecución de la estrategia y designar sus respectivas responsabilidades.

En la descripción de responsabilidades, se señala al Ministerio de Salud (MINSAL) como organismo coordinador y supervisor a nivel nacional de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento. A nivel regional, el encargado de velar por el cumplimiento de las actividades de los equipos comunales son las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), siguiendo con el organigrama del equipo de trabajo, cada comuna se encargará de la coordinación y supervisión de las gestiones de los equipos que se encuentran a cargo de los centros de Atención Primaria de Salud (APS), estos se dividen en un grupo de búsqueda activa, realizando el testeo en la comunidad, y en un grupo de investigación epidemiológica a cargo de las intervenciones relacionadas a trazabilidad y aislamiento de COVID-19.

Para comprender la planificación y ejecución de la estrategia en el protocolo se definen los siguientes términos:

“Caso índice: persona con cuadro clínico que cumple con las características del caso sospechoso, probable o confirmado de COVID-19, es el caso que da inicio a la búsqueda de contactos estrechos.” (1, p3)

“Contacto estrecho:

Persona que cumple algunos de los siguientes criterios:

- Estar cara a cara, a menos de un metro de distancia con alguien que es o resulta positivo para coronavirus, durante al menos 15 minutos sin usar mascarilla.
- Compartir un espacio cerrado por más de dos horas sin el uso de mascarillas.
- Vivir o cohabitar en una misma habitación cerrada.
- Compartir un medio de transporte estando a menos de 1 metro de una persona contagiada, con coronavirus o que se sabe después, sin el uso de la protección adecuada.” (1, p3)

En cuanto a las definiciones de caso sospechoso, probable y confirmado, se encuentran detalladas en la normativa vigente, estos datos están en constante actualización dependiendo del contexto epidemiológico presente a nivel nacional. La normativa vigente Ord. N°536 del 4 de Febrero 2021 define como caso sospechoso en el punto (A): a la persona que curse un cuadro agudo con al menos un síntoma cardinal o dos o más de los signos o síntomas restantes (signos o síntomas nuevos para las personas y que persisten por más de 24 horas): fiebre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), anosmia, ageusia, que corresponden a los signos y síntomas cardinales de Covid-19. Por otro lado, se detallan los síntomas restantes, dentro de los cuales se encuentra la tos, congestión nasal, disnea, taquipnea, odinofagia, mialgia, fatiga, dolor torácico, escalofríos, diarrea, anorexia, náuseas, vómito y cefalea. (14)

Además, se describe en el apartado (B), que las personas con infección respiratoria aguda grave (IRAG), que presenten antecedentes de fiebre, o esté con fiebre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$); tos, disnea, con inicio en los últimos 10 días y que requiera hospitalización. (14)

Cabe destacar que *“toda persona que cumpla la definición de caso sospechoso se debe realizar un examen confirmatorio de RT-PCR o una prueba de detección rápida de antígenos, tomada en un centro de salud [...], en el caso de que el test resulte negativo, pero persista la alta sospecha clínica - epidemiológica de COVID-19, se recomienda repetir el test diagnóstico”*. (14)

Respecto al caso probable, se establecen los siguientes criterios:

- (A) **“Caso Probable por Resultados de Laboratorio:** persona que cumple con la definición de caso sospechoso y tiene un resultado indeterminado o no concluyente de la RT-COVID-19, o persona asintomática o con un síntoma no cardinal, que tiene resultado positivo a una de las pruebas de detección rápida de antígenos para COVID-19.” (14, p2)
- (B) **“Caso Probable por Imágenes:** persona que cumple con la definición de caso sospechoso, en el cual el resultado de RT-COVID-19 es negativo o indeterminado o no concluyente, pero que tiene una tomografía computarizada de tórax con imágenes sugerentes de COVID-19.” (14, p2)
- (C) **“Caso Probable por Nexo Epidemiológico:** personas que han estado en contacto estrecho con un caso confirmado y desarrollan uno de los síntomas cardinales, o al menos dos de los signos y síntomas restantes compatibles con COVID-19 dentro de los 14 días posteriores al último día de contacto.” (14, p2)
- (D) **“Caso Probable Fallecido:** persona fallecida que, en ausencia de un resultado confirmado por RT-COVID-19, su certificado médico de

defunción establece la infección por SARS-CoV-2, como causa básica de muerte o como factor desencadenante.” (14, p2)

De acuerdo al documento, el caso confirmado corresponde a:

“(A): persona viva o fallecida, con una prueba de RT-COVID-19 para SARS-CoV-2 positiva.

(B): persona que cumple con la definición de caso sospechoso y que presenta una prueba de detección rápida de antígenos para COVID-19 positiva, tomado por orden de la autoridad sanitaria o en un centro de salud autorizado.” (14, p2)

En consideración de lo mencionado, dentro de las acciones generales que abarca la realización de la estrategia, se encuentra la obtención de diagnóstico precoz mediante la implementación de una búsqueda activa de casos. De esta forma se pueden iniciar las intervenciones de ayuda y apoyo oportunas a la persona, dando paso a la etapa de trazabilidad y aislamiento, así se consiguen detectar tempranamente los requerimientos de los usuarios, disminuyendo las posibilidades de riesgo de complicar de su estado de salud y en el caso de presentarse alguna situación de gravedad el centro de salud tendrá las herramientas necesarias para proceder a efectuar las atenciones y gestiones correspondientes, según las condiciones sanitarias que presente la persona.

Toda la información recabada debe ser registrada en la plataforma digital EPIVIGILA, que, en conjunto con la adecuada coordinación de la SEREMI, directores de los establecimientos de salud y centros de APS, se podrá articular de manera organizada y expedita las actividades planificadas.
(1)

En el marco de lo anterior, la búsqueda activa de casos está centrada en ampliar la cobertura de testeo dentro de la población y así contribuya en la obtención de un mapa situacional del COVID-19 que muestre el panorama

respecto a las zonas con mayores números de casos, zonas con hacinamiento y/o presencia de viviendas comunitarias, zonas con acceso limitado a servicios básicos e identificar el sector de la población con más riesgo. Por medio de esta información, el protocolo establece que la estrategia de testeo se emplea a:

“-Personas que no hayan sido notificadas por COVID-19 y que cumplan con la definición de caso sospechoso vigente.

-Población en situación de vulnerabilidad social, según evaluación territorial. -Personas que residan o habiten e instituciones de larga estadía: centros penitenciarios, centros de larga estadía para adultos mayores, residencias SENAME, entre otros, según evaluación territorial.”

(1, p7)

En el caso de que los usuarios no puedan asistir al servicio de salud para la realización de RT-PCR, se dispone de un equipo destinado a realizar testeo mediante visitas domiciliarias a los siguientes usuarios: *“Personas mayores de 75 años, Postrados, Cuidadores, personas inmunosuprimidas o con cualquiera otra condición especial que no le permite acceder al examen de manera presencial”*.(1) Además, se dispondrá de laboratorios móviles ubicados en lugares estratégicos para facilitar el acceso al testeo y agilizar la detección de casos COVID positivos. Luego del testeo, se procede al proceso de trazabilidad durante el aislamiento correspondiente, ambos conceptos serán definidos con detalle más adelante.

Como toda elaboración de protocolo, se describe el mecanismo de evaluación que se realiza cada miércoles analizando la información obtenida desde el lunes al domingo de la semana anterior, además de precisar los respectivos indicadores correspondientes a los tres ejes abordados en la estrategia TTA. En el anexo N° 1, se visualiza en una tabla los indicadores estipulados para conocer el cumplimiento de los objetivos acordados por cada

aspecto de la estrategia.

Cabe mencionar, que para realizar estas actividades en el protocolo se designan responsabilidades complementarias a la Subsecretaría de Salud Pública, en donde se delega al Departamento de Epidemiología la tarea de llevar a cabo el registro diario de información nacional mediante la plataforma EPIVIGILA. Tras obtener estos datos, debe realizar el reporte diario nacional y regional detallando el número de casos activos y totales, para ello, requiere ser el puente de información desde los laboratorios hasta la SEREMI y las respectivas autoridades.

Por otro lado, la SEREMI se encarga de las gestiones correspondientes a los traslados a residencias sanitarias, por lo tanto, mantiene un contacto directo con el Gestor Nacional de Residencias Sanitarias, a través de esta coordinación se puede lograr planificar las intervenciones indispensables para acudir en respuesta de las personas que declaran no presentar las condiciones necesarias para realizar el aislamiento en sus domicilios. (1)

En otro orden, a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, según lo dictaminado en el protocolo, se le otorga el deber de supervisar la ejecución de la estrategia planteada a la División de Atención Primaria, además el Departamento de Participación Ciudadana está encargado de coordinar la entrega de información entre los municipios y los dirigentes sociales para poder organizar y priorizar la entrega de apoyo necesario a las familias vulnerables que se encuentren en periodos de aislamiento por COVID-19. En conjunto con los organismo aludidos, se encomienda la función de evaluar los casos de COVID positivos en ambientes laborales, en cuyos casos se deben realizar las gestiones respectivas a las licencias médicas para velar por el cumplimiento del aislamiento, esta descripción de actividades las deben ejecutar los Organismos Administradores de la Ley 16.744 (OAL). (1)

Para esta investigación, se trabaja con la definición de caso índice detallada en los párrafos anteriores. A continuación, se lleva a cabo la

conceptualización específica de los términos Trazabilidad y Aislamiento, los cuales, junto al testeo, constituyen los pilares fundamentales de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento.

2.4 Conceptualización de Trazabilidad y Aislamiento

La trazabilidad fue definida en el alcance de la guía ministerial como el *“proceso que permite identificar de manera continua a las personas que tuvieron contacto con un caso contagiante”*. (1) En el mismo documento se mencionan elementos y designan actividades que debe considerar el investigador epidemiológico al consignar la información del caso índice, como el ambiente laboral y familiar del usuario, actividades religiosas, utilización de transporte, entre otros.

Según la *“Guía de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento”* del MINSAL, clasifica y define la trazabilidad en dos enfoques que se detallan a continuación:

- *Trazabilidad prospectiva:* proceso orientado a cortar la cadena de contagios, comienza por medio de la identificación y contacto con las personas contagiantes para iniciar aislamiento durante el período infeccioso, luego la identificación de contactos estrechos para su cuarentena y finalmente, el seguimiento del aislamiento de casos y cuarentena de contactos estrechos para asegurar cumplimiento, identificar conversión a casos entre los contactos estrechos y situación de salud de los contagiados. (15)
- *Trazabilidad retrospectiva:* enfoque que se orienta a responder acerca del lugar y las circunstancias en las que la persona se contagió. Se orienta a conocer cuándo y dónde se contagió la persona y si pudo haber contagiado simultáneamente otras personas. (15)

Dentro del proceso, existe un segundo concepto clave que trabaja

directamente con la trazabilidad, el Aislamiento, definido por el ministerio de salud como *“acto de separar a una persona enferma con una enfermedad infectocontagiosa de personas sanas [...] para proteger a los contactos estrechos y al público [...] de la exposición de una enfermedad contagiosa”*. (1)

Según el *“Ord. B51 N° 502 del 29 de Enero del 2021 referente a periodos de aislamiento de casos confirmados y probables de COVID-19”* (16), señala que el periodo de aislamiento de casos confirmados y probables de COVID-19 sin inmunosupresión, que no requieren hospitalización y realicen el aislamiento en domicilio o residencia sanitaria deben cumplir los siguientes criterios: presentar al menos 3 días sin fiebre, una mejoría de la sintomatología existente y haber transcurrido 11 días desde la aparición de los síntomas de da por finalizado el aislamiento.

En cuanto a los casos confirmados asintomáticos de COVID-19, es decir, que cuente con RT-PCR positiva para SARS-CoV-2 y no haya presentado sintomatología a lo largo del seguimiento, debe mantener aislamiento 11 días a partir de la toma de muestra de RT-PCR.

Los conceptos de Trazabilidad y Aislamiento se encuentran definidos en base a las recomendaciones de manejo de la pandemia establecidos por la OMS, para fortalecer la vigilancia en detección de pacientes con infecciones respiratorias agudas graves, adaptado a la realidad de la población chilena por el estamento gubernamental. Es en este punto donde juega una gran importancia la interpretación de la trazabilidad en contexto nacional, mediante la interrupción de las cadenas de contagio en la comunidad e identificar las responsabilidades de los distintos niveles del sistema de salud, junto con los cargos y roles claves en cada uno de ellos, de tal forma disminuir la magnitud del impacto encausado por la pandemia en los diferentes territorios, según los objetivos definidos en la *“Guía de Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento: actualización de funciones y roles”*. (15)

El objetivo de las estrategias de TTA, actualizadas en febrero del año

2021, designan categóricamente que los procesos de Trazabilidad y Aislamiento direccionen el planeamiento operacional en la detención de las cadenas de transmisión, la identificación y localización de contactos estrechos y brindar el apoyo para un aislamiento o cuarentena segura y efectiva, mediante la definición de acciones que deben ser ejecutadas para la adecuada implementación de los procesos estipulados, conjunto un enfoque integrador de todos los macrocomponentes y su óptima implementación. (15)

2.5 Plan de Trazabilidad y Aislamiento en usuarios COVID-19 positivos

Queda en evidencia que el Plan de Trazabilidad y Aislamiento en usuarios COVID positivos, corresponde a las medidas claves a tomar para combatir la pandemia y por tanto las variadas actividades se pueden ir actualizando en función de las nuevas recomendaciones y avances que surjan relativo a la transmisión. Sin embargo, estas deben ser llevadas a cabo de la forma más oportuna, estratégica y eficiente posible para detener la cadena de transmisión del virus. De acuerdo con lo definido en párrafos anteriores, la trazabilidad retrospectiva es fundamental para identificar la fuente de contagios mediante la investigación de los casos, por lo tanto, este enfoque es crucial para el control del SARS-CoV-2 y así poder frenar su propagación, previniendo que ocurran grandes brotes de la enfermedad.

Basado en el *“Protocolo de Coordinación para Acciones de Vigilancia Epidemiológica durante la Pandemia COVID-19 en Chile”* (1) para poder llevar a cabo la investigación epidemiológica existe un trabajo en conjunto entre SEREMI de Salud, Directores de los Servicios de Salud y los directivos de los centros de APS quienes con equipos capacitados llevan a cabo las funciones de trazabilidad y aislamiento. (Anexo N°2)

En consecuencia, una vez diagnosticados los casos de COVID-19, los Directores de los Servicios de Salud junto con la APS estarán a cargo del seguimiento y monitoreo de dichos casos que se mantienen en aislamiento en

domicilio correspondiente. Las actividades mínimas que se deben realizar, recomendadas por el Protocolo de Coordinación, son:

- “Seguimiento telefónico en lo posible una vez al día, durante el tiempo de aislamiento, que actualmente son 14 días desde el inicio de los síntomas.
- Se sugiere realizar al menos una visita domiciliaria según la capacidad del establecimiento de APS, priorizando a las personas con mayor riesgo, es decir, quienes presenten multimorbilidad y adultos mayores, para pesquisar a tiempo signos de alerta.
- Si posterior a los 14 días, el paciente continúa con síntomas, debe mantener su aislamiento y si es necesario se solicita control médico.
- Si durante el seguimiento, es detectada la necesidad de una evaluación médica domiciliaria, se activarán las coordinaciones con CESFAM para cumplir con el requerimiento.
- Si el usuario no presenta síntomas al menos las 72 horas previas a completar los 14 días de aislamiento puede ser dado de alta. Debe haber un registro diario del seguimiento del estado de salud del caso en la plataforma digital EPIVIGILA.
- La SEREMI de Salud será responsable de contar con la información del seguimiento de los casos de su región”. (1, p10)

Considerando lo anterior, para que exista una gestión y cumplimiento de la estrategia recomendada es necesario disponer de recursos para la trazabilidad y seguimiento, los cuales se detallan de acuerdo al protocolo nacional que sugiere contar con lo siguiente:

- a) “El equipo de investigación epidemiológica de terreno debe disponer de:
 - Profesionales de la salud para las actividades de investigación y seguimiento de casos y contactos.

- Vehículos para las visitas de investigación.
- Dispositivos telefónicos que le permitan la contractibilidad.”

(1, p13)

- b) “Cada funcionario deberá contar con los elementos de Protección personal necesarios para cumplir sus tareas. Se consideran EPP para realizar visita a domicilio con casos probables o sospecha los mismos que se utilizan para manejo de casos positivos, esto es: Escudo facial o antiparras, mascarilla quirúrgica, pechera o bata desechable y guantes. Debe incluir alcohol gel y bolsa plástica para la eliminación segura de los EPP potencialmente contaminados.” (1, p13)

A continuación, se procede a detallar la Teoría de Enfermería con la cual se lleva a cabo la investigación sobre el tema planteado anteriormente.

2.6 Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos y Teoría de Logro de Metas de Imogene King

Imogene King propuso en el año 1981 el Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos (MCSA), en el cual un individuo está compuesto por tres sistemas dinámicos e interactivos: el personal; el interpersonal, donde existe una interacción entre el individuo y los grupos; y el social, nivel donde diferentes grupos se relacionan, formando una sociedad.

A partir del MCSA, King propuso la Teoría del Logro de Objetivos, en la cual postula que *“el centro de la enfermería es la interacción de los seres humanos con su entorno, lo cual conduce a los individuos a un estado de salud, que les hace capaces de funcionar dentro de sus roles sociales.”* (17)

La teoría plantea la necesidad de una interacción entre el personal de enfermería y el usuario, en la cual cada parte percibe al otro, realiza un juicio y se comunican para ejecutar una acción. Dicha acción genera una reacción, en donde se establecen objetivos y medidas para conseguir las metas acordadas mutuamente, en lo que King define como “Transacción”. La interacción

Enfermera/o – Usuario es considerado como un sistema abierto, donde existe una retroalimentación y la expresión de sus percepciones en torno al problema, las que pueden variar según cada etapa de una actividad. (17)

La teoría del logro de metas está conformada por los tres sistemas presentes en el MCSA. El *Sistema Personal* involucra al individuo en un entorno. En este sistema se encuentran algunos conceptos como la percepción, el yo, el tiempo y espacio. Estos conceptos que se detallan a continuación, son dinámicos e interactúan constantemente con el entorno. Además, sirven como herramientas para que el profesional de Enfermería pueda realizar una valoración y una atención holística del usuario. (18)

- “Percepción: Involucra todo lo que la persona percibe como real, de modo que es subjetiva, personal y selectiva. Está compuesta por la información recogida a través de los sentidos y la memoria cuya función es organizar, interpretar y convertir. Su acción está centrada en el presente y se basa en la información disponible.
- Yo: Es considerado un sistema abierto y orientado al logro de objetivos. Corresponde a lo que el individuo percibe cómo, quién y qué es, conceptos que serán influenciados por el pasado y las especulaciones del futuro.
- Tiempo: Es la duración entre dos eventos y es definido como una experiencia única para cada individuo. Se caracteriza por ser universal, relacional, unidireccional y subjetivo.
- Espacio: Se define por su área física (territorio) y el comportamiento de quienes lo ocupan. Se diferencia del sistema personal en que no tiene límites visibles. El espacio es universal porque todas las personas tienen algún concepto de espacio, pero es personal y situacional tal como lo perciben las personas y cambia de una situación a otra. Es dimensional, ya que presenta área, volumen, distancia y tiempo, además es

transaccional, puesto que aquí ocurren las transacciones entre el ser humano y el medio ambiente.” (19, p2)

En el *Sistema Interpersonal* se ubican las interacciones sociales entre distintos individuos o grupos cuyo proceso interactivo implica la identificación de metas y medios para el logro.

La interacción de los individuos en este sistema está compuesta por una acción y una reacción, siendo este último un determinante para que la interacción continúe generando una transacción. Este sistema está formado por conceptos como la comunicación, interacción, transacción y rol. (18)

- “Comunicación: Es el proceso por el cual se transmite una información como opiniones o pensamientos entre diferentes individuos directa o indirectamente, cuyas interacciones pueden ser verbales y/o no verbales.
- Interacción: Es un proceso entre dos o más individuos intercambiando una secuencia de comportamientos verbales y no verbales que son dirigidos a una acción que conlleva una reacción por parte de otra persona.
- Transacción: Son todos aquellos comportamientos dirigidos a la consecución de objetivos, derivados de la percepción y la cognición. Para que exista una transacción, se requiere que la interacción sea recíproca entre al menos dos individuos.
- Rol: Conjunto de comportamientos esperados de quienes ocupan determinada posición dentro de una sociedad y que involucran reglas, obligaciones y derechos según el cargo en el grupo social. Está presente en los tres sistemas, lo que permite que una persona pueda desempeñar varios roles según cada sistema.” (19, p3)

El *Sistema Social* está conformado por la suma de roles, comportamientos y prácticas sociales entre varios individuos. Se destacan conceptos como la organización y la toma de decisiones. (18)

- “Organización: Es la forma en que se gestionan las actividades para el logro de las metas propuestas. La organización facilita la consecución de los objetivos.
- Toma de decisiones: Son todos los juicios realizados y que afectan el desarrollo de acciones en cada situación específica. En otras palabras, forman un proceso continuo que involucra una situación, estado o problema, cuyo juicio contribuye al logro de objetivos propuestos.” (19, p4)

Finalmente, es importante tener en cuenta que se considerarán sólo los conceptos previamente mencionados pertenecientes a los tres sistemas que conforman el modelo conceptual de sistemas abiertos (MCSA). Además, cabe destacar que para efectos de esta investigación no se utilizará como tal la “Teoría de Logro de Metas” para la realización del estudio, puesto que no se ajusta a los objetivos propuestos por los investigadores.

III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoques de Investigación Cualitativa

En esta investigación se utiliza el enfoque fenomenológico, el cual apunta al estudio comprensivo de un fenómeno determinado. De esta manera, dicho enfoque tiene como objetivo fundamental *“el estudio de las experiencias de vida, respecto de un suceso, desde la perspectiva del sujeto. Este enfoque asume el análisis de los aspectos más complejos de la vida humana, de aquello que se encuentra más allá de lo cuantificable”*. (20)

Para llevar a cabo una investigación de estas características, se debe tener en cuenta el concepto epistemológico que hace referencia al *“estudio del conocimiento humano y de la ciencia, relativo a los métodos, su estructura y los criterios de determinación”*. (21) Por lo tanto, establece los límites que requiere el investigador al momento de analizar a los sujetos de estudio y sus realidades tal cual son vivenciadas. Además, se debe despojar de sus juicios de valor, prejuicios, conocimientos previos y creencias propias, ya que de esta forma se puede realizar la descripción fidedigna de cada suceso tal cual acontece, favoreciendo al proceso de interpretación de la información obtenida mediante el instrumento de investigación, por tanto, el investigador se deberá hacer valer a través de dirigir su atención, observación y comprensión de los eventos estudiados. (21)

Según el libro *“Metodología de la Investigación”* de Hernández, Fernández y Baptista la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto. (22)

Los autores Grinnell (1997) y Creswell (2013) (23), hacen referencia a la presencia de un contexto interno, en donde las creencias son la base para describir y comprender el mundo subjetivo del individuo, concepto que se desarrolla en el enfoque cualitativo durante la realización de la investigación

cualitativa. Este tipo de estudio se caracteriza por tener como fuente de datos, la información recopilada de las observaciones y análisis de las interpretaciones y significado que los individuos le otorgan a los acontecimientos o realidad que los rodea, en este caso, los sujetos de estudio serán los encargados de entregar dicha información. Los datos pueden ser obtenidos a través de la ejecución de entrevistas; estudios de informes; la realización de discusión/debates en grupo o la evaluación de experiencias personales mediante encuestas u otros instrumentos que permitan dicho propósito. Dicho proceso se lleva a cabo mediante la realización de un estudio de las diversas “*realidades subjetivas*” de acuerdo a la cultura en la cual se encuentra inmersa la persona, con la particularidad de no tener una secuencia determinada y la no manipulación de los elementos involucrados, favoreciendo una indagación profunda, amplia y con abundante oportunidad de interpretación de la realidad. Este análisis cualitativo se encuentra guiado por la pregunta investigativa y los objetivos propuestos, los cuales enmarcan el rango de investigación a seguir.

En consideración de lo descrito en párrafos anteriores, la investigación cumple un carácter de tipo exploratorio-interpretativo. En primera instancia es exploratorio (*Hernández, Fernández y Baptista, 2014*), dado que el estudio busca un acercamiento que responda a la experiencia vivida por los usuarios contagiados con COVID-19 de las comunas de Valparaíso y Viña del Mar que fueron seguidos a lo largo del proceso de TTA. A través de éste, Hernández hace referencia a la familiarización con el problema de investigación, mediante las características definitorias de un estudio exploratorio, las cuales describen las bases para explorar un problema o fenómeno relativamente desconocido, que no ha sido sometido mayormente a una indagación profunda en la literatura, por lo que se pretende obtener información como factor principal para trazar los cimientos necesarios para una futura investigación, mucho más completa y detallada.

El carácter interpretativo de la investigación cualitativa, en segunda instancia, permite al estudio la oportunidad de tomar en cuenta las cualidades y pensamientos del actor principal del fenómeno en exploración. Bogdan y Taylor se refieren a esta modalidad como a un proceso dinámico, pues *“la manera que interpreta una persona dependerá de los significados que disponga y de cómo aprecie una situación”* (1984) (24, p25). Las directrices dictaminadas en la investigación interpretativa aportan *“una mejor comprensión de esta forma de producir conocimiento, comprensión que aunada a una reflexión [...] nos lleve a una transformación de la práctica [...] en un proceso continuo de acción–reflexión–acción.”* (25)

3.2 Instrumento de Investigación Cualitativa

La entrevista cualitativa se presenta como una instancia cercana e íntima para llevar a cabo una conversación, cuyo propósito es proporcionar respuestas por medio de la perspectiva del entrevistado sobre un tema y descubrir el punto de vista único y profundo que este tiene. Corbetta (2003) define que la entrevista cualitativa mantiene por objetivo *“conocer la perspectiva del sujeto estudiado”* (26), es decir, del entrevistado, quien ha sido solicitado para una conversación por los investigadores. La entrevista, como herramienta *“se emplea cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad”* (22), por lo que se posiciona en una técnica útil en la recolección de información pragmática y posterior construcción de la perspectiva individual del sujeto en estudio.

La entrevista cualitativa es caracterizada por Hernández (2014) en siete puntos fundamentales:

1. “El principio y el final de la entrevista no se predeterminan ni se definen con claridad, incluso las entrevistas pueden efectuarse en varias etapas
2. Las preguntas y el orden en que se hacen se adecuan a los participantes.

3. Es en buena medida anecdótica y tiene carácter amistoso
4. El entrevistado comparte con el entrevistado el ritmo y dirección de la entrevista
5. El contexto social es considerado y resulta fundamental para la interpretación de significados
6. El entrevistador ajusta su comunicación a las normas y lenguaje del entrevistado.
7. Las preguntas son abiertas y neutrales.” (22, p403)

En la entrevista se logra entablar una comunicación y construcción de significados enlazados a un tema en específico, por lo que, dependiendo del objetivo de la investigación, cada proceso comunicativo tendrá diferentes maneras de realizar la entrevista. Según *Hernández (2013) (22)* las entrevistas se dividen en estructuradas, abiertas y semiestructuradas, convirtiéndose ésta última en la seleccionada por el equipo investigativo para la extracción y recopilación de datos.

Las entrevistas semi estructuradas direccionan su construcción en base a un guion con temas seleccionados para conversar a lo largo del encuentro, los cuales podrá ir modificando el orden y modo de formular las preguntas, para abrir espacio a la libertad de introducir preguntas adicionales, con el fin de precisar la información entregada por el entrevistado, y así obtener un mayor entendimiento de los datos recabados. *Corbetta (2003)* precisa que, aunque el entrevistador sea la voz que dirige la entrevista, es el entrevistado quien es referido como la voz sobresaliente, por consiguiente, ofrece una mayor flexibilidad que le permite a la persona entrevistada explicarse mediante ejemplos, según la experiencia personal, y exponer sus propias ideas con mayor claridad si el entrevistador no ha comprendido algún punto o desea profundizar acerca el tema, asegurando que se discutan los temas relevantes y recabe la información necesaria. (23) Por este motivo fundamental es que los

investigadores seleccionaron la entrevista semi estructurada para comprender la perspectiva del sujeto de estudio.

3.3 Unidad de Análisis

La unidad de análisis corresponde a las personas adultas entre 20 y 64 años, quienes se contagiaron con COVID-19 entre los meses de enero a junio de 2021, que residen en las comunas de Valparaíso y Viña del Mar.

3.4 Universo y Muestra

Para definir inicialmente el universo de la investigación, se establecen dos criterios medulares que permiten facilitar la búsqueda de participantes voluntarios. El primer criterio consiste en que los participantes se debieron haber contagiado con COVID-19, el segundo criterio es que los participantes deben haber recibido atención sanitaria durante su periodo de contagio.

Bajo los criterios mencionados anteriormente, se inicia la búsqueda de participantes que, en primera instancia cumplan con los requisitos medulares, reuniendo a 18 voluntarios para la aplicación del estudio. Posteriormente, una vez reunido a los participantes voluntarios, se establecen criterios de inclusión con el objetivo de obtener la muestra que se acerque más al objetivo de la investigación, los cuales se detallan a continuación:

- Los participantes se debieron haber contagiado con COVID-19.
- Los participantes deben haber recibido atención sanitaria por parte del CESFAM a cargo, durante su periodo de contagio.

- Los participantes deben residir en las comunas de Viña del Mar o Valparaíso.
- Tener entre 20 y 64 años de edad.
- Haber realizado el aislamiento en domicilio.
- Acceder voluntariamente a participar en el estudio.

Por otro lado, se definieron criterios de exclusión con el propósito de excluir a sujetos de estudio que cumplieran o no con los requisitos medulares y/o tampoco cumplieran los criterios de inclusión mencionados anteriormente. De esta forma, los criterios excluyentes son:

- No haber recibido contacto telefónico o visita domiciliaria por CESFAM.
- Haber realizado aislamiento en una residencia sanitaria u hospital.
- Pertenecer a la población de niños y adolescentes y/o adultos mayores.
- Ser contacto estrecho.
- Pertenecer a la población inmunosuprimida.

Dicho lo anterior, se establece el análisis de la percepción del problema en adultos cuyas edades van desde los 20 a 64 años y que residen en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso. Este rango etario fue elegido debido a que gran parte de la población de Chile se encuentra en estas edades (27), así como también la mayor cantidad de casos positivos de COVID-19. Respecto a la localización geográfica, fueron seleccionadas ambas comunas, puesto que en ellas se concentra la mayor cantidad de casos COVID-19 de la Región de Valparaíso. (28)

Según la literatura, la muestra de participantes voluntarios no solo es utilizada en los estudios cuantitativos, sino que también en las cualitativas. A esta clase de muestra *Hernández (2010)* las denomina *Autoseleccionada*, debido a que son las personas quienes se proponen como participantes en el estudio o que responden positivamente ante una invitación de los investigadores. (23)

3.5 Caracterización de la Muestra

La muestra para las entrevistas considera a 9 sujetos voluntarios, 3 hombres y 7 mujeres residentes en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, quienes durante los meses de enero a junio del 2021 se contagiaron con el virus SARS-CoV-2 y recibieron atención sanitaria al menos una vez, ya sea vía telefónica o a través de visitas domiciliarias a cargo del equipo de trazabilidad local correspondiente.

El rango etario de los tres participantes de sexo masculino varía entre los 25 a 63 años de edad, de los cuales dos residen en la comuna de Valparaíso y uno en la comuna de Viña del Mar. Por otro lado, el grupo de participantes de sexo femenino está conformado por edades que van desde los 23 hasta los 55 años, de las cuales cinco de ellas viven en Viña del Mar y los dos restantes en Valparaíso.

3.6 Diseño del Instrumento

Se designa la realización de la entrevista a través de la plataforma virtual de videollamadas *Google Meet* o *Plataforma Zoom*, según la disponibilidad y comodidad del usuario, priorizando el bienestar y cuidado preventivo de los investigadores y participantes voluntarios de la entrevista, además de asignar mayor seguridad para concretar la invitación, puesto que, no dependerá de la fase “Paso a Paso” en que se encuentre la comuna de Valparaíso y Viña del Mar al momento de aplicar el instrumento. La duración estimada de la entrevista será de 20 minutos, donde participarán tres integrantes: *entrevistador, entrevistado y transcriptor*.

Aclarado el punto anterior, se procede a describir el instrumento elaborado por los investigadores. (Anexo N°3)

La entrevista fue construida en base a tres categorías imperantes en el Modelo conceptual de Imogene King; *Sistema personal, Sistema interpersonal*

y *Sistema social*. A su vez, cada sistema está compuesto con subcategorías que tiene como cimiento conceptos claves de la teoría, los cuales direccionan la formulación de preguntas para que los investigadores puedan recolectar la información de forma sistémica, pero flexible. El instrumento tiene una esencia semiestructurada, que permite al entrevistador fluctuar una entrevista guiada por pauta base, que se puede adaptar a cada participante, sin desviarse de las directrices. Este punto cumple la finalidad de recalcar que los investigadores trabajan bajo los principios bioéticos de la investigación, respetando en todo momento la individualidad y libertad del sujeto en estudio.

Mediante la aplicación del instrumento los investigadores buscan obtener la información que facilitaran los entrevistados, para analizar, discutir y finalmente construir la percepción individual y global que tienen las personas seleccionadas en el estudio, acerca de la experiencia vivenciada durante el proceso de trazabilidad y aislamiento, cumpliendo de esta forma los objetivos que orientan el presente estudio cualitativo.

3.7 Aspectos Éticos de la Investigación

Si bien el proceso investigativo cuenta con varias etapas que permiten llevar a cabo el fundamento y la aplicación de dicho estudio, el punto clave para lograr una ejecución válida y verídica es la incorporación transversal durante toda la investigación de los criterios éticos propuestos por Ezekiel Emanuel, lineamientos que la presente investigación sigue en el transcurso del estudio.

El objetivo de las investigaciones científicas es aportar información que promueva la mejora, innovación y actualización de procedimientos y/o técnicas sanitarias a base de teoría contundente que promueva la salud y el bienestar de las personas. Para ello los investigadores deben asegurar minimizar los riesgos de exposición a los que los sujetos de estudio se vean expuestos, con el propósito de asegurar su integridad física, psicológica, social y espiritual.

Respecto a lo mencionado con anterioridad, a continuación, se detalla los requisitos éticos aplicados a la investigación:

El primer criterio indicado según Emanuel, es el valor, que hace referencia a la relevancia en el aspecto social o clínico que tiene el estudio, que promueva la mejora de la salud de la población mediante el análisis y la evaluación de una determinada actividad. En este caso el valor clínico va asociado a la entrega de información de parte de los usuarios para evidenciar las posibles mejoras o cambios que se podrían generar durante el proceso de trazabilidad y aislamiento, hecho que otorgaría la oportunidad de cubrir los requerimientos de los usuarios que se encuentran en esta situación.

La validez científica determina la importancia de la metodología utilizada para la investigación, dentro de la cual se cuenta con la estipulación y planificación del objetivo, diseño, ejecución y análisis de los datos obtenidos bajo la premisa ética y que su ejecución sea realizable para asegurar la contribución de información científicamente válida.

La selección equitativa del sujeto corresponde al tercer criterio, que determina que las características del proceso de identificación y selección de los sujetos debe ser en relación a la ciencia y no a la vulnerabilidad presentada por los posibles candidatos, de esta forma se está realizando una correcta selección de los participantes de la investigación. Respecto a lo mencionado, durante el proceso de identificación y posterior selección de los sujetos que participan en el estudio, los criterios utilizados excluyen cualquier tipo de característica o determinante psicosocial, económico o cultural, ya que no influye en la finalidad de la presente investigación, también se considera que la población que cumpla los criterios de inclusión establecidos con anterioridad, se pueda ofrecer como voluntario/a para el estudio.

Además, durante el transcurso de la selección se realizó un mayor énfasis en la reducción al mínimo de los riesgos que puedan presentar los sujetos escogidos y se procuró maximizar los beneficios sociales y científicos

que aporte dicho estudio, que en este caso hace referencia a la relevancia del levantamiento de información sobre la percepción de la población contagiada con COVID- 19, referente al plan de trazabilidad y aislamiento, acción que entrega la posibilidad de generar potenciales mejoras en el proceso, poder optimizar recursos disponibles y considerar o reevaluar los requerimientos de los usuarios, ampliando la perspectiva de la manera o estrategia, en la cual se pueda proceder para cubrir aquellas necesidades.

En consideración de lo expuesto anteriormente, se presenta el cuarto criterio aplicado referente a la proporción favorable de riesgo - beneficio evidenciado en el marco de la realización de la investigación, cuya ejecución presenta un grado mínimo de riesgos que vulneren al sujeto de estudio en todas las esferas que lo componen, ya que se considera como una persona integral, por lo cual se vela por conservar esta cualidad. Para comprender este punto se debe incorporar el principio de no maleficencia, cuya definición es *“no se debe causar daño a una persona”* (29) y la beneficencia se refiere a *“la obligación moral de actuar en beneficio de otros”* (29) asociado a la maximización de los potenciales beneficios obtenidos.

El quinto criterio expone la evaluación independiente, el cual señala que existen intereses por parte de los investigadores que pueden distorsionar involuntariamente sus juicios respecto a la elaboración y ejecución de la investigación, interfiriendo en el análisis de los datos obtenidos. Esto puede llevar a la utilización de métodos científicos que comprometan la validez del estudio.

Para evitar que esto suceda, se recomienda que la investigación clínica *“sea revisada por peritos apropiados que no estén afiliados al estudio y que tengan autoridad para aprobar, enmendar o, en casos extremos, cancelar la investigación.”* (29)

En el caso de esta investigación se ha asignado una profesional de Enfermería, la cual supervisa y guía durante la evolución del estudio, velando

por el cumplimiento de los requisitos éticos necesarios para una investigación óptima y de calidad. Asimismo, el estudio es presentado ante un comité de ética quien determina si los métodos utilizados, la muestra seleccionada y el fundamento de la investigación son éticamente válidos y aplicables.

Por otro lado, la realización de la evaluación independiente permite asegurar la entrega de un trato ético a los participantes. En este punto, vuelve a entrar el comité ético y la profesional de Enfermería, ya que estos entes se encargan de aprobar o denegar los métodos utilizados, basándose en lo éticamente correcto mediante la supervisión del proceso de investigación.

El consentimiento informado es parte del sexto criterio, cuyo objetivo es *“asegurar que los individuos que participan en la investigación clínica propuesta sólo cuando ésta es compatible con sus valores, intereses y preferencias”*. (29) Debe incluir información referente a la finalidad, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación, y asegurarse que sea leído de forma apropiada, en donde se destaque el carácter voluntario de la participación. En el presente estudio, se adjunta un documento (anexo N°4) el cual detalla el consentimiento informado, que fue entregado y leído por cada uno de los participantes y cumple con todos los requisitos de un consentimiento según los criterios de Emanuel. Cabe destacar que se procura mantener el respeto por la persona y su autonomía durante su contribución en el estudio.

Por último, en el séptimo criterio, se menciona el respeto que debe recibir cada participante por parte del equipo de investigación. En este criterio se encuentran cinco actividades que deben ser cumplidas en todo momento: permitir al sujeto cambiar de opinión, respeto por la privacidad de la información entregada por el participante, entregar información a los participantes sobre los riesgos y beneficios de las intervenciones a realizar, informar a los participantes sobre los resultados y aprendizajes obtenidos a partir de la investigación clínica, y la quinta actividad va sujeta a velar por el bienestar del sujeto durante toda la investigación. Este aspecto se justifica por

algunos principios como la beneficencia, respeto a la autonomía y el respeto por las personas.

De este modo, el equipo de investigación de este estudio proporcionará toda la información necesaria a los participantes, velando en todo momento el cumplimiento de estas cinco actividades que componen este criterio.

3.8 Validez y Confiabilidad del Instrumento

Para corroborar la validez de la entrevista, se optó por enviar el instrumento a revisión por expertos en el área, en este caso las enfermeras docentes Sandra Díaz Rosas y Pilar Fuster Roa, quienes entregaron observaciones y sugerencias respecto al formato y fondo de la entrevista. Esto permitió realizar las modificaciones necesarias al instrumento antes de la validación oficial del comité de bioética.

En cuanto al rigor del estudio cualitativo, la dependencia se encuentra presente mediante la aplicación de la explicación en detalle de la base teórica de la investigación y el diseño a utilizar, además se detallan los criterios de selección de los voluntarios y el instrumento propuesto para recabar la información, especificando el método de análisis de los datos recolectados, los cuales son obtenidos a través de la implementación de la entrevista a los participantes.

La credibilidad es parte de los aspectos que le otorgan validez al estudio, en este caso se alcanza por medio de la planificación y organización de una matriz de análisis, que permite la corroboración estructural de los datos obtenidos, generando la instancia de categorizar la información formando conexiones que creen una base de datos que soporte todos los resultados

obtenidos de la investigación. De esta manera, se puede facilitar la adecuación referencial que permite observar con detalle el panorama que entregan los datos, abriendo la oportunidad de descubrir aspectos que desde la perspectiva de investigador no se habían considerado durante el proceso investigativo.

Además, se requiere mencionar el concepto de transferencia, que en el transcurso de la investigación se ha contribuido a favorecer la descripción, explicación y especificación del contexto en el cual se lleva a cabo el estudio, entregando en todo momento la información necesaria referente al proceso investigativo, de esta forma se facilita la eventual transferencia que pueda realizar el lector de la presente investigación.

Por último, la confirmabilidad se lleva a cabo mediante la triangulación de datos que faculta la minimización de sesgos presentes en la interpretación de la información recopilada.

3.9 Consentimiento informado

El consentimiento informado está constituido por el apartado del objetivo propuesto, una breve descripción del estudio y de la metodología a utilizar durante el proceso. Luego se detallan las características de la participación, explicando los criterios de confidencialidad, beneficios y privacidad de los voluntarios durante el proceso de colaboración en la investigación. Además, se aclaran los siguientes términos: el derecho de los participantes a conocer los resultados obtenidos una vez finalizado el estudio, el compromiso por parte de los voluntarios a entregar información verídica, el manejo y almacenamiento de la información recopilada; y el deber de los investigadores en presentar disponibilidad y acceso para resolver eventuales dudas y/o consultas de los participantes.

El documento descrito anteriormente se encuentra disponible en el anexo N° 4.

3.10 Procedimiento de Análisis de Datos

El proceso de recolección y análisis de datos en la investigación cualitativa es llevado a cabo en paralelo, a diferencia de su contraparte cuantitativa. Hernández construye en su libro un proceso de análisis incorporando concepciones de diversos autores teóricos en metodología de investigación, postulando que *“en el análisis de datos, la acción esencial consiste en que recibimos datos no estructurados, a los cuales nosotros les proporcionamos una estructura”*. (22) A partir de lo mencionado por Hernández, en esta investigación la información obtenida mediante la aplicación de las entrevistas será ordenada en una matriz general que integra códigos para identificar cada uno de los conceptos del Modelo Conceptual que se quiere abordar en la entrevista, la cual será aplicada a todos los sujetos, facilitando un formato a los datos no estructurados que entrega cada uno de los participantes. De esta manera se logra organizar la información y seleccionar los testimonios claves que otorguen los datos necesarios para cada una de las preguntas realizadas. (Anexo N° 5)

Posteriormente, la información contenida en la matriz general de cada participante, es estructurada de la siguiente manera:

- 1) Se realiza una tabla por cada pregunta realizada, donde se extraen los testimonios relevantes que estén mejor direccionados para servir como elemento durante el análisis de la información.
- 2) Se analiza los testimonios seleccionados y se identifican puntos en común entre la información entregada referente al mismo tema.
- 3) Se generan etiquetas que agrupen las similitudes entre los relatos de los sujetos.
- 4) Se realiza el análisis de la información obtenida en la tabla.

Cabe destacar que este procedimiento se ejecuta por cada pregunta de la entrevista. Las preguntas están categorizadas en los 3 sistemas del Modelo

conceptual de Imogene King, que se encuentran en las tablas correspondientes a los anexos N° 6, N° 7 y N°8.

A continuación, se procede a realizar la triangulación de datos, que permite analizar en profundidad los conceptos del modelo que integra cada una de las preguntas de la entrevista, facultando a los investigadores examinar detalladamente la información recopilada.

Descripción de la triangulación cualitativa

Una de las metodologías existentes en la investigación cualitativa es la triangulación de datos, que hace referencia al uso de varios métodos, fuentes de datos, teorías, ambientes en el estudio de un fenómeno. Al utilizar esta metodología de análisis cualitativo, se busca obtener las fortalezas de cada una de las estrategias utilizadas, lo que permite ofrecer una alternativa para observar un problema desde diferentes perspectivas y así dar una validez y consistencia a los hallazgos. (30)

Para efectos de esta investigación, se utilizará la triangulación de datos presente en el *Protocolo de Coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento*, la *Guía de la estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento* y el Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos de Imogene King. Dichos documentos son contrastados con los testimonios recabados mediante la aplicación de la entrevista semiestructurada realizada a los sujetos seleccionados, puesto que el cruce de información permite al investigador identificar los aspectos convergentes al momento de realizar el análisis de datos.

IV. RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

Para llevar a cabo el siguiente análisis de la información recolectada, se debe considerar que se examina la información según lo establecido en los protocolos y documentos estipulados en el marco teórico expuesto anteriormente, contemplando las actualizaciones realizadas en dichos documentos hasta el mes de junio del año 2021, aspecto relevante a tener en cuenta al momento de comprender lo presentado a continuación.

4.1 Perfil sociodemográfico de los participantes durante el proceso de Trazabilidad y Aislamiento

Comprender la situación sociodemográfica de los sujetos entrevistados, le otorga al investigador una perspectiva más amplia sobre el contexto y circunstancias en las cuales se encontraban los entrevistados en el momento de contagiarse con el virus SARS-CoV-2.

En esta oportunidad, se consideran los datos relacionados a la edad, comuna de residencia y ocupación para llevar a cabo la realización del análisis de la información, facilitando el entendimiento e interpretación de las entrevistas.

En este estudio hubo mayor audiencia de población adulto joven, ocho de los nueve participantes pertenecen a dicho grupo, el participante restante integra la población adulto maduro. Para proporcionar un concepto numérico más preciso, siete participantes pertenecen al grupo etario de entre los veinte y veintinueve años, de los dos participantes restantes, uno se encuentra en el grupo etario entre cuarenta y cuarenta y nueve años, y el otro sujeto está en el grupo etario entre sesenta y sesenta y cuatro años.

Por otro lado, el sexo de los participantes se distribuye de manera más uniforme, hay cinco participantes femeninos y cuatro participantes masculinos.

En cuanto a la residencia de los participantes, comprendida entre las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, existe una predominancia por la comuna de Viña del Mar, contando con seis participantes, por tanto, los tres participantes restantes pertenecen a la comuna de Valparaíso.

Se analiza, también, la cantidad de personas que componen el hogar en el periodo estudiado, obteniendo así que dos participantes vivían solos, y siete participantes compartían residencia con algún familiar (pareja, padre, madre, hijos, entre otros).

Respecto a la ocupación, al momento de ser diagnosticado con COVID-19, seis de los sujetos se desempeñan en actividades laborales, dos son estudiantes, considerando que uno de ellos trabaja y estudia en simultáneo, una persona es dueña de casa.

4.2 Análisis de los sistemas del Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos

4.2.1 Sistema Personal

El sistema personal, según lo señalado en la teoría de Imogene King, establece que cada individuo debe ser comprendido como un sistema dinámico e interactivo con el entorno. Este sistema se encuentra constituido por los siguientes conceptos: Yo, Tiempo, Espacio y Percepción.

Percepción

En esta investigación el concepto de la percepción, involucra *“Todo lo que la persona percibe como real, de modo que es subjetiva, personal y selectiva. Está compuesta por la información recogida a través de los sentidos y la memoria cuya función es organizar, interpretar y convertir.”* (18) En base a esta definición y los testimonios entregados por los participantes del estudio, la percepción se aborda desde una perspectiva referente a las impresiones que tuvieron al momento de ser notificados positivos de COVID-19, los síntomas

experimentados, experiencias y opiniones relacionadas con la atención recibida por el equipo de salud.

En primer lugar, a través de la información entregada referente a las apreciaciones al ser notificados, se pueden visualizar las siguientes opiniones:

Algunos sujetos percibieron con resignación la comunicación del resultado del test PCR, ya que refieren que ellos ya tenían sospecha de padecer la enfermedad.

“Entonces igual fue como en ese sentido ya sabía que lo tenía, como que estaba claro.” (Sujeto A, septiembre, 2021)

“Así como sentimiento como tal no fue mucho, porque claro yo ya sabía, o sea tenía pero por donde me mirabai yo tenía COVID positivo.” (Sujeto B, septiembre, 2021)

“O sea yo ya estaba asumida ya de que era positivo (...) pero ya tenía todos los síntomas, ya sabía que era positivo.” (Sujeto C, septiembre, 2021)

“Nada, solamente una confirmación porque yo ya estaba tan enferma (...) entonces yo ya estaba segura que estaba contagiada sí o sí. me dio lata, pero ya era obvio a esa altura, ya llevaba muchos días de malestar.” (Sujeto D, septiembre, 2021)

“Una sensación como ¡Chuta!, ya nada que hacer” (Sujeto F, septiembre, 2021)

Otros testimonios expresan miedo y/o ansiedad al momento de recibir la notificación de los servicios de salud, como se relata a continuación:

“Igual, como el miedo (...) pero después se puso brígida la cosa.” (Sujeto E, septiembre, 2021)

“Miedo, mucho miedo, ansiedad.” (Sujeto G, septiembre, 2021)

Cabe destacar, que un sujeto menciona que no consideró relevante la confirmación del resultado positivo:

“Nada, lo tomé como una enfermedad más, como un episodio más de la vida, ya tengo 60 años así que no me asusto.” (Sujeto I, septiembre, 2021)

Dentro de las respuestas que se obtuvieron, se evidencia una diversidad de opiniones respecto a cómo percibieron la notificación de COVID-19. Algunos participantes relataron no haber sido sorprendidos, puesto que tenían sospechas del diagnóstico positivo debido a la manifestación de ciertos síntomas asociados a la enfermedad. Por otro lado, uno de los participantes expresó haber sentido miedo, ansiedad, incertidumbre y/o resignación ante la confirmación diagnóstica, mientras que otro participante expresó indiferencia ante el resultado.

En segundo lugar, referente a la percepción sobre los síntomas presentados, se debe considerar que la OMS los clasifica en frecuentes, poco frecuentes y graves. Dentro de los síntomas frecuentes se encuentra: Fiebre (37,8°C o más), tos seca y cansancio. (3)

La mayoría de los sujetos del estudio, refirieron haber sentido al menos uno o más de estos síntomas frecuentes durante el transcurso de la enfermedad. Expresaron lo siguiente:

“Me sentí muy cansada, tos, fiebre y dolor de cabeza, pero de golpe me dieron todos los síntomas de una.” (Sujeto D, septiembre, 2021)

“Tos seca y fiebre. Esos fueron los primeros, después se fueron añadiendo otras cosas, pero esos fueron los primeros que sentí.”
(Sujeto G, septiembre, 2021)

Los participantes coincidieron en que dichos síntomas cardinales fueron los primeros que percibieron al momento del contagio. Por otra parte, algunos sujetos expresaron otros síntomas asociados a la enfermedad, los cuales según la información oficial de la OMS están clasificados como síntomas poco frecuentes, tales como: Anosmia, ageusia, congestión nasal, conjuntivitis, cefalea, odinofagia, mialgias, náuseas o emesis, diarrea y escalofríos. (3) Los sujetos que experimentaron dichos síntomas poco frecuentes, expresaron lo siguiente:

“Fue perder el gusto y el olfato, también fue malestares de no poder levantarte o sea dolores de cuerpo horribles.” (Sujeto B, septiembre, 2021)

“Empecé a sentir dolor muscular, me dolía un poco la cabeza, (...) no sabía cómo dormir porque en todas las posiciones me dolía como la cadera, y ya después empecé con los síntomas de escalofríos y diarrea y náuseas en la mañana y esos perduraron más días.” (Sujeto C, septiembre, 2021)

“Perdí algo del gusto, del sabor, perdí algo del olfato, dolor de cabeza, dolor de garganta.” (Sujeto I, septiembre, 2021)

Por otra parte, dentro los síntomas de un cuadro grave o infrecuente de la enfermedad se encuentran: disnea, pérdida del apetito, dolor torácico,

confusión, fiebre sobre 38 ° C. (3) Así se evidencia en un testimonio del participante Sujeto G, donde relata su sintomatología relacionada con este cuadro grave: *“Ya cuando empecé a darme cuenta de que la fiebre aumentaba, que ya me estaba costando respirar, de que necesitaba una posición en que me fuese más efectiva la respiración, que en un momento estar acostada no me servía, me cansaba más.”*

Es importante tener en cuenta que la sintomatología varía de persona a persona y que cada experiencia vivida es única, un mismo síntoma puede ser más o menos leve para diferentes sujetos e inclusive llegar a agravarse, pueden ocurrir situaciones en que el individuo presente signos y síntomas de cada clasificación descrita o bien solo de un tipo y así como hay presencia de síntomas, también ocurren casos en que no se presentan, es decir, son asintomáticos. Incluso hay situaciones en que se describen síntomas que no se encuentran en el listado oficial de frecuentes, poco frecuentes o graves, pero que aun así forman parte de la vivencia que tuvieron las personas contagiadas con COVID-19.

En tercer lugar, durante la entrevista, los sujetos fueron entregando sus apreciaciones referentes a la experiencia en su totalidad del proceso, incluyendo los factores externos asociados a los servicios del Plan de Trazabilidad y Aislamiento durante este período.

Para comprender los factores externos, se debe recordar los puntos establecidos en el *“Protocolo de Coordinación para Acciones de Vigilancia Epidemiológica durante la Pandemia COVID-19 en Chile”*, donde se describen las actividades detalladas que se realizan en el proceso de trazabilidad y aislamiento. A continuación, se enuncian los aspectos estipulados en el documento:

- “Seguimiento telefónico en lo posible una vez al día, durante el tiempo de aislamiento, que actualmente son 14 días desde el inicio de los síntomas.
- Se sugiere realizar al menos una visita domiciliaria según la capacidad del establecimiento de APS, priorizando a las personas con mayor riesgo, es decir, quienes presenten multimorbilidad y adultos mayores, para pesquisar a tiempo signos de alerta.
- Si posterior a los 14 días, el paciente continúa con síntomas, debe mantener su aislamiento y si es necesario se solicita control médico.
- Si durante el seguimiento, es detectada la necesidad de una evaluación médica domiciliaria, se activarán las coordinaciones con CESFAM para cumplir con el requerimiento.
- Si el usuario no presenta síntomas al menos las 72 horas previas a completar los 14 días de aislamiento puede ser dado de alta. Debe haber un registro diario del seguimiento del estado de salud del caso en la plataforma digital EPIVIGILA.
- La SEREMI de Salud será responsable de contar con la información del seguimiento de los casos de su región”. (1, p10)

En base a lo anteriormente expuesto, se procederá a realizar el análisis de los siguientes testimonios:

“Yo considero que fue muy buena, incluso demasiado, como dije si me sentí llevada a pasar por lo que les comenté, pero también entiendo que estamos en un sistema de salud colapsado. Pero considero que sí, no pensé que eran tan eficientes, de realmente llamarte todos los días, nunca esperé eso. Considero que en verdad fue súper bueno, muy bueno.” (Sujeto A, septiembre, 2021)

“Bueno, la diferencia del trato, me dejó preocupado eso que dijiste,

como te vuelvo a decir, para nosotros fue muy buena, ninguna queja, preocupación diaria, y eso de que en otros lados no había sido igual es muy preocupante.” (Sujeto I, septiembre, 2021)

“En mi punto de vista, malo, malo todo. (...) Porque realmente horrible el sistema porque si no lo hacíamos por la de nosotros, no hubiera tenido la licencia, los resguardo que tuvimos, cero comunicaciones, nosotros hicimos todo el levantamiento de los datos.” (Sujeto F, septiembre, 2021)

“Se entiende que existen estos trabajadores de la salud y que están como automatizados, pero siento que igual deberían tener como en cuenta la parte psicológica que uno está viviendo en ese momento, porque yo estaba sola, no estaba viviendo con mi familia, no estaba en mi casa, tenía dos gatos con quien conversar, y que alguien te lea prácticamente un guion igual es como extraño, pero siento que la parte psicológica está muy dejada de lado.” (Sujeto H, septiembre, 2021)

Algunos de los sujetos entrevistados se refirieron positivamente respecto al proceso vivido, destacando la atención recibida por el equipo de salud local respectivo debido que recibieron un seguimiento constante de la evolución de su caso en particular, con llamadas diarias, entrega de información útil y oportuna para la organización al interior de sus hogares. Por otro lado, hay sujetos que expresaron su malestar ya que no tuvieron el apoyo correspondiente por parte del equipo de salud para el seguimiento que debían tener, entonces la misma persona en su condición de enfermedad y aislamiento debía tramitar y resolver sus asuntos, sin un apoyo para el momento difícil que cursaba. También hay un testimonio donde se relata que el ámbito psicológico por parte del equipo de salud fue ignorado, ya que sentía que las llamadas realizadas eran muy automatizadas y no había mayor relación de apoyo y empatía para la situación, debido a que en su caso particular donde vivió su

aislamiento en completa soledad, una llamada le significaba mucho pero no sintió cercanía o calidez humana por parte de la persona que le realizó el seguimiento.

Respecto a la percepción analizada, se abarca desde distintos puntos para ordenar la información entregada por los participantes para comprender un análisis holístico, ya que cada experiencia en cuanto a notificación, sintomatología y experiencias vividas por ser caso positivo de COVID-19 van entrelazadas unas de otras. Se logra entender que quien tuvo poca o leve sintomatología de la enfermedad no le influye en gran parte el seguimiento realizado por el equipo de salud o bien no se esperaba un seguimiento tan activo. En cambio, quien tuvo mayor complicación para enfrentar la enfermedad se sintió con poca contención emocional y apoyo, sumado a eso, se realiza énfasis en el contacto poco humanizado y muy protocolar por parte de quien realizaba el contacto telefónico, haciendo que la experiencia sea negativa e influye de manera desfavorable al momento de referirse a la atención recibida por parte del equipo de salud encargado de la trazabilidad y aislamiento.

Yo

El concepto “Yo” dentro del modelo de King, es considerado un sistema abierto y orientado al logro de objetivos. Corresponde a lo que el individuo percibe cómo, quién y qué es. Para esta investigación, solo fue necesario contextualizar la edad de los participantes puesto que la población adulta era el grupo con mayores casos de contagios por COVID-19 en Chile.

Dicho concepto está ligado a la percepción, por lo que la información obtenida anteriormente en el análisis de la percepción será utilizada para explicar con mayor profundidad el concepto del “Yo”. De esta manera, se busca analizar la relación existente entre las edades de los sujetos y los testimonios entregados respecto a la percepción tras haber sido diagnosticados COVID-19 positivo.

“Tengo 20 años.” (Sujeto E, septiembre, 2021)

“Nada, yo, tranquilo nomah, igual, como el miedo, igual como al principio fue como piolita igual, porque, ninguno tenía muchos síntomas, pero después se puso brígida la cosa.” (Sujeto E, septiembre, 2021)

El sujeto E pertenece al grupo de los participantes más jóvenes del estudio. El participante reveló haber sentido tranquilidad tras haber sido notificado, puesto que los síntomas percibidos en primera instancia no le generaron mayor preocupación. No obstante, durante el transcurso de la enfermedad sus síntomas fueron en aumento y con ello también el miedo.

Dentro de los participantes más jóvenes también se encuentra el sujeto A, quien detalló lo siguiente:

“Tengo 24 años” (Sujeto A, septiembre, 2021)

“Fue como que lata, así como una situación de resignación, porque en verdad no me sentía, fue como esa sensación de voy a perder 11 días haciendo nada y estoy bien.” (Sujeto A, septiembre, 2021)

El participante A, a diferencia del sujeto E, relató haber sentido resignación tras la confirmación del COVID-19, ya que refirió no haber sentido ningún tipo de síntoma en ese momento, por lo que el posterior aislamiento le provocó malestar debido a los cambios que tuvo que hacer en las actividades de la vida diaria.

Por su parte el sujeto G, detalló lo siguiente:

“Tengo 26 años” (Sujeto G, septiembre, 2021)

“Cuando me dijeron ya que era positivo, ya empecé con un sentimiento

de miedo y ansiedad (...) entonces mientras aumentaban los síntomas también aumentaba mi miedo, (...) ver además que nadie estaba llamando para saber cómo estaba, que no sabía qué hacer, fue bastante malo, fue entre tristeza, miedo, ansiedad, aumentado al mil.”
(Sujeto G, septiembre, 2021)

El sujeto G, expresó haber tenido complicaciones respiratorias, lo que provocó que los sentimientos negativos acompañados de incertidumbre en torno a la enfermedad fueran aumentando.

Por otro lado, el sujeto F quien pertenece al grupo de edad intermedia, expresó lo siguiente.

“Tengo 40 años.” (Sujeto F, septiembre, 2021)

“Una sensación como ¡Chuta!, ya nada que hacer, siempre lo tomo con un poco más de calma, tengo un poco más manejo en el tema de emergencias.” (Sujeto F, septiembre, 2021)

En este caso, a diferencia de los dos sujetos anteriores, el participante relató haber sentido tranquilidad tras la confirmación del PCR y durante el tiempo de su aislamiento.

Por último, el sujeto I, quien fue el entrevistado con mayor edad, relató lo siguiente:

“Tengo 60 años” (Sujeto I, septiembre, 2021)

“Nada, lo tomé como una enfermedad más, como un episodio más de la vida, ya tengo 60 años así que no me asusto, tampoco me sentía muy mal como para pensar que me iba a morir, era un resfrío muy malo, muy fuerte, que me tenía débil todos esos días, muy débil, sin apetito, esas cosas se fueron intensificando.” (Sujeto I,

septiembre,2021)

Los conceptos del “Yo” y la “Percepción”, permiten comprender de mejor manera la experiencia que tuvieron los participantes respecto a la notificación y el proceso de aislamiento, además de cómo eso influye en los distintos grupos etarios presentes en la investigación. Por otra parte, tras analizar el “Yo” se puede evidenciar que a medida que la edad de los participantes aumenta, disminuye la percepción en torno a la gravedad de la enfermedad.

Tiempo

King define que el tiempo es la duración entre dos eventos y es definido como una experiencia única para cada individuo. Además, el tiempo es universal y está relacionado con los procesos de la vida. Comparte características de la percepción, la individualidad y el entorno de cada persona. En cuanto a la investigación propiamente tal, dicho concepto se manifiesta en la información obtenida relacionada a cuándo fueron notificados y la vía de notificación del contagio COVID-19 positivo.

Según el protocolo de coordinación, el seguimiento telefónico debe ser en lo posible una vez al día, durante el tiempo de aislamiento que tuviera la persona, es decir, durante los 14 días desde el inicio de sus síntomas. (1) A través de la entrevista, los participantes relataron su experiencia tras haber sido contactados por el CESFAM correspondiente para la entrega de los resultados del PCR.

Para la notificación y confirmación de los resultados del examen, ocho participantes refieren haber sido contactados vía telefónica.

“Me avisaron vía teléfono. (...) El día miércoles yo iba viajando y me llaman que yo era COVID positivo y tuve que devolverme para la casa.”

(Sujeto F, septiembre, 2021)

“Por teléfono, fue el 13 de mayo.” (Sujeto A, septiembre, 2021)

“Me llamaron para darme la respuesta.” (Sujeto H, septiembre, 2021)

En cambio, uno de los participantes del estudio refirió haber sido notificado de manera online a través de un correo electrónico.

“Me avisaron por correo, me hice el PCR un jueves en la mañana y a las 08 pm me llegó el resultado por correo que había salido positivo.”

(Sujeto E, septiembre, 2021)

En cuanto al aspecto de los rangos de tiempos en los que fueron notificados los usuarios, no se pueden abarcar en su totalidad para efectos de este estudio, debido a las dificultades presentadas al momento de triangular la información por la carencia de consistencia de la información recabada, tema que será explicado en detalle en el tópico de “Limitaciones” presentado más adelante.

Espacio

El espacio según King, comprende un elemento esencial dentro del modelo conceptual de sistemas abiertos. Está definido por su espacio físico (territorio) y el comportamiento de quien ocupa dicho territorio. Es un componente que no tiene limitaciones visibles, es universal puesto que todas las personas tienen un concepto de espacio, siendo personal y situacional. Es dimensional y transaccional, ya que es la interacción entre el ser humano y el medio ambiente.

Para este estudio, está comprendido por el espacio físico, es decir, la localidad de los participantes al momento de contagiarse de COVID-19, así como también con quienes vivían durante este periodo de aislamiento.

Para los participantes pertenecientes a la localidad de Valparaíso, se registra un caso de familia extendida con seis integrantes en el grupo familiar, en cambio el sujeto H menciona que vive sola.

“Vivo en Valparaíso. Cuando estuvimos con COVID, éramos 6 en total en la casa. Mi mamá, papá, hermano y 2 sobrinos.” (Sujeto E, septiembre, 2021)

“Soy de Valparaíso, Vivo sola.” (Sujeto H, septiembre, 2021)

En el caso de quienes viven en la localidad de Viña del mar, el sujeto I pertenece a una familia nuclear con cuatro integrantes en su grupo familiar, mientras que el sujeto D vive solo con su pareja, formando una familia de dos integrantes.

“Vivo en Viña del Mar. Somos cuatro, yo, mi esposa y los dos hijos de mi esposa.” (Sujeto I, septiembre, 2021)

“Vivo en Viña del Mar. Somos 2 personas, yo y mi pareja.” (Sujeto D, septiembre, 2021)

Los testimonios recolectados entregan información sobre el lugar donde residen los participantes y por ende donde cumplen su tiempo de aislamiento. También mencionan con quienes y cuantas personas vivían en ese momento, lo que influye directamente en cómo se lleva a cabo su periodo de cuarentena y cómo fue la dinámica familiar que tuvieron en ese momento, por lo tanto, este concepto se entrelaza con la parte de organización y toma de decisiones que tuvo cada participante dentro de su hogar para gestionar y llevar a cabo su

nueva estructura y funcionamiento en contexto de aislamiento, dicha situación es analizada más en detalle y profundidad en el sistema social.

4.2.2 Sistema Interpersonal

Imogene King establece, por medio de su modelo conceptual, el sistema interpersonal como las interacciones sociales entre individuos y/o grupos en un entorno, en el cual el proceso interactivo es dinámico e implica la identificación de metas y medios para el logro de objetivos.(18) Cada concepto compuesto en la formación del sistema ayuda a la exploración relacional entre el usuario y el personal de salud a cargo del seguimiento durante el período de aislamiento que debieron cursar los sujetos entrevistados.

El sistema se construye por los siguientes conceptos, con sus respectivas respuestas:

Comunicación

Proceso por el cual se transmite una información, como opiniones o pensamientos entre diferentes individuos directa o indirectamente, en este caso se analiza la comunicación verbal durante las entrevistas realizadas. (18) A través de la comunicación se construyen e identifican las interacciones entre usuarios y profesionales a cargo del seguimiento establecido por la estrategia de Trazabilidad y Aislamiento.

Para la presente investigación se indaga en la comunicación sujeta entre el usuario y el personal de salud que realizó el seguimiento, en base a tres directrices; si el usuario percibe como grata su experiencia; la entidad profesional que se hizo más presente en el seguimiento; tipo de información entregada.

Al descifrar las respuestas brindadas por los usuarios entrevistados se registraron en dominancia que los sujetos se refirieron hacia la experiencia percibida como un proceso grato en general, destacando el número de

llamadas recibidas para evaluar los eventuales cambios o problemas que acontecían en la rutina del paciente COVID-19 positivo, por parte del personal a cargo, ya sea CESFAM o SEREMI. Algunos testimonios que respaldan este punto son:

“De verdad recibía como 7 llamadas diferentes todos los días.” (Sujeto A, septiembre, 2021)

“Me llamaba siempre una persona, siempre era una persona distinta (...) me llamaban todos los días.” (Sujeto B, septiembre, 2021)

“Me llamaron todos los días (...). Me llamaron de 4 lugares, pasaban todo el día llamándome, tuve mucho seguimiento (...).” (Sujeto D, septiembre, 2021)

Por otra parte, a través de un par de testimonios se reconoce la existencia de una percepción hacia la experiencia como poco grata, siendo repetitivo en estos casos que destacan el poco acompañamiento por parte de las entidades de salud a cargo, elemento que dificulta el proceso de comunicación al no existir de forma recíproca el intercambio de información, delimitando, en el caso de los testimonios que serán citados a continuación, el contacto referente al cumplimiento de la cuarentena domiciliaria o no.

“Hubo una visita, pero no fue para saber cómo estábamos ... saber si nosotros estábamos haciendo la cuarentena... como para confirmar que estuviéramos todos ahí en el domicilio (Sujeto E, septiembre, 2021)”

“Me comuniqué particularmente a la Isapre, y pedí ayuda por ese lado porque por área de salud cero contacto, (...) supuestamente ellos iban a notificar, iban a hacer todo el proceso de notificación al MINSAL, pero

parece que no lo hicieron, Nosotros tuvimos que aportar la información, nosotros tuvimos que buscar al MINSAL para darle la información y todo.” (Sujeto F, septiembre, 2021)

A raíz del punto establecido en el párrafo anterior, se identifica una diferenciación entre usuarios que percibieron el periodo de aislamiento con un seguimiento cercano por parte de los profesionales y aquellos que se enfrentaron a una experiencia en latente inconformidad con el seguimiento por parte del personal de salud; se produjo una variedad de respuestas frente a las preguntas dirigidas a la identificación perceptual del proceso interactivo en la diada usuarios-profesional salud durante la atención entregada, en la aplicación de la estrategia de trazabilidad y aislamiento entre los sujetos de estudio de la comuna de Viña del Mar y Valparaíso.

Las visitas domiciliarias (VD) fueron escasas entre los entrevistados, tres sujetos recibieron una visita médica para corroborar estado de salud o cumplimiento de la cuarentena domiciliaria. Se desarrolló un caso en que la visita fue por Carabineros para fiscalizar si el sujeto estaba cumpliendo con la cuarentena.

“Hubo una visita... eran carabineros ... no me acuerdo de qué institución era la señorita, y era solamente para saber si nosotros estábamos haciendo la cuarentena” (Sujeto E, septiembre, 2021)

“Por teléfono y presencial, presencial una vez...” (Sujeto H, septiembre, 2021)

“También vinieron para acá, un médico del equipo a evaluarme cuando me sentí mal” (Sujeto I, septiembre, 2021)

A lo largo de la recolección de datos fue posible identificar un hecho particular en relación a usuarios que eran funcionarios del área de la salud,

dado que, existió un seguimiento más exhaustivo en el período de aislamiento. Los sujetos pertenecientes a este rubro señalaron comunicación y preocupación desde su lugar de trabajo (Hospitales o CESFAM), destacando un mayor número de llamadas y entrega de información, generando en uno de los sujetos de estudio mayor acompañamiento que el brindado por la SEREMI y CESFAM a cargo del caso índice en la trazabilidad y aislamiento.

“Yo creo que mi experiencia en general fue algo más particular, porque ustedes entrevistan a población más general, yo creo que van a tener un seguimiento mucho más deficiente del que tuve yo porque en realidad como yo trabajo en el CESFAM, me tomé la muestra en el CESFAM, me siguieron de mi CESFAM, a parte como era laboral, me siguieron del IST y aparte recibí del CESFAM que me tocaba por territorio y de la SEREMI, entonces yo creo que tuve mucho más seguimiento que lo que tiene la gente normalmente.” (Sujeto D, septiembre 2021).

Como se puede apreciar, el sujeto D, al ser funcionaria de salud y trabajar en un CESFAM, el seguimiento que tuvo fue mucho más exhaustivo y como ella misma señala:

“Yo creo que van a tener un seguimiento mucho más deficiente del que tuve yo” (Sujeto D, septiembre, 2021).

Aunque el ser un funcionario de la salud si afectó en la calidad del seguimiento realizado, según lo verbalizado en el testimonio del Sujeto D, en los otros casos, donde los usuarios pertenecen a otros rubros, no se reconocen patrones directos entre sus experiencias y su edad, trabajo o residencia.

Se destaca que las experiencias de los usuarios tienen un carácter aleatorio en funcionalidad de elementos asociados a factores organizacionales

internos del centro de salud primario y regional, a cargo de la gestión e implementación de la estrategia de trazabilidad derivando, por ende, al desarrollo de una gran variedad de testimonios diferenciados entre los sujetos entrevistados.

Interacción

El proceso de interacción entre dos o más individuos representa una secuencia de comportamientos verbales y no verbales que son dirigidos. En esta investigación, se focaliza la pregunta en base a la relación generada entre el personal de salud y el usuario.

Algunos testimonios refirieron:

“La del CESFAM preocupada, la del MINSAL un poco más, era como comprensiva pero un poco más fría, como que la hacía más corta, por así decirlo, como más al hueso. Si los del CESFAM estaban bien atentos, llamaba siempre la misma niña.” (Sujeto C, septiembre, 2021)

“Nunca me llamaron, así como del CESFAM, me llamaron netamente para avisarme que tenía que hacer.” (Sujeto E, septiembre, 2021)

“Fueron amigables, si, nada que decir, no se maneja mucho en el tema, no manejaba mucha información, no sabía mucho, pero la relación humana, todo amigable.” (Sujeto F, septiembre, 2021)

“Más que nada, bueno, el SEREMI, la verdad, dos veces habrá sido y yo siento que fue bien negligente entre comillas lo que hicieron porque, por ejemplo, me notificaron un jueves, me llamaron el viernes y el fin de semana que fue donde empeoré bastante en mi cuadro no llamaron, no

me hicieron seguimiento.” (Sujeto G, septiembre, 2021)

Es de destacar la diferencia que se genera entre los sujetos que tuvieron una percepción positiva en su relación con el personal de la salud, como lo es el caso del Sujeto C, que, aunque la señala como *“un poco más fría”*, sí destaca que *“estaban bien atentos”*; o el caso del Sujeto F, donde señala notoriamente el bajo manejo de información por parte del personal que le contactó, pero *“pero la relación humana, todo amigable”*. Otra de las razones que se debe tomar en cuenta, es en los testimonios de los sujetos C y F, donde ambos señalaron sentir preocupación y una relación amigable por parte del personal de salud, siendo esto, un factor que ayudó a generar una percepción positiva en la relación de ambas partes.

Entre aquellos que tuvieron una percepción negativa en su relación con el personal de salud, como lo fue el Sujeto E porque nunca lo llamaron, o el Sujeto G que considera que *“fue bien negligente”*, coinciden en que el contacto inicial, correspondiente a la notificación del caso positivo, se llevó a cabo según los protocolos establecidos en las estrategias del TTA, pero el seguimiento que corresponde en los días posteriores no se efectuó, dejando a estos usuarios con una sensación de negligencia y despreocupación por parte del SEREMI y del CESFAM.

Transacción

Son todos aquellos comportamientos dirigidos a la consecución de objetivos, derivados de la percepción y la cognición. Para que exista una transacción, se requiere la interacción de al menos dos individuos. En la investigación se pregunta sobre las actividades que modificaron debido al COVID-19, donde se recaban respuestas relacionadas al trabajo en los siguientes testimonios:

“Cambié obviamente mi productividad, porque ya no podía trabajar, no me sentía apto...” (Sujeto B, septiembre, 2021)

“El trabajo, no pude hacer nada... No podía levantar, no podía hacer nada, ni siquiera, se me caía algo y recogerlo ya era mucho esfuerzo para mí” (Sujeto D, septiembre, 2021)

“No pude ir a trabajar.” (Sujeto H, septiembre, 2021)

“No salía al trabajo.” (Sujeto I, septiembre, 2021)

Mientras que la referente a Interacción familiar fue:

“No salía de la pieza, mi mamá cocinaba, ella hacía todo y me dejaba la comida en la puerta de la pieza y luego retiraba ahí mismo las cosas sucias, lavaba todo con agua caliente y cloro.” (Sujeto C, septiembre, 2021)

“El compartir con familia, con todos los resguardos y obviamente nos quedamos encerrados...cero contactos con todos, o sea nos aislamos al cien por ciento, más allá de 20 días, ahí recién empezamos un poquito a ver a los demás.” (Sujeto F, septiembre, 2021)

“No pude venir a ver a mi familia, no pude ir a comprar comida.” (Sujeto H, septiembre, 2021)

En lo referente a este punto, los entrevistados, independiente del seguimiento recibido o las experiencias en el proceso, dieron a conocer que se desarrolló un cambio significativo en sus actividades diarias, en ámbitos laborales, rutinas del hogar, pasatiempos o de académicas. Cumplir las medidas establecidas en la estrategia de TTA significó que todas estas actividades debieron ser modificadas, independiente de su naturaleza, durante

el período de aislamiento. Si bien un punto clave del proceso de aislamiento es evitar contacto con todas las personas externas al domicilio, existieron algunos casos en que la situación se extrapoló al interior de domicilio, debiendo mantener distancia permanente de algunos miembros del hogar que no se contagiaron.

Rol

El rol es el conjunto de comportamientos esperados de quienes ocupan determinada posición dentro de una sociedad y que involucran reglas, obligaciones y derechos según el cargo en el grupo social. Al ser situacional, el rol que se desempeña y se transforma según determinados momentos dentro de la vida del ser humano, por lo que es imprescindible reconocer el rol que desempeñaban los sujetos de estudio en el periodo de aislamiento.

La pregunta fue focalizada a la identificación de la ocupación profesional, estudio y/o rol dentro del hogar:

“Estudio Tecnología Médica y trabajo en el Líder.” (Sujeto A, septiembre 2021)

“Ahora estoy trabajando, en ese momento estaba sin trabajo, estaba cesante

Como dueña de casa.” (Sujeto C, septiembre, 2021)

“Yo soy Enfermera.” (Sujeto D, septiembre, 2021)

“Yo soy empleado administrativo y trabajo en un juzgado de policía.” (Sujeto I, septiembre, 2021)

Las respuestas obtenidas establecieron una fuerte inclinación hacia el área laboral, solo un sujeto de la muestra estudiaba y trabajaba a la vez, mientras que tres usuarios clarificaron ser sostenedores del hogar y

trabajadores, destacando cuatro entrevistados como trabajadores en el ámbito de la salud. El Sujeto C menciona que durante el tiempo que estuvo en aislamiento estaba cesante, razón por la cual su rol sufrió un cambio al ejercer en su hogar como dueña de casa.

Al haber una fuerte inclinación hacia el área laboral, la mayoría de los usuarios entrevistados señalaron que los llamaron para hacer uso de licencias para presentar en los sitios correspondientes donde laboraban, sin mayores complicaciones.

“En el trabajo no tuve ningún problema, de hecho, extendí un poco mi licencia porque tenía que volver de golpe a todas mis actividades universitarias.” (Sujeto A, septiembre, 2021)

“Me hicieron ese covid para darme licencia para presentarla yo en mi trabajo porque también trabajo en ámbito hospitalario entonces me jugaba mucho.” (Sujeto B, septiembre, 2021)

“Me llamaron entre medio para preguntarme los datos de mi pareja para ver si estaban hechas las licencias y al final para darme el alta.” (Sujeto D, septiembre, 2021)

Los usuarios que hicieron referencia de haber obtenido la información y acciones pertinentes por parte de los profesionales responsables de sus seguimientos, para presentar las licencias médicas correspondientes, demuestran tener una percepción favorable con respecto al proceso de trazabilidad.

Se destaca un caso particular en que el testimonio puntualiza una completa falta de comunicación e interacción, por parte de las autoridades sanitarias:

“En mi punto de vista, malo, malo todo. Ahora si hablamos del MINSAL, ahora entiendo porque los números son tan grandes, con una cifra inmensa porque realmente horrible el sistema porque si no lo hacemos por la de nosotros, no hubiera tenido la licencia, los resguardo que tuvimos, cero comunicación, nosotros hicimos todo el levantamiento de los datos.” (Sujeto F, septiembre, 2021)

Se divisa una clara disconformidad por parte del Sujeto F en su testimonio, el cual responde a la falta de seguimiento por parte de MINSAL, adosado al hecho de tener que buscar una licencia por medios propios, a diferencia de los demás sujetos que participaron en el estudio, a quienes los llamaron para coordinar el trámite, convirtiéndose este factor en un componente que contribuyó en la generación de una percepción desfavorable sobre el proceso de TTA.

La profesión de los sujetos también es un elemento trascendental para la comprensión de la trayectoria vivenciada durante el período de aislamiento, puesto que, los sujetos relacionados con el área de la salud señalaron haber experimentado un seguimiento más exhaustivo y constante, pero por parte de las instituciones laborales.

“Bueno me llamaron de mi trabajo... de la SEREMI me llamaron para avisarme que era positiva, pero ya de mi trabajo ya me habían avisado...con los del CESFAM que yo trabajo súper bien, en verdad estaban preocupados por mi” (Sujeto D, septiembre, 2021)

“Me llamó el Hospital Fricke, que era donde yo trabajaba e hicieron un seguimiento más activo” (Sujeto G, septiembre, 2021)

Se destaca que laborar en un Hospital o CESFAM, influye en que el seguimiento realizado se ajuste a lo ideal establecido por los protocolos vigentes sobre TTA; es para tener en cuenta como un elemento posiblemente determinante en la percepción del proceso de trazabilidad, dado que, los sujetos involucrados en el sector de salud señalan textualmente opinar que, si no fueran enfermeras, todo el proceso habría sido diferente y quizás deficiente.

En el sistema interpersonal se identifica, mediante cada testimonio recolectado, las relaciones interactivas y modos de comunicación experimentados por los sujetos, los cuales direccionan a su vez los roles que debieron desempeñar o estaban desempeñando los usuarios durante los días de cuarentena domiciliaria, entendiendo que el rol siempre será un papel dinámico que se adaptará a las circunstancias sociales a las que se ve sometido el individuo.

4.2.3 Sistema Social

Organización

La organización es parte clave en el proceso de trazabilidad y aislamiento, la cual se establece según la información recibida proveniente del centro de salud que lleva a cabo el seguimiento al usuario, mediante este contacto, se entrega información que permite orientar a la persona en su proceder durante el aislamiento para cortar la cadena de contagios al interior del hogar y en su entorno, además según Imogene King, la aplicación de la organización facilita la consecución de los objetivos, los cuales hacen referencia a el logro del cumplimiento de las necesidades durante este periodo.

Los sujetos entrevistados refieren que, para la realización de las actividades dentro del hogar, implementaron diversos tipos de organización para sobrellevar esta situación, en las cuales influyeron ciertos factores

personales en su estrategia de organización, destacando los siguientes tópicos: La gravedad de los síntomas, número de integrantes en el domicilio y las redes de apoyo disponibles.

Dentro de las respuestas obtenidas, algunos sujetos hicieron referencia a la rutina que adquirieron considerando los criterios mencionados anteriormente. Respecto a la gravedad de los síntomas:

“En los quehaceres del hogar (...) había veces que yo no me podía parar y había veces que ella (pareja) no se podía parar (...), tratábamos de realizar esos quehaceres mutuamente”. (Sujeto B, septiembre, 2021)

“Solamente hicimos una rutina de nosotros, saturarnos, tomarnos la temperatura cada cierto rato, si uno veía que el otro estaba mal, le tomaba los signos vitales al otro.” (Sujeto D, septiembre, 2021)

“Fueron días bien caóticos porque la enfermedad avanzó muy rápido, entonces la verdad es que yo estaba acostada nomás y apenas comía (...). En ese caso mi pololo que está aquí tuvo que hacerse cargo de todo, de hacer el almuerzo y también estaba sufriendo síntomas del COVID pero en menor grado, entonces él se hacía cargo de todo”. (Sujeto G, septiembre, 2021)

En cuanto al número de integrantes, se evidencian personas que viven solas hasta familias integradas por 6 personas, hecho que influye en las facultades y recursos disponibles para lograr satisfacer las necesidades en aislamiento. Otro aspecto a tener en cuenta son las redes de apoyo con las que contaban los sujetos al momento de vivir esta experiencia, respecto a ello, se puede mencionar que gran parte de los sujetos presentaron suficientes redes de apoyo a las cuales poder recurrir en el caso de requerir su ayuda, dentro de

estas, se alude a la familia, amigos, trabajo, servicio de salud público y/o privado.

Al tener en consideración los antecedentes descritos previamente, se aclara el contexto que presentaron algunos de los entrevistados, evidenciando ciertas circunstancias que afectaron en diferentes grados la organización generada durante el aislamiento, aclarar este punto favorece la comprensión del análisis de la forma, distribución y ejecución de las actividades de la vida diaria.

Para efectuar estas rutinas diarias, las personas comentan que utilizaron la información recibida del centro de salud encargado de realizar la trazabilidad correspondiente, además en ocasiones, algunos sujetos mencionan que se orientaron mediante la obtención de información adicional de diversas fuentes, dentro de las cuales refieren a su familia, amigos y/o conocidos, datos que contribuyeron a generar modificaciones en sus hábitos durante el desarrollo del aislamiento.

A continuación, se expone los extractos de la información recabada relacionada a las acciones, medidas y/o estrategias implementadas por los sujetos en cuestión.

Se evidencia la presencia de medidas de prevención de contagio en la utilización de utensilios de cocina, entre otros objetos, donde relatan que solo realizaban el uso de objetos marcados y de uso exclusivo personal.

“Mi pieza conecta con la cocina por la ventana, por ahí me pasaban mi comida y todo marcado, mi tenedor, mi plato mi vaso, todo estaba como rayado”. (Sujeto A, septiembre, 2021)

“...yo iba a separar mis servicios, tenedor cuchillo cuchara, un plato hondo un plato bajo y una taza me lo eché todo en una bolsa y me lo deje en mi pieza (...). En mi familia todos hicieron lo mismo, todos

tenían sus cubiertos para las comidas.” (Sujeto E, septiembre, 2021)

“Me traían todo a la pieza, solo podía utilizar mis cosas y no compartir”.
(Sujeto I, septiembre, 2021)

En cuanto al ámbito del aseo y desinfección se manifiestan acciones similares en los siguientes testimonios:

“Una vez que yo lo usaba, lo remojamos en cloro, y cuando me lo pasaban era con guantes y mascarilla. Para ir al baño, todo lo que yo tocaba lo agarraba con una toallita con cloro y después cuando yo salía le echaba cloro nuevamente”. (Sujeto A, septiembre, 2021)

“Todos siempre con mascarilla desinfectando las cosas, gastamos con 6 cositas esas de Lysoform, 6 cositas de amonio, más el alcohol gel y más las mascarillas.” (Sujeto E, septiembre, 2021)

Respecto a la manera de mantener el abastecimiento durante este periodo, se presentan diversas situaciones y formas en las que las personas lograron realizar esta actividad, por ejemplo:

“Mi hermana me trajo un poco más de cosas, en general ya teníamos varias cosas como guardas porque estuvimos un tiempo haciendo cuarentena bien estricta, entonces ya teníamos como reservadas cosas en caso como por si acaso.” (Sujeto C, septiembre, 2021)

“Es que cuando nos pasó, teníamos todo lo necesario, no necesité que me compraran algo, pero si hubiese necesitado que me trajeran algo, le hubiese dicho a algún familiar mío, que yo vivo como a dos cuadras de mis papás.” (Sujeto D, septiembre, 2021)

“Todos los encargos se hacían por “Uber Eats”, para no exponer a la familia, ahora igual teníamos provisiones así que nos podíamos mantener.” (Sujeto F, septiembre, 2021)

“El consultorio (Placeres) coordinó con el de San Roque, para que me fueran a dejar comida y esas cosas.” (Sujeto H septiembre, 2021)

Otro aspecto que se reitera entre los sujetos, es la ocupación de las estancias y habitaciones dentro del domicilio, recalcando la rutina de desplazamiento diaria, además se destaca en algunos testimonios, la relevancia y su preocupación de mantener el aislamiento adecuado como se muestra a continuación.

“Bueno ese era mi trayecto, baño - pieza. No iba más allá.” (Sujeto A, septiembre, 2021)

“Nadie entraba a la pieza, no, aquí la organización de la casa cambió en eso, solamente mi esposa, que también se contagió, los chiquillos también se contagiaron. Estaba un poco aislado”. (Sujeto I, septiembre, 2021)

“No había ningún contacto, nadie entró a la casa en esos 14 días.” (Sujeto C, septiembre, 2021)

“Todos respetamos al pie de la letra, no salió nadie de la casa no entro nadie tampoco, estuve siempre encerrado”. (Sujeto E, septiembre, 2021)

Por consiguiente, los tópicos mencionados anteriormente les otorgan a los investigadores parte del panorama que vivieron los entrevistados respecto a la organización en su hogar, relatando las dificultades que tuvieron que afrontar

para sobrellevar de forma adecuada, conforme a sus capacidades, información y recursos disponibles durante este período de tiempo.

Por otro lado, en la entrevista se abarca la percepción del usuario respecto a la organización que presentó el personal de salud en el caso de haber presentado alguna dificultad y/o complicación en el periodo de aislamiento. En este ámbito se analiza según lo expuesto en el protocolo de TTA, considerando los siguientes aspectos: Gestión de Licencias, Gestión de Residencias Sanitarias, Gestión de abastecimiento, además de orientación y apoyo en caso de presentar alguna complicación de salud a lo largo de esta fase.

En este tópico, se recaban testimonios referentes a las acciones que recibieron algunos usuarios de parte del servicio de salud, al momento de haber presentado alguna complicación para cumplir su aislamiento en adecuadas condiciones.

“El consultorio (Placeres) coordinó con el de San Roque, para que me fueran a dejar comida y esas cosas (...), pero me decía que la coordinación con el consultorio de San Roque ya no dependía de él, él estaba haciendo todo lo posible. Si bien me llegó la mercadería, me llegó como a la semana después.” (Sujeto H, septiembre, 2021)

“Pero la respuesta del equipo fue inmediata, muy buena, trajeron todos los medicamentos, todo el equipo necesario y para dejarme preparado.” (Sujeto I, septiembre, 2021)

“Súper preocupados, cuando les dije que estaba mal, por parte del CESFAM y por parte del IST.” (Sujeto D, septiembre, 2021)

Otros sujetos no presentaron complicación y/o dificultad que necesitara ayuda o apoyo de parte del servicio de salud respectivo, pero si relataron que

en el caso de haber requerido su asistencia, ellos habrían contado con el personal de salud para satisfacer dichas necesidades. En caso contrario, existen relatos que indican que en el caso de encontrarse en alguna circunstancia de estas características no habrían recurrido al centro de salud correspondiente o también comentan que el servicio de salud no estaba al tanto de sus situaciones, comentarios que se ejemplifican a continuación.

“Considero, que siempre opiné que el MINSAL, tardía la información que dieron ellos, en cuanto a notificar que tenía COVID y lo otro fue: “Ya se siente mal, Paracetamol”. Nada de si se siente mal trasladarlo a... nada. Sí, me dejaron un número para llamar. Cosa que yo honestamente no lo iba a hacer, porque ahí en ese mismo SAPU murió una prima unas semanas antes por COVID (...). Así que no iba a tomar ese procedimiento, iba a hacer las cosas más propias, por Isapre y todo el tema.” (Sujeto F, septiembre, 2021)

Luego de enmarcar el contexto de los entrevistados, en donde precisan la aplicación de variados métodos de organización en el domicilio, además, se refieren a su percepción relacionada a la organización del servicio de salud con el que estuvieron en contacto durante el aislamiento. Se puede dilucidar en el primer punto que gran parte de los sujetos implementaron similares modificaciones a sus AVD, sujeto a las premisas de cortar la cadena de contagio intradomiciliario y lograr sobrellevar de manera adecuada este período, ajustándose a los diferentes factores personales descritos anteriormente, de esta manera cada persona mediante la organización adquirida, consiguió cumplir a cabalidad los días de aislamiento obligatorio establecido por el protocolo mencionado previamente.

Por otra parte, los testimonios recabados sobre la percepción de la organización de los centros de salud al momento de presentar alguna

complicación durante este tiempo, una minoría de sujetos afirmó haber presentado algún tipo de dificultad y/o complicación, y en esos casos, las respuestas revelan que recibieron apoyo y soluciones por parte de dichas instituciones sanitarias, caso contrario, la mayoría de los sujetos expresa que no tuvo complicaciones, por lo que no se vio en la necesidad de solicitar los servicios de los centros de salud correspondientes, pero cabe rescatar que la mayoría de aquellos sujetos, indican que de haber requerido apoyo, habrían recurrido a dichos centros de salud, excepto un sujeto que expresó que no se habría contactado con la institución respectiva porque en ese centro, falleció un familiar del sujeto por COVID-19, por lo que no optaría tomar esa vía para solucionar alguna eventual dificultad.

Toma de decisiones

Basado en la definición entregada por King, la toma de decisiones *“son todos los juicios realizados y que afectan el desarrollo de acciones en cada situación específica”* (19), concepto que pasa a ser un pilar fundamental al momento de planificar y llevar a cabo las acciones que permitan ejecutar las rutinas diarias en el diario vivir en el aislamiento.

Estas decisiones son escogidas según el conocimiento sobre el tema en cuestión, que en este caso hace referencia a las actividades y modificaciones de hábitos rutinarios orientados a prevenir la propagación de contagios y las posibles complicaciones causadas por el COVID-19, tanto en la salud de la persona como en los inconvenientes que puede provocar mantenerse en aislamiento en el domicilio.

En relación a la mencionado anteriormente, la trazabilidad, una de las aristas del documento *“Protocolo de coordinación para las acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento”*, permite contribuir en la toma de juicio de las personas que se encuentran viviendo esta experiencia,

mediante la entrega de información a través del seguimiento telefónico y/o visitas domiciliarias, interacción que busca brindar apoyo y orientar en base a tópicos de estado de salud y sintomatología asociada a la enfermedad, prevención de contagios por medio de asesoría en aseo y desinfección, y en la continua actualización de dicha información entregada por la autoridad sanitaria para lograr un aislamiento seguro y efectivo.

Se consulta respecto a la utilidad de la información recibida durante la interacción con el equipo sanitario, considerando a su vez la resolución de dudas y la comparación realizada por los usuarios entre los conocimientos propios y las instrucciones indicadas por el equipo sanitario. Además, se explora sobre la aplicación de la información otorgada en las actividades cotidianas del hogar limitadas a la condición de aislamiento obligatorio y cómo influye en la toma de decisiones de cada individuo. Respecto a esto, la mayoría de los individuos entrevistados afirman que la información recibida fue útil para el periodo de aislamiento, señalando lo siguiente:

“Si fue útil, si, (...), la información fue útil, muy buena, muy completa.”

(Sujeto A, septiembre, 2021)

“Sí, encuentro que fue como precisa, tampoco fue una información como abundante” (Sujeto C, septiembre, 2021)

“Se podría decir que sí, porque si no, no me había quedado aislado en la pieza porque no sabía que había que hacer eso y si no hubiera sido por eso, en una de esas se hubiera contagiado mi hermano, mi sobrina y mi sobrino...” (Sujeto E, septiembre, 2021)

“Fue lo preciso, y era como que alguien leyera un papel, pero era como lo justo y necesario.” (Sujeto H, septiembre, 2021)

“Ósea, lo que ellos recomendaban aquí en la casa se hacía: no salir de la casa, tomar bastante líquido, cuidarse, desinfectar las cosas, el reposo, no interactuar, no recibir gente, que cada uno tuviese sus propios utensilios, (...), estábamos en cuarentena todos.” (Sujeto I, Septiembre, 2021)

Los entrevistados confirman que la información recibida fue de utilidad, describiendo los diversos tópicos contenidos en la orientación sanitaria, tales como medidas de precaución, cuidados de los integrantes de la familia, higiene y limpieza, elementos indispensables para lograr un aislamiento adecuado.

Continuando con el análisis de los testimonios, el sujeto D señala que: *“No me dijeron nada de lo que yo no supiera, no fue que lo que me entregaron de información me haya hecho un cambio en lo que yo iba a hacer o no, o la conducta a seguir, tenía claro que tenía que hacer en caso, que tenía que ir al IST, etc.”.*

Dicho testimonio compara la información recibida con la información previamente aprendida, apuntando a la ausencia de instrucciones desconocidas para el entrevistado, no obstante, no vincula la inutilidad de la información a una falta de sustento científico o a la incapacidad de ser aplicada efectivamente para las actividades del hogar, sino que refiere que es información ya sabida por el individuo, destacándose la noción previa del entrevistado a sufrir un posible contagio y cómo actuar en caso de confirmarse.

Por otro lado, otro entrevistado narra una experiencia negativa y lejana a los testimonios descritos anteriormente:

“Por parte del SEREMI siento que fue bien escasa la información, (...) en verdad, no me explicaron qué hacer en caso de me agravara, o a quien llamar” (Sujeto G, Septiembre, 2021)

La estrategia nacional fue construida en base a los lineamientos de cada entidad sanitaria y el trabajo en conjunto de la red asistencial, por lo que cada recinto posee deberes y roles únicos cuya aplicación resulta imprescindible para conseguir una ejecución eficaz y oportuna de las medidas sanitarias y así asegurar el bienestar de la población.

Respecto a lo revisado previamente, cabe destacar que la mayor parte de los entrevistados consideran útil la información otorgada durante el aislamiento para llevar a cabo todas las tareas diarias, evidenciando que la trazabilidad recibida contribuyó en este proceso, favoreciendo el cumplimiento de este período.

En cuanto al testimonio del sujeto D, quien afirma ser enfermera de profesión, al estar inserta en el ámbito de la salud, tiene mayor acceso a la información sobre las medidas recomendadas por el equipo de trazabilidad para implementar durante el aislamiento, respecto a las personas ajenas al rubro sanitario.

Finalmente, el sujeto G, presenta un testimonio que revela que la información recibida fue escasa, motivo por el cual expresó disconformidad respecto a la calidad y cantidad de datos otorgados por parte del centro de salud.

V. DISCUSIÓN

5.1 Discusión

En relación a los resultados obtenidos durante la investigación, en primer lugar se destaca la diferencia de seguimientos, ya que los sujetos que se desempeñan en labores como personal de salud, presentaron un continuo contacto con sus lugares de trabajo, incrementando la interacción y resolución de sus eventuales requerimientos durante el aislamiento, a diferencia de las personas ajenas al rubro, evidenciando las ventajas/desventajas, puesto que el personal de salud cuenta con más herramientas y conocimientos para sobrellevar de mejor manera la enfermedad. Los investigadores de este estudio, creen que estas diferencias no deberían ser tan notorias, puesto que las orientaciones y lineamientos de acción del equipo de trazabilidad son universales, por lo que se debería asegurar la entrega total de la información y cubrir los requerimientos de los usuarios de manera equitativa.

Otro de los aspectos abordados en algunos de los testimonios es la percepción de abandono por parte del servicio de salud encargado de su seguimiento durante el aislamiento, puesto que luego de la comunicación para notificar el resultado del Test PCR, recibieron escasos llamados y/o visitas domiciliarias en los días restantes, en donde algunos se vieron en la necesidad de recurrir a servicios de salud particulares para poder satisfacer sus requerimientos o realizar sus consultas.

Por otra parte, en el caso de las personas que mantuvieron contacto con los centros de salud respectivos, si bien mencionan que se sintieron acompañados y en el caso de necesitar la asistencia de estos servicios, ellos si podían recurrir a estas prestaciones, de igual manera sus comentarios hacen hincapié en las diferencias que ellos detectaron al comparar su experiencia respecto a la situación vivida de algún familiar y/o conocido, los cuales no

presentaron la misma continuidad de seguimiento que ellos, de modo que de diferentes perspectivas, todos los sujetos aluden a la percepción de abandono de atención por parte de los centros de salud encargados de realizar la trazabilidad en el periodo de aislamiento.

Lo anteriormente expuesto, ejemplifica la importancia que tuvo la presencia del equipo de salud en estas circunstancias, en las cuales su ausencia si repercutió en el desarrollo adecuado de aislamiento, además la trazabilidad recibida no fue uniforme, se identifica una brecha en la ejecución de las actividades designadas a trazabilidad, tópico que está directamente relacionado con las diferencias vislumbradas en la atención recibida por los entrevistados respecto a los CESFAM que pertenecen según su lugar de residencia, tema que se dialoga a continuación.

En relación a lo revisado previamente, los testimonios entregados por los participantes revelaron diferencias en cuanto a la atención recibida por el equipo de salud, donde algunos sujetos expresaron haber recibido un seguimiento diario a su caso. Respecto a esto, los investigadores creen que se debe principalmente a las diferentes gestiones que tienen los centros de salud para abordar el protocolo de trazabilidad y aislamiento. Por otro lado, las diferencias sociodemográficas relacionadas a la cantidad de población y territorio, que presentan las comunas de Viña del Mar y Valparaíso e incluso al interior de cada una de estas comunas, constituyen otras posibles causas que pueden explicar dicho problema. A raíz de ello, se realiza una sugerencia en las “Líneas de investigaciones futuras” de cómo este tópico tiene potencial para desarrollar en investigaciones futuras.

Otro ámbito analizado fue la apreciación de los participantes sobre la interacción entre los usuarios y el equipo sanitario. Los individuos entrevistados, al experimentar una situación de vulnerabilidad, temor e incertidumbre, expresan en sus relatos la necesidad de que el equipo sanitario, encargado del cuidado de cada persona atendida, posea cualidades para lograr

conectarse con las emociones y sentimientos con cada usuario, de modo que se pueda otorgar un cuidado integral que permita resguardar la salud mental y reducir las consecuencias negativas derivadas de un evento traumático; se evidencia que la mayoría de los entrevistados destacan el cuidado humanizado, y a su vez, expresan su molestia ante los profesionales que no actuaron de dicha manera. Mencionan además el grado de cercanía con el que los profesionales de salud actuaron, valorando positivamente a aquellos que cuyo comportamiento es atento y cordial, que respondieron como un apoyo psicológico ante la compleja situación vivida.

En otro tópico, en la revisión de los protocolos que abordan la estrategia de actividades estandarizadas por parte del MINSAL, para limitar y reducir los números de casos de contagios por virus SARS-CoV-2 y aumentar la cobertura entregada a la población durante la pandemia, estipulan con claridad los pasos a seguir al identificar un caso índice, las definiciones terminológicas, responsabilidades autoritarias de cada funcionario involucrado en el proceso de trazabilidad y aislamiento de los usuarios COVID-19 positivos. Sin embargo, no establecen plazos formales de contacto y entrega de resultados tras ser tomada la muestra al caso índice, incluso dentro de la evaluación del TTA se trabaja con el indicador de *“Proporción de casos nuevos que tengan menos de 48 hrs entre su notificación y la investigación e identificación de contactos”* (Anexo N° 1), pero no establecen en las actividades acciones focalizadas al proceso de comunicar al caso positivo índice en un periodo determinado, igual que se trabaja con el indicador de *“Proporción de casos notificados con al menos un resultado de RT-PCR”* (Anexo N°1), donde tampoco estipulan intervalos de tiempo entre resultado de laboratorio y la notificación pertinente al usuario.

El tercer objetivo específico de la estrategia hace referencia a plazos de búsqueda activa y aislamiento de los contactos estrechos dentro de las primeras 24 horas, máximo 48 horas, pero hasta el momento en que se realiza

la primera llamada de acercamiento para confirmación de resultado, fase crucial, no se detalla la estipulación de tiempos a cumplir por parte de laboratorio a cargo de la recepción de la muestra, hasta la validación en EPIVIGILA del caso positivo (1)

Al curso de los testimonios recolectados, varios usuarios hacen mención de recibir llamada o correo de notificación de resultado entre el día 1 al día 3 de haber sido emitida la muestra de PCR, se destaca en algunas experiencias la autogestión por parte de algunos sujetos en cuanto al cumplimiento de un aislamiento responsable y proactivo, dado el escaso apoyo recibido por parte del centro de salud designado a algunas personas, incluso en uno de los testimonios se especifica que el resultado fue dado mientras iba en trayecto de viaje, situación que significa un riesgo exponencial para la trazabilidad y contención de eventuales contactos estrechos que pudo ser derivado de este caso índice.

En el contexto sanitario actual, la salud pública se ve afectada por la rápida propagación del virus, frente a las múltiples puertas de entrada que presenta. A nivel nacional continúa produciendo un colapso en el sistema de salud, significando un riesgo en la vida de los contagiados, por lo que los investigadores comprenden y destacan que es necesario seguir implementando normativas atinentes que respondan a los desafíos continuos que ha representado el COVID-19 en la vida de la población chilena. El objetivo principal de las directrices del *“Protocolo de coordinación para las acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento”* direcciona todo el actuar y esfuerzo profesional en la detección temprana para conseguir un resguardo poblacional efectivo y disminuir en lo posible el aumento exponencial de casos infectados, que terminan siendo potenciales huéspedes de transporte hacia otras personas.

5.2 Limitaciones

Cabe destacar, que, al momento de realizar la selección de participantes voluntarios para ser entrevistados con motivo del estudio, se presentaron dificultades relacionadas al cumplimiento de los criterios de inclusión, puesto que del universo de personas que se interesó por la investigación, sólo cinco personas presentaban los criterios establecidos. Debido a ello, se recurrió a efectuar un segundo llamado para convocar a los cinco voluntarios faltantes para llevar a cabo el estudio, este hecho provocó una demora en el inicio del análisis de la información. En esta segunda instancia se logró entrevistar a cuatro personas más, concluyendo con nueve entrevistas realizadas, motivo por el cual se demostró un incumplimiento de lo propuesto en el marco metodológico, donde se establecía una muestra de diez personas necesarias para ejecutar el estudio. Esta decisión se implementó en honor al tiempo, ya que no se podía retrasar más el inicio del análisis y el avance de la investigación.

En una segunda instancia, surge una limitante en el proceso de análisis de datos, concretamente en el sistema personal referente al concepto de “Tiempo”, ya que al momento de formular la entrevista, se destinó solo una pregunta relacionada a esta definición y luego de proceder a realizar el análisis de las respuestas obtenidas, se llegó al consenso de que la información recabada no cubre en su totalidad los datos que se pretendían conseguir para examinar y comprender cómo influye el tiempo en esta investigación. Posteriormente, al recurrir al protocolo establecido por el MINSAL, para intentar triangular la información obtenida, no se logró sustentar la evidencia extraída de los testimonios, puesto que no se detalla los rangos de tiempo establecidos que tienen los laboratorios para entregar los resultados de los Test PCR, además de no especificar el plazo de tiempo que presenta cada CESFAM para

notificar a los casos índices sobre los resultados del Test, motivo que ocasionó dificultades para llevar a cabo un análisis en profundidad sobre este aspecto.

Otra consideración a tomar en cuenta es el continuo desarrollo de la pandemia, por lo que las medidas sanitarias han presentado frecuentes cambios por la dinámica propagación del virus, lo que conlleva a las constantes actualizaciones de los protocolos y guías ministeriales con el objetivo de contrarrestar el alza de los contagios. Debido a lo anterior, para efectos de esta investigación, como investigadores se llegó al consenso de estipular un periodo de tiempo definido y enmarcar el análisis de los resultados según las normas y protocolos vigentes en dicho periodo. Este punto contribuye a ser una limitante en el estudio, puesto que existe la posibilidad de que algunos de los hallazgos obtenidos en esta indagación no tengan la utilidad esperada, a causa de la acelerada evolución de la pandemia, motivo por el cual, dentro de las constantes actualizaciones esta información sea incorporada en los documentos sanitarios antes del término de esta investigación.

CONCLUSIONES

Al iniciar la investigación surgieron varias proyecciones entre los investigadores, sobre los posibles lineamientos que podrían ser estudiados referente a un tema tan controversial como lo ha sido la “Trazabilidad” en Chile. Se plantearon propuestas que direccionaron hacia campos de exploración cuantitativa respecto al tecnicismo en el plan estratégico de TTA e identificación de cumplimiento por parte de los centros de salud los indicadores de evaluación, o de tipo cualitativa como lo sería la perspectiva del profesional de enfermería acerca de la gestión del seguimiento a usuarios, pero no responden a la inquietud del equipo tesista.

Desde la primera clase que se tiene como estudiante de Enfermería se enseña la importancia de ver al ser humano como un sistema complejo, que siente y piensa, que necesita de otros para subsistir, se enseña que para cuidar de otro primero se debe aprender a escuchar activamente; ser holísticos en la ejecución de la disciplina, como profesional a cargo del cuidado. Es bajo la comprensión de estos pilares que surge la necesidad de ser capaces de reconocer más allá de protocolos, números estadísticos de contagio y responsabilidades ministeriales, escuchar la vivencia y comprender la perspectiva del usuario. Para construir cambios oportunos y de calidad en la atención resulta fundamental trabajar en base a cómo percibe la realidad la persona que experimentó una crisis paranormativa impactante en el transcurso de los días de aislamiento, como respuesta a la infección asociada al virus SARS-CoV-2.

En vista de lo anterior, es sustancial recordar la pregunta problema que sustenta la investigación: *“¿Cuál es la percepción de los usuarios contagiados con COVID-19, adultos entre 20 y 64 años de edad de las comunas Viña del Mar y Valparaíso, respecto al plan de trazabilidad y aislamiento durante los meses de enero a junio del año 2021, según el modelo conceptual de Imogene King?”*. El supuesto que responde a la perspectiva inicial de los investigadores

frente el problema citado es: *“Los usuarios contagiados con COVID-19, adultos entre 20 y 64 años de las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, que tuvieron escaso seguimiento y comunicación con el equipo de salud a cargo de su trazabilidad tendrán una percepción desfavorable, en comparación de aquellos usuarios que recibieron una atención continua y presente en el periodo de aislamiento, estipulado por la estrategia de Trazabilidad y Aislamiento del MINSAL, en relación al sistema Personal, Interpersonal y Social.”* Durante la realización de las entrevistas los investigadores identificaron que el foco central para determinar si la experiencia fue favorable o desfavorable, es la frecuencia del seguimiento entregado por parte del CESFAM, por lo que el supuesto investigativo propuesto es atinente a los resultados obtenidos en la investigación.

Fue posible explicar el análisis de la perspectiva de los usuarios gracias a los principios establecidos en el modelo conceptual planteado por la teorista Imogene King, seleccionada por los investigadores, puesto que el proceso comunicacional que el profesional de salud debe ser capaz de construir con el usuario se visibiliza en la teoría, mediante la interacción enfermero-usuario, en un intercambio de percepciones en torno a la salud del individuo. La teorista expresa, a través de los conceptos fundamentales, componentes intrínsecos para comprender el dinamismo que compromete el sistema social en que está inserto el sujeto, quien a su vez cumple roles que deben ser respetados y reconocidos, para edificar una vinculación positiva.

En cuanto a los protocolos establecidos por el MINSAL, los investigadores estiman que es necesario mantener una constante actualización y mejoramiento de las estrategias para brindar coberturas de intervenciones de ayuda y apoyo oportuno a la persona, por lo cual es un punto intransigente que al detectar el resultado, una vez realizado el examen de detección, el contacto debe ser temprano para disminuir las posibilidades de propagación, pero ante todo evitar el riesgo de complejización del estado de salud físico del usuario.

También se debe destacar categóricamente que el aviso temprano es importante en la salud mental del caso índice, quien se convierte en la persona responsable, desde el momento que se le toma la muestra para el procesamiento del PCR, de proteger a las personas con quienes convive e interactúa en su diario vivir, comprendiendo que el ser humano por naturaleza es un ser con características sociales que requiere de otros para sobrevivir y que cumple más de un rol dentro de su grupo social.

Se destaca en gran medida, tras el arduo estudio de los protocolos ministeriales y testimonios facilitados por los entrevistados, que frente a los resultados obtenidos se reconoce una arista olvidada por el plan estratégico de trazabilidad. La aplicación de los lineamientos estratégicos en la práctica se centra en contener la propagación del virus, descuidando un tema elemental: la percepción que construye el usuario involucrado y la calidad de vida que llevan las personas durante el cumplimiento de la cuarentena. Algunos testimonios fueron sumamente explícitos en la poca contención emocional recibida, que, si bien la información era catalogada como acertada a las necesidades de momento, también iba acompañado de un trato distante en muchas ocasiones, como si se recitara en cada llamada un simple guion. También se hace énfasis en la diferenciación de testimonios que sí destacaron a los profesionales que sintieron cercanos en la realización del seguimiento cada día, percibiendo un trato personalizado y humanizado, lo cual significó un estímulo positivo para los usuarios que experimentaron una vivencia mucho más gratificante en cuanto al proceso de trazabilidad y aislamiento.

Finalizando, en cuanto a las percepciones de los investigadores respecto al estudio realizado, se destaca la importancia de realizar constantes actualizaciones en los documentos sanitarios ministeriales, mediante el continuo análisis de los eventuales ajustes y/o mejoras de la prestación de los servicios realizando un contraste con los requerimientos presentados por los usuarios, considerando la información que pueden brindar las personas

respecto al tema. Este punto es clave, puesto que las cifras de contagios son dinámicas y el control total de la pandemia tiene fecha incierta, por lo que es fundamental profundizar en estos tópicos para incrementar los estándares de calidad de la atención, apuntando a la integralidad de los servicios e incorporando un equipo multidisciplinario que permita cubrir los requerimientos de los usuarios, donde se incluya la salud mental dentro de las prestaciones entregadas durante el período de aislamiento; factor que podría repercutir positivamente en la experiencia de los usuarios contagiados con COVID-19.

LÍNEAS DE INVESTIGACIONES FUTURAS

En el transcurso de este estudio, tomando en cuenta todo el proceso de análisis, las limitaciones halladas por parte de los investigadores y en consideración de las críticas, puntos de vista y recomendaciones entregadas por los sujetos estudiados, se proponen algunos temas relacionados con la teoría de Imogene King y la base conceptual de esta; además, aspectos de la interacción entre equipo de salud - usuarios; algunas sugerencias en cuanto al protocolo del MINSAL; entre otros, que serán explicados y detallados a continuación.

En base a lo estudiado e implementado en esta investigación, los investigadores sugieren la utilización de la teoría de Logros de Metas de Imogene King como una viable opción para la realización de estudios relacionados a prestaciones de servicios de salud en pacientes con una determinada enfermedad o estado de salud, puesto que el Modelo Conceptual de Sistemas Abiertos y la Teoría integran conceptos claves para llevar a cabo el análisis de estos temas, los cuales son atingentes a los elementos que se quieren estudiar, facilitando el desarrollo de las etapas que comprende cualquier proceso investigativo, además es clara y concisa, por lo que facilita su aplicación, entregando información relevante respecto a cómo se efectúa la relación entre el profesional de salud y el usuario, siendo versátil, ya que se adapta a el nivel de profundidad que se desee lograr dependiendo del tipo de estudio que se aspira a realizar.

Respecto a lo mencionado anteriormente, esta teoría permite analizar el proceso de interacción del profesional de Enfermería con el usuario en Atención Primaria de Salud, donde el servicio de salud conlleve un periodo de atención de mediano a largo plazo, ya que le otorgando al investigador la posibilidad de identificar los procesos que se llevan a cabo y las eventuales mejoras y/o cambios que se podrían implementar para promover el incremento en el nivel de calidad de la atención entregada, favoreciendo la satisfacción de

las necesidades del usuario desde una perspectiva integral y eficiente. Por tanto, este tipo de investigaciones generarían un gran impacto en los métodos o mecanismos para ejecutar diversas atenciones en salud, facilitando la cobertura de los requerimientos que presente el usuario satisfactoriamente.

Luego del levantamiento de información y análisis de los testimonios recolectados, se evidenció abismantes diferencias entre los rangos de tiempos en los cuales fueron contactados los entrevistados para comunicar el resultado del Test PCR. A partir de este hallazgo, surge una propuesta investigativa referida a la falta de estipulación de plazos de notificación de los resultados del Test PCR en los documentos mencionados durante la investigación, ya que esta aclaración, podría favorecer el desarrollo de la atención, debido a que el comienzo del seguimiento por parte del equipo de trazabilidad podría comenzar de forma temprana, promoviendo la entrega de las indicaciones correspondientes facilitando la interrupción de la cadena de contagios. Por este motivo, es imprescindible que este tema sea estudiado, ya que el aporte de dicha investigación podría arrojar nuevas perspectivas para abordar este tópico.

Otro tema que se devela durante el transcurso de la investigación, son las complejidades que debe afrontar la red asistencial de las comunas investigadas, en cuanto a la gestión, coordinación y comunicación de la información para realizar el seguimiento de las personas, tanto a nivel local, entre los Centros de Salud Familiar, a nivel regional con cada Secretaría Regional Ministerial y a nivel nacional con las funciones del Ministerio de Salud, cuyas labores están definidas en el *“Protocolo de coordinación para las acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento”*, puesto que cada ente es crucial para ejecutar la estrategia de la manera más efectiva y adecuada. En relación a lo planteado, se recomienda la realización de estudios orientados a examinar las interacciones de estas instituciones para poder

entregar información y/o sugerencias que permitan mejorar la gestión y la coordinación, promoviendo a una comunicación más eficiente y fluida en período de pandemia, agilizando los tiempos de atención e incrementando los estándares de calidad de los servicios otorgados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PROTOCOLO DE COORDINACIÓN PARA ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DURANTE LA PANDEMIA COVID-19 EN CHILE: ESTRATEGIA NACIONAL DE TESTEO, TRAZABILIDAD Y AISLAMIENTO [Internet]. MINSAL.cl. 2020 [citado 10 de Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf>
2. Departamento de Epidemiología. MANUAL OPERATIVO PARA LAS ACCIONES DE TRAZABILIDAD Y AISLAMIENTO [Internet]. Coronavirus.achs.cl. 2020 [citado 9 de Junio 2021]. Disponible en: https://coronavirus.achs.cl/docs/default-source/default-document-library/ordinario-4152-MINSAL.pdf?sfvrsn=18d655e_0
3. Información básica sobre la COVID-19 [Internet]. Who.int. 2020 [citado 15 de Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
4. WHO | Disease outbreaks [Internet]. Who.int. 2020 [citado 15 de Mayo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/environmental_health_emergencies/disease_outbreaks/en/
5. WHO | The classical definition of a pandemic is not elusive [Internet]. Who.int. 2020 [citado 15 de Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/11-088815/en/#:~:text=A%20pandemic%20is%20defined%20as,are%20not%20considered%20pandemics>
6. WHO | Actualización epidemiológica semanal - 29 de diciembre de 2020 [Internet]. Who.int. 2020 [citado 29 de Mayo 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---29-december-2020>
7. BCN. COVID-19: Vacunas, su desarrollo y resultados [Internet]. Obtienearchivo.bcn.cl. 2021 [citado 20 Mayo 2021]. Disponible en:

[https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/82678/3/buletin_coronavirus_14.1_\(6\).pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/82678/3/buletin_coronavirus_14.1_(6).pdf)

8. Gob.cl - Paso a Paso [Internet]. Gob.cl. 2021 [citado 9 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.gob.cl/coronavirus/pasoapaso/>

9. 127º Informe Epidemiológico de COVID-19 e Informe de Estrategia Nacional Testeo, Trazabilidad y Aislamiento [Internet]. Ministerio de Salud – Gobierno de Chile. 2021 [citado 9 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/127o-informe-epidemiologico-de-covid-19-e-informe-de-estrategia-nacional-testeo-trazabilidad-y-aislamiento/>

10. Informe Epidemiológico N°38 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 31-07-2020 [Internet]. MINSAL.cl. 2020 [citado 9 de Junio 2021]. Disponible en: https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2020/08/Informe_EPI_31_07_20.pdf

11. Informe Epidemiológico N°90 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 29-01-2020 [Internet]. MINSAL.cl. 2020 [citado 9 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2021/01/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-90.pdf>

12. Informe Epidemiológico N°107 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 29-03-2021 [Internet]. MINSAL.cl. 2021 [citado 9 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2021/03/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-107.pdf>

13. Informe Epidemiológico N°133 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 28-06-2021 [Internet]. MINSAL.cl. 2021. [citado 21 de Julio 2021]. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2021/06/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-133.pdf>

14. ORD N° 536 - Actualización de la definición de caso sospechoso, probable y confirmado para vigilancia epidemiológica ante pandemia de COVID-19 en Chile [Internet]. MINSAL.cl. 2021 [citado 26 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2021/02/ORD-536-04-02-2021.pdf>

15. GUIA DE LA ESTRATEGIA DE TESTEO, TRAZABILIDAD Y AISLAMIENTO: Actualización de funciones y roles. [Internet]. MINSAL.cl. 2021 [citado 10 de Junio 2021]. Disponible en: https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2021/03/GUIA_ESTRATEGIA_TTA.pdf
16. ORD N° 537 - Periodos de aislamientos de casos confirmados y probables de COVID-19 [Internet]. MINSAL.cl. 2021 [citado 26 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2021/02/ORD-537-04-02-2021.pdf>
17. Achury Beltrán L, García Peñuela P. Aplicación de la teoría de la consecución de objetivos al cuidado del paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica [Internet]. Redalyc.org. 2013 [citado 1 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145229803003.pdf>
18. Firmino Bezerra S, Da Silva L, Cavalcante Guedes M, De Freitas M. Percepciones de personas sobre la hipertensión de los concepción de Imogene King [Internet]. SciELO. 2010 [citado 25 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/z7qpqHfthqdv9qfFZ9qMgmF/?lang=pt>
19. Magalhães Moreira TM, Leite de Araújo T. Modelo conceptual de sistemas abiertos interactuantes y la teoría de alcance de metas de Imogene King [Internet]. SciELO. 2002 [citado 10 de Octubre 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/QhPxFVwtvQCjHLkBgw8nvnB/?lang=pt#>
20. Fuster Guillen D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico [Internet]. scielo.org.pe. 2019 [citado 08 de Agosto 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010
21. Arias Monge M, Navarro Camacho M. Epistemología, Ciencia y Educación Científica: premisas, cuestionamientos y reflexiones para pensar la cultura científica [Internet]. Scielo.sa.cr. 2017 [citado 25 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v17n3/1409-4703-aie-17-03-00774.pdf>

22. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 6ª Ed. México: McGraw-Hill; 2014. [Citado 19 de Junio 2021].

Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

23. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación, quinta edición. México: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2010.

24. Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación [Internet]. Mastor.cl. [citado 08 de Agosto 2021]. Disponible en: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigaci%C3%B3n-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>

25. Oconnor L, Zaldívar A, Hernández E. Un acercamiento al estudio de la integración de métodos teóricos de la investigación científica. Revista Universitaria Arbitrada de Investigación y Diálogo Académico. 2011; 7(1):142-57

<https://www.redalyc.org/pdf/998/99825983002.pdf>

26. Corbetta P. Metodología y técnicas de investigación social [en línea]. Ed, revisada. España: McGraw-Hill; 2007 [citado 19 de Junio 2021].

Disponible en: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/metodologc3ada-y-tc3a9cnicas-de-investigac3b3n-social-piergiorgio-corbetta.pdf>

27. SÍNTESIS DE RESULTADOS CENSO 2017 [Internet]. Ine.cl. 2018 [citado 29 de Julio 2021]. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/censo-de-poblacion-y-vivienda/publicaciones-y-anuarios/2017/publicaci%C3%B3n-de-resultados/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf?sfvrsn=1b2dfb06_6

28. Visor territorial COVID-19 [Internet]. Covid.visorterritorial.cl. 2021 [citado 29 de Julio 2021]. Disponible en: <https://covid.visorterritorial.cl/>

29. Emanuel E. ¿QUÉ HACE QUE LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA SEA ÉTICA? SIETE REQUISITOS ÉTICOS [Internet]. Investigacion.unab.cl. 2003 [citado 12 de Julio 2021]. Disponible en: <https://investigacion.unab.cl/wp-content/uploads/2018/08/Pautas-evaluacio%CC%81n-e%CC%81tica-Ezequiel-Emanuel.pdf>

30. Okuda Benavides M, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación [Internet]. redalyc.org. 2005 [citado 10 de Octubre 2021]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80628403009.pdf>
31. Patiño Torres J, Magalhães Goulart D. Epistemología cualitativa y el estudio de la subjetividad en una aproximación cultural-histórica. 6° Congreso Iberoamericano en la Investigación Cualitativa; 2017.
32. Reporte Diario 31 de Diciembre de 2020 [Internet]. S3.amazonaws.com. 2020 [citado 9 de Junio 2021]. Disponible en: https://s3.amazonaws.com/gobcl-prod/public_files/Campa%C3%B1as/Corona-Virus/Reportes/31.12.2020_Reporte_Covid19.pdf
33. Casos confirmados en Chile COVID-19 [Internet]. MINSAL.cl. 2021 [citado 21 de Julio 2021]. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/nuevo-coronavirus-2019-ncov/casos-confirmados-en-chile-covid-19/>
34. Informe Epidemiológico N°90 Enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) CHILE 29-01-2020 [Internet]. MINSAL.cl. 2020 [citado 9 de Junio 2021]. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2021/01/Informe-Epidemiolo%CC%81gico-90.pdf>
35. Fuster Guillen D. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico [Internet]. SciELO. 2019 [citado 13 de Julio 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-79992019000100010

ANEXO N° 1

Indicadores de Evaluación Estrategia TTA

Estrategia	Responsables	Objetivo	Indicador	Fórmula	Objetivo
Testeo	Todos los centros de salud	Aumentar la búsqueda activa de casos	Número de test PCR realizados	Número de test realizados búsqueda activa/Total de test realizados	Al menos el 10% de los test son por búsqueda activa
	Todas las comunas	Disminuir el índice de positividad comunal	Índice de positividad de test PCR	Número de test positivos por comuna /Número de test total realizados por comuna	Disminuir el índice de positividad por tramo de ubicación*
	Todos los centros de Salud y laboratorios.	Evaluar la capacidad de testeo en personas con indicación de PCR.	Proporción de casos notificados con al menos un resultado de RT-PCR	Casos nuevos con resultados de laboratorio/ Total de casos nuevos notificados	>90%
Trazabilidad y Aislamiento	Todos los centros de Salud	Mejorar la oportunidad de notificación	Proporción de casos nuevos confirmados por laboratorio, que fueron notificados en la primera consulta o contacto con salud	Casos nuevos con confirmación de laboratorio notificados en la primera consulta/Casos nuevos con confirmación de laboratorio totales	100%
		Fortalecer la oportunidad de la investigación epidemiológica	Proporción de casos nuevos que tengan menos de 48 hrs entre su notificación y la investigación e identificación de contactos	Casos nuevos investigados en menos de 48 hrs/ Total de casos nuevos notificados	>90%
	Todas las SEREMI de Salud, APS, OAL	Evaluar la capacidad de identificación de contactos	Número de casos con contactos identificados	Número de casos con contactos identificados/Total de número de casos	>80%
		Evaluar la capacidad de rastreo de contactos.	Proporción de contactos investigados antes de 48 hrs.	Contactos nuevos investigados en menos de 48 hrs/Total de contactos nuevos notificados	>80%
		Evaluar la capacidad de seguimiento de casos	Proporción de casos en seguimiento ambulatorio según protocolo.	Casos activos en cumplimiento de seguimiento / Total de casos activos	>90%
		Evaluar la capacidad de traslado a residencia sanitaria	Proporción de casos y contactos con indicación de traslado a residencia sanitaria que lo cumple en un plazo inferior a 24 hrs.	Casos y contactos nuevos que ingresan a residencia sanitaria en un plazo inferior a 24 hrs/ Total de casos y contactos nuevos con indicación de Residencia sanitaria	>90%
		Evaluar la capacidad de seguimiento de contactos.	Proporción contactos estrechos con al menos 2 seguimiento dentro de su periodo de cuarentena de 14 días	Contactos nuevos que cumplieron cuarentena en la semana y contaban con 2 o más seguimientos/ Total de Contactos nuevos que cumplieron cuarentena en la semana	>80%

ANEXO N° 2

MEDIDAS DE AISLAMIENTO E HIGIENE PARA PERSONAS EN AISLAMIENTO O CUARENTENA

1. No salir del hogar no invitar visitas, ni realizar o participar de eventos sociales, tales como fiestas y encuentros.
2. Se debe restringir los contactos de la persona en aislamiento o cuarentena con el resto de los miembros del hogar.
 - Ocupar una pieza solo, con ventana para mantener una ventilación frecuente. En caso de no ser posible tener una pieza individual, mantener una distancia de al menos 2 metros con otros miembros del hogar, limitando el uso de espacios comunes asegurando la ventilación del hogar.
3. Se debe definir un miembro del hogar como el cuidador a cargo, idealmente no un adulto mayor ni una persona con comorbilidades.
 - El cuidador debe utilizar mascarilla cuando esté en contacto con la persona o manipular su entorno, realizando higiene de manos antes y después del contacto.
 - Si el cuidador le corresponde limpiar la zona o manipular la ropa contaminada de la persona en cuarentena o aislamiento (en caso de que está no pueda por sí misma), deberá usar guantes desechable y delantal.
4. Mantener las siguientes medidas básicas personales de las personas en aislamiento o cuarentena
 - Realizar higiene de manos frecuente con agua y jabón o solución de alcohol.
 - No compartir artículos de higiene personal ni de alimentación con otros habitantes del hogar. Después de la utilización deben lavados de forma inmediata a parte del resto de los artículos del resto del hogar.
 - Si lo requiere, usar pañuelos desechables y eliminarlos en bolsas plásticas dentro de un basurero con tapa. Todos los desechos del paciente (tollas de papel, mascarillas, pañuelos desechables, etc), deben permanecer en un basurero con bolsa cerca del paciente y ser eliminados en la bolsa cerrada cuando sea necesario.
 - En caso de estornudar o toser, cubrir la nariz y boca con pañuelo desechable o el antebrazo.
 - Evitar tocar con las manos su boca, nariz u ojos.
 - Limpiar y desinfectar de manera diaria su entorno incluyendo la mesa de noche, estructura de la cama y otros muebles en la habitación.
5. Mantener ambientes limpios y ventilados.
 - Un ambiente ventilado significa abrir ventanas al menos 20 minutos mínimos 2 veces al día (mañana y tarde). Si se va a limpiar también se debe mantener las ventanas abiertas.
 - Limpiar y desinfectar frecuentemente superficies como veladores, mesas u otras superficies que tocas a diario con desinfectante que contienen solución de blanqueador (como cloro) al 1% (una parte de blanqueador en 99 parte de agua) o alcohol al 70%.
 - Limpiar y desinfectar baños, incluyendo la superficie del WC al menos una vez al día con desinfectantes de uso habitual que contienen solución de blanqueador (como cloro) al 1% (una parte de blanqueador en 99 de agua) o alcohol al 70%.
 - Para limpieza de control remoto, celulares o artículos electrónicos se debe realizar con alcohol al 70%.
 - Lavar la ropa, ropa de cama, toallas, etc, usando detergente de uso común y lavando la ropa a mínimo 60°C. Secar en la secadora o al sol
 - Si no tiene lavadora, lave a mano con su detergente habitual.
6. Automonitoreo de síntomas y temperatura
 - Realice automonitoreo de síntomas sugerentes de infección respiratoria, tales como fiebre, tos y dificultad para respirar, entre otros, por el periodo que dure el seguimiento.
 - Se recomienda que se haga un control de temperatura corporal cada 12 horas.
 - En caso de presentar síntomas, el traslado (en lo posible), deberá ser realizado a través de un medio que involucre el menor contacto con personas, evitando particularmente el contacto con adultos mayores o pacientes con enfermedades crónicas. Para el traslado deberá usar mascarilla, si no posee mascarilla avise al llegar al centro de salud y ellos le brindarán los implementos correspondientes.

ANEXO N° 3
PAUTA DE ENTREVISTA

Área	Preguntas	Explicación
INTRAPERSONAL	¿Qué edad tiene?	Pregunta introductoria que apunta al concepto teórico del “Yo”
	¿En qué comuna reside?	Identificar el lugar demográfico en que reside el entrevistado, también apunta al concepto teórico del “Espacio”.
	¿Con cuántas personas vive?	Relacionada al concepto teórico del “Espacio”.
	¿Cuándo le avisaron que era COVID positivo?; ¿De qué forma le avisaron?	Relacionada al concepto teórico del “Tiempo”.
	¿Qué sintió cuando le comunicaron el resultado de su PCR?	Relacionada al concepto teórico de “Percepción”.
	¿Cuáles fueron los primeros síntomas que experimentó asociado al COVID-19?	Relacionada al concepto teórico de “Percepción”

INTERPERSONAL	¿Cuál es su ocupación?; ¿Cuál es su rol en su grupo familiar? (Jefe de hogar, cuidadora principal, etc.)	Relacionada al concepto teórico del “Rol”
	¿Recibió llamada y/o visita domiciliaria por parte del CESFAM durante su periodo de aislamiento?	Relacionada al concepto teórico de “Comunicación”
	¿Qué información le entregaron en la llamada y/o visita domiciliaria?	Relacionada al concepto teórico de “Comunicación”
	¿Cómo fue su relación con el personal de salud que le realizó el seguimiento?; ¿Por qué?	Relacionada al concepto teórico de “Interacción”
	¿Qué actividades (hábitos) tuvo que cambiar en su diario vivir para manejar el aislamiento?	Relacionada al concepto teórico de “Transacción”
	¿Cómo fue su organización durante el tiempo que estuvo en aislamiento? (actividades diarias)	Relacionada al concepto teórico de “Organización”

SOCIAL	¿Considera que la información entregada fue útil para la toma de decisiones durante su aislamiento? ¿Por qué?	Relacionada al concepto teórico de “Toma de decisión”
	¿Cómo considera que fue la respuesta del equipo de salud cuando se presentó algún problema durante su aislamiento?	Relacionada al concepto teórico de “Organización”
CIERRE	Para finalizar la entrevista, ¿Hay algo más que quiera comentar en relación a la experiencia que tuvo durante este período?	

ANEXO N° 4**Consentimiento Informado****Estimado participante:**

La Universidad de Playa Ancha se encuentra realizando una investigación titulada “Percepción de los usuarios COVID-19 positivos respecto al plan de trazabilidad y aislamiento realizado en las comunas de Viña del Mar y Valparaíso, según la teoría de “Logro de Metas” de Imogene King”, desarrollada por Sofía Contreras, Roxana Gaete, Salvador Henríquez, Paulina Jara, Sofía Jira y Matías Montaner, estudiantes de 5º año de Enfermería de la universidad.

El presente documento tiene como finalidad hacerle conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él.

1. Objetivo de la investigación

El objetivo de esta investigación es revelar la percepción de los usuarios COVID positivos, adultos entre 20 y 64 años de edad de las comunas Viña del Mar y Valparaíso, respecto al plan de trazabilidad y aislamiento realizado entre los meses de enero y junio del año 2021, según la teoría de “Logro de Metas” de Imogene King.

2. Breve descripción del proyecto

El Ministerio de Salud ha elaborado un documento llamado “Protocolo de Coordinación para acciones de vigilancia epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA)”, esta planificación describe el funcionamiento de los organismos que componen la red de salud, mediante el establecimiento de responsabilidades entre los profesionales sanitarios para el seguimiento y cobertura de las personas contagiadas por COVID-19 y aquellas personas que han estado en contacto con ellos. Al ser una atención sanitaria específica, personalizada y adaptada a las necesidades de cada individuo, rigiéndose por los parámetros establecidos en el plan, se pretende conocer las opiniones de los usuarios sobre la trazabilidad y aislamiento, ya que esto representa un aspecto importante para la evaluación de la calidad y efectividad del protocolo. Conforme a esto, el presente estudio propone analizar los aspectos personales, interpersonales y sociales de los usuarios en torno a la trazabilidad y aislamiento, como también a la relación mantenida con los profesionales de salud y los centros asistenciales.

3. Metodología

El presente proyecto se desarrolla a través de entrevistas a cada miembro participante vía online, con el fin de conocer las percepciones de los usuarios contagiados de COVID-19 durante el periodo de trazabilidad y aislamiento, y así analizar dichas experiencias en el contexto sanitario nacional actual. La siguiente entrevista será grabada con aviso previo al entrevistado y constatado en el consentimiento informado.

4. Su participación en el estudio

Su participación en esta investigación es de carácter libre y voluntario, teniendo la oportunidad de solicitar su exclusión e intervención de la investigación sin justificación previa, ni salir perjudicado de ninguna forma. Si usted participa en esta investigación lo hace bajo libre derecho de elección, como individuo autónomo.

5. Confidencialidad

La confidencialidad de su investigación será resguardada. La información será anónima y solo los investigadores responsables tendrán acceso a los datos proporcionados en las entrevistas.

A cada participante se le brindará un código, para resguardar la identidad de cada uno.

6. Beneficios

Este estudio no tiene beneficios directos para usted. En este sentido, producto de su participación no se generan incentivos económicos ni de ningún tipo. Cabe destacar también que su participación en este estudio tampoco tiene asociado ningún tipo de costo para usted.

En tal sentido creemos que la investigación produce más bien beneficios indirectos en sus participantes puesto que les permitirá reflexionar respecto al impacto que el plan de TTA elaborado por el Ministerio de Salud tiene sobre los usuarios contagiados por COVID-19.

7. Almacenamiento y resguardo de la información.

Toda la información recabada de esta investigación estará al cuidado de los investigadores, tanto las entrevistas y sus consentimientos, como el material virtual de las grabaciones de las entrevistas.

8. Acceso a los resultados de la investigación

Los investigadores se comprometen con cada participante a enviar el informe de investigación que se genere al final del estudio a los correos electrónicos respectivos.

9. Compromiso

Por su aceptación los participantes se comprometen a:

- Proveer la información real a cada instancia que sea solicitada y responder de acuerdo a mis concepciones, conocimientos y experiencias, así también a utilizar lenguaje habitual al responder o reflexionar.

10. Contacto

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de este estudio, reclamos o dudas acerca de esta investigación, por favor contáctese con la estudiante Sofía Jira, correo electrónico sofia.jira@alumnos.upla.cl o con la tutora responsable EU. Carolina González, correo electrónico cgonzalezveliz73@gmail.com.

“Declaro conocer los términos de este consentimiento informado, los objetivos de la investigación, las formas de participación, de los costos y riesgos implicados, y del acceso a la información y resguardo de información que sea producida en el estudio. Reconozco que la información que provea en el curso de la investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta será usada solo con fines de difusión científica.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.”

Nombre completo del participante:

.....

Correo electrónico:

Firma Investigador responsable

Se deja constancia en este instante que este documento (consentimiento informado) será firmado a dos copias, quedando una de ellas en manos del investigador(a) responsable y la otra copia en manos del participante.

ANEXO N° 5 - Matriz de Análisis

N° Entrevista	Categoría	Subcategoría	Código	Unidad de análisis
	Sistema intrapersonal	Yo (el individuo percibe como, quien y que es)	s.yo.	*En este punto va el extracto de la respuesta que ayudará a examinar el concepto.
		Espacio (el espacio personal y situacional)	s.esp.	
		Tiempo (duración entre dos eventos y es una experiencia única para cada individuo)	s.time.	
		Percepción (todo lo que la persona percibe como real)	s.perc.	
	Sistema interpersonal	Rol (conjunto de comportamientos esperados de quienes ocupan una posición en la sociedad)	s.rol.	
		Comunicación (proceso por el cual se transmite una información)	s.com.	
		Interacción (proceso de interacciones entre dos o más individuos)	s.int.	
		Transacción (comportamientos dirigidos a la	s.trans.	

		consecución de objetivos)		
	Sistema social	Organización (forma en que se negocian las actividades para el logro de las metas propuestas)	s.org.	
		Toma de decisiones (juicios realizados y que afectan el desarrollo de acciones en cada situación específica)	s.desc.	

ANEXO N° 6

Sistema Personal:

Matrices con testimonios de los participantes según los conceptos de percepción; yo; tiempo y espacio de Imogene King.

Análisis PERCEPCIÓN

	Síntomas Frecuentes
	Síntomas No Tan Frecuentes
	Síntomas Cuadro Grave
	Síntomas Extraños

¿Cuáles fueron los primeros síntomas que experimentó asociado al COVID-19?	
A	<i>"Tuve fiebre como los días antes del resultado,(...) mal como para estar acostada y encerrada todo el día no tenía ni gusto ni olfato, (...) fue como que lata, así como una situación de resignación, porque en verdad no me sentía, fue como esa sensación de voy a perder 11 días haciendo nada y estoy bien."</i> <i>"Dolor muscular, como fatiga muscular y después fiebre".</i>
B	<i>"Un dolor de cabeza horrible (...), el día que yo me enteré yo iba camino hacia el hospital, tenía que llegar a un laboratorio y me dolía la cabeza mucho mucho mucho y ahí fue como que jahh! mmm... y leí el WhatsApp y decía parece que tenemos Covid... aah okey, me imaginaba porque me dolía mucho la cabeza y me acuerdo de eso".</i> <i>"Después fue mucha mucosidad, para nada estornudos, pero mucha mucosidad y después como ya al pasar de los días fue perder el gusto y el olfato, también fue malestares de no poder levantarte o sea dolores de cuerpo horribles".</i>

C	“Empecé a sentir dolor muscular, de hecho, bueno el día martes ya, me dolía un poco la cabeza pero en la noche la madrugada del miércoles tuve mucho dolor muscular, no sabía cómo dormir porque en todas las posiciones me dolía como la cadera, y ese día miércoles sentí dolor en los ojos como al mirar hacia arriba me dolía, y ya después empecé con los síntomas de escalofríos y diarrea y náuseas en la mañana y esos perduraron más días, los otros solamente fueron los dos primeros días”.
D	“Tuve mucha cefalea intensa todo el día, me sentí muy cansada, tos, fiebre y dolor de cabeza, pero fue de golpe me dieron todos los síntomas de una”. “Yo tuve muchas complicaciones, tuve neumonía, estuvieron a punto de hospitalizarme”. “Tuve fiebre, tos, cefalea, disnea, pérdida del gusto y el olfato, yo estuve desaturando”.
E	“Dolor de cabeza (...) era como un... resfriado”.
F	“Los síntomas más grandes que tuve fue una o dos veces fiebre y el dolor de garganta desapareció, ya que fue al principio no más, y después era decaimiento corporal, es como que te robaran la energía”.

G	<i>"Tos seca y fiebre. Esos fueron los primeros, después se fueron añadiendo otras cosas, pero esos fueron los primeros que sentí".</i> <i>"Cuando me dijeron ya que era positivo, ya empecé con un sentimiento de miedo y ansiedad, pero ya cuando empecé a darme cuenta de que la fiebre aumentaba, que ya me estaba costando respirar, de que necesitaba una posición en que me fuese más efectiva la respiración, que en un momento estar acostada no me servía, me cansaba más, entonces mientras aumentaban los síntomas también aumentaba mi miedo, (...) ver además que nadie estaba llamando para saber cómo estaba, que no sabía qué hacer, fue bastante malo, fue entre tristeza, miedo, ansiedad, aumentado al mil".</i>
H	<i>"Perdí el olfato y el gusto, me dolía un poco la cabeza, pero sí, lo que pasa es que justo antes de que me diera COVID yo traía una otitis, entonces con el COVID se me hizo peor, y no me mejoraba".</i>
I	<i>"Perdí algo del gusto, del sabor, algo, perdí algo del olfato, casi nada, en si no era lo mismo, pero en si tenía poco apetito, como que el cuerpo no me pedía, yo quería comer porque me gusta comer, pero no sentía apetito. Tenía fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, y es algo típico en mí porque yo tengo problemas respiratorios, tengo alergias, pero esto fue más fuerte, por eso fui al consultorio, hice exámenes y esperé, y resulta que tenía COVID".</i>

Análisis PERCEPCIÓN

	Resignación
	Miedo y Ansiedad
	No lo consideró relevante

¿Qué sintió cuando le comunicaron el resultado de su PCR?	
A	<i>“Es que la verdad cuando me dieron el resultado ya estaba mejor, tuve fiebre como los días antes del resultado y cuando me lo dieron ya estaba bien, entonces, lo que sí, no tenía ni gusto ni olfato, (s.perc.) Entonces igual fue como en ese sentido ya sabía que lo tenía, como que estaba claro. Fue como que lata, así como una situación de resignación, porque en verdad no me sentía mal como para estar acostada y encerrada todo el día, fue como esa sensación de voy a perder 11 días haciendo nada y estoy bien”.</i>
B	<i>“Así como sentimiento como tal no fue mucho, porque claro yo ya sabía, o sea tenía pero por donde me mirabai yo tenía COVID positivo. Entonces, no fue como mucha expectativa, (s.perc.) o sea ya sabía y en realidad me hicieron ese Covid para darme licencia para presentarla yo en mi trabajo porque también trabajo en ámbito hospitalario entonces me jugaba mucho”.</i>
C	<i>“Ósea yo ya estaba asumida ya de que era positivo, ahora lo que complicaba más era que mi mamá está con trabajo. Y ver que mi mamá no presentara síntomas, porque mi mamá igual ya tiene más de sesenta, entonces era como complicado si se contagiaba”.</i> <i>“Pero ya tenía todos los síntomas, ya sabía que era positivo, necesitaba como el PCR para poder irme a una residencia (...), pero yo no estaba en el sistema como contacto estrecho y cuando salió mi resultado ya llevaba varios días ya como positivo entonces dije ya, para qué me voy a ir si llevo un</i>

	montón de días...”
D	“Nada, solamente una confirmación porque yo ya estaba tan enferma, porque mi examen se demoró 5 días, entonces en esos 5 días yo ya estaba muy enferma, tuve fiebre 10 días, entonces yo ya estaba segura que estaba contagiada sí o sí. Me dio lata, pero ya era obvio a esa altura, ya llevaba muchos días de malestar”.
E	“Nada, yo, tranquilo nomah, igual, como el miedo, igual como al principio fue como piolita igual, porque ninguno tenía muchos síntomas, a lo más, teníamos dolor de cabeza yo y mi papa, o fiebre no sé, pero después se puso brígida la cosa”.
F	“Una sensación como ¡Chuta!, ya nada que hacer, pero yo en realidad, personalmente, generalmente las cosas, malas noticias, accidentes, no me afecta mucho, siempre lo tomo con un poco más de calma, tengo un poco más manejo en el tema de emergencias”.
G	“Miedo, mucho miedo, ansiedad”.
H	“Fue extraño porque, primero, me estaba quedando sola en otro lado, no tenía nada, o sea, no tenía comida ni nada porque yo estaba trabajando”.
I	“Nada, lo tomé como una enfermedad más, como un episodio más de la vida, ya tengo 60 años así que no me asusto, tampoco me sentía muy mal como para pensar que me iba a morir, era un resfrío muy malo, muy fuerte, que me tenía débil todos esos días, muy débil, sin apetito, esas cosas se fueron intensificando”.

Análisis YO

	Edad
--	------

¿Qué edad tiene?	
A	"24 años".
B	"27 años".
C	"29".
D	"26 años".
E	"20 años".
F	"Tengo 40 años".
G	"26 años".
H	"29 años".
I	"60 años".

Análisis TIEMPO

	Teléfono
	Vía correo
	No notificado

¿Cuándo le avisaron que era COVID positivo?; ¿De qué forma le avisaron?	
A	<i>"Por teléfono, fue el 13 de mayo".</i>
B	<i>"Yo me tomé después el PCR como al tercer día que estaba con Covid pero tampoco me notificaron (...)"</i>
C	<i>"Lo supe online y después me llamaron, al rato".</i>
D	<i>"Por teléfono".</i>
E	<i>"Me avisaron por correo, me hice el PCR un jueves en la mañana y a las 08 pm me llegó el resultado por correo que había salido positivo, y decía que durante esos días, me iban a llamar para darme todas las instrucciones y todo eso".</i>
F	<i>"Me avisaron vía teléfono (...) El día miércoles yo iba viajando y me llaman que yo era Covid positivo y tuve que devolverme para la casa".</i>
G	<i>"Vía telefónica, el 25 de febrero de este año".</i>
H	<i>"Me llamaron para darme la respuesta".</i>

I	<i>"Fue vía telefónica, yo acudí a un centro de salud un día sábado porque me sentía muy mal y me avisaron que espere en casa con licencia médica para el trabajo porque podía ser un posible COVID positivo, espere hasta el día martes, me llamaron y hasta ahí llego esa licencia preventiva y a partir de ese momento me hicieron otra licencia por COVID positivo".</i>
---	--

Análisis ESPACIO

	Lugar de residencia Viña del Mar
	Lugar de residencia Valparaíso
	Integrantes del Hogar

¿En qué comuna reside?	
A	<i>"Viña del Mar". "2 personas, Mamá y papá".</i>
B	<i>"Valparaíso". "Dos, yo y mi pareja".</i>
C	<i>"Viña del Mar". "Mi mamá y yo".</i>
D	<i>"Viña del Mar". "2 personas, yo y mi pareja".</i>
E	<i>"Valparaíso". "Vivo ahora con 3 personas más, pero cuando estuvimos con COVID, éramos 6 en total en la casa. Mi mamá, papá, hermano y 2 sobrinos".</i>

F	<i>"Viña del Mar".</i> <i>"1 más, mi pareja".</i>
G	<i>"Viña del Mar".</i> <i>"Una persona".</i>
H	<i>"Valparaíso".</i> <i>"Vivo sola".</i>
I	<i>"Viña del Mar".</i> <i>"Somos cuatro, yo, mi esposa y los dos hijos de mi esposa".</i>

ANEXO N° 7

Sistema Interpersonal:

Matrices con testimonios de los participantes según los conceptos de rol; comunicación; interacción; transacción de Imogene King.

Análisis ROL

	Estudiante
	Trabajador
	Jefe de hogar
	Dueña de casa

¿Cuál es su ocupación?; ¿Cuál es su rol en su grupo familiar? (Jefe de hogar, cuidadora principal, etc.)	
A	<i>"Estudio Tecnología Médica y trabajo en el Líder".</i>
B	<i>"Bueno yo soy el sostenedor principal de la casa".</i>
C	<i>"Ahora estoy trabajando, en ese momento estaba sin trabajo, estaba cesante Como dueña de casa".</i>
D	<i>"Yo soy Enfermera".</i>
E	<i>"Estudió electricidad".</i>
F	<i>"Soy Técnico en Mantenimiento Electromecánico Industrial (...), trabajo en mantenimiento técnico mecánico o electromecánico en el proceso de industrias".</i>

G	"Enfermera y Jefa de hogar".
H	"Trabajo en una veterinaria, soy como vendedora, secretaria, administradora".
I	"Yo soy empleado administrativo y trabajo en un juzgado de policía".

Análisis COMUNICACIÓN

	Llamada desde CESFAM
	Llamada desde SEREMI
	Llamada desde TRABAJO
	Llamada desde otro lugar
	Visita domiciliaria CESFAM
	Visita domiciliaria SEREMI
	Cantidad de llamadas

¿Recibió llamada y/o visita domiciliaria por parte del CESFAM durante su periodo de aislamiento?	
A	"Hospital Naval; el Seremi, (...) De verdad recibía como 7 llamadas diferentes todos los días".
B	"(...) después me hicieron seguimiento de la SEREMI pero vía online, me llamaba siempre una persona, siempre era una persona distinta... me llamaban todos los días. Me llamaba una persona distinta de la SEREMI preguntándome como estaba".

C	“Sí, ambos me llamaban día por medio (CESFAM Y SEREMI)”.
D	“Visita no, pero me llamaron todos los días, (...) del Cesfam que me corresponde como por donde vivo, (...) me llamaron de la SEREMI, del trabajo y del IST. Me llamaron de 4 lugares, pasaban todo el día llamándome, tuve mucho seguimiento...”
E	“Hubo una visita, pero no fue para saber cómo estábamos, era carabineros con... no me acuerdo de qué institución era la señorita, y era solamente para saber si nosotros estábamos haciendo la cuarentena... como para confirmar que estuviéramos todos ahí en el domicilio”.
F	“El día lunes me hice el examen, y el día sábado me llaman de acá del policlínico más cercano que es el de Nueva Aurora o Sapu parece que es, (...) bueno ya sabía ya, y estoy haciendo mi reposo. Me comuniqué particularmente a la Isapre, y pedí ayuda por ese lado porque por área de salud cero contacto, (...) supuestamente ellos iban a notificar, iban a hacer todo el proceso de notificación al MINSAL, pero parece que no lo hicieron, Nosotros tuvimos que aportar la información, nosotros tuvimos que buscar al MINSAL para darle la información y todo”.
G	“Del CESFAM nada, solo SEREMI. El SEREMI me llamó un par de veces, y después me llamó el Hospital Fricke, que era donde yo trabajaba e hicieron un seguimiento más activo, en el hospital”
H	“Sí, me llamaron del ministerio, me llamaron del consultorio... Por teléfono y presencial, presencial una vez y por teléfono me llamaban casi todos los días”.
I	“Yo fui al CESFAM Miraflores y sí, me llamaban todos los días, no recuerdo el nombre, ah, una señora llamada Mari Luz, ella era la persona que me hacía el seguimiento, me llamaba todos los días, también vinieron para acá, un médico del equipo a evaluarme cuando me sentí mal y me dieron nuevamente licencia, pero esta vez por problemas respiratorios”.

Análisis COMUNICACIÓN

	Por parte de SEREMI
	Por parte de CESFAM
	Información respecto a enfermedad
	Información respecto a procedimientos

¿Qué información le entregaron en la llamada y/o visita domiciliaria?	
A	“(llamada SEREMI) el tema de mis contactos estrechos, de que las personas que estaban conmigo tenían que estar en cuarentena también. Me explicaron el tema de cuando uno se reintegra después de los 11 días, ya que se supone que yo puedo seguir teniendo el virus, pero que no contagio”.
B	“(llamadas SEREMI) mencionaban todos los días, era recuerda que debes utilizar tus servicios, tus cubiertos para ti solo, la forma que podía bajar la fiebre”. “(llamadas CESFAM) lo mismo, exceptuando que cuando ya me sintiera bien después de los catorce días me iban a citar en el Cesfam para darme el alta”.
C	“Me preguntaban qué síntomas tenía, si es que mi mamá presentó algún síntoma y viendo como la tramitación de la licencia...me dijeron que nos mantuviéramos en piezas separadas, me preguntó si es que necesitaba irme a una residencia y dije que ya no necesitaba, y lo del agua caliente, más que nada recalaban lo de lavarse mucho las manos y ocupar mascarillas”.
D	“...de la SEREMI me llamaron para avisarme que era positiva, (...) Del CESFAM en el que yo trabajo, me llamaron todos los días para hacer un seguimiento de cómo estaba con los síntomas”.

E	“...también me dijeron que tenía que hacer... yo tenía que estar aislado, tenía que estar los 10 días encerrado en mi pieza, no podía salir más que para el baño, y cuando saliera tenía que desinfectar todo por donde pasará, tocará, donde... todo lugar donde estuviera y los demás de la casa tenían que estar con mascarilla, pero podían estar por el resto de la casa”.
F	“...algo recuerdo, en caso de dolor tomar Paracetamol y todas esas cosas que al final son las mismas recomendaciones que están puestas por todos lados”.
G	“Más que nada querían saber cómo estaba yo, como evolucionaba y si era necesario enviar un médico a verme, y así fue, fue necesario y vinieron a verme, ese fue el rol del (hospital) Fricke”. “El SEREMI nos vino a fiscalizar si estábamos cumpliendo la cuarentena, nos hicieron firmar un documento, vinieron con los carabineros y todo, así que si vinieron dos veces”.
H	“Generalmente me preguntaban cómo iba con los síntomas, si tenía algún síntoma nuevo, si me tomaba los remedios, si me quería ir a estos hoteles, residencias”.
I	“Nos informaron sobre cómo debíamos comportarnos en la cuarentena, utilizar mascarilla dentro de la casa, no interactuar entre nosotros, no compartir objetos de aseo, circular por horarios, que hacer en caso de sentirme peor, me explicaron todo sobre lo que estaba sintiendo también”.

Análisis INTERACCIÓN

	Cercana y adecuada
	Distante y adecuada
	Cercana y no adecuada
	Distante y no adecuada

¿Cómo fue su relación con el personal de salud que le realizó el seguimiento?; ¿Por qué?	
A	“Súper bien, súper atentos, Lo que sí me llamó la atención y la verdad como que molestó un poco, fue que llamaban mucho a mis contactos estrechos, incluso habían días que la enfermera hablaba con mi mamá y no conmigo, y eso siento que me pasaron a llevar como usuaria... siento que eso fue como transgredir un poco mis derechos como paciente porque esa comunicación era conmigo, no era con un tercero, entonces yo entiendo que a ellos también los tenían que llamar porque eran mis contactos que podrían estar contagiados, pero esa comunicación de mis síntomas es personal e intransferible, entonces eso fue algo que no me gustó, pero considero que fue súper poco ético por parte de ellos”.
B	“...mira por el seguimiento yo creo que no hubo mayor problema...entonces para mí fue mucho más cómodo, lo sentí como usuario por lo menos, hacer todo vía online, todo vía teléfono.... me llamaban todos los días. De hecho, había veces que me llamaban en la mañana y en la tarde, ambos, seremi y CESFAM
C	“La del CESFAM preocupada, la del MINSAL un poco más, era como comprensiva pero un poco más fría, como que la hacía más corta, por así decirlo, como más al hueso. Si los del CESFAM estaban bien atentos, llamaba siempre la misma niña...como que se acordaba del caso, al tiro me preguntaba por mi mamá o llamaba a mi mamá y preguntaba por mí, como que ya sabía más o menos como que se acordaba de nuestros nombres”.
D	“Con los del CESFAM que yo trabajo súper bien, en verdad estaban preocupados por mí, las otras personas en realidad cero, no, era como una encuesta todos los días las mismas preguntas.... era como un Check List de como un minuto y algo y me cortaban”.
E	“Nunca me llamaron así como del Cesfam, me llamaron netamente para avisarme que tenía que hacer”.

F	<i>"Fueron amigables, si, nada que decir, no existió una pesadez por ningún motivo, no se maneja mucho en el tema y por su vocabulario se notaba que no era una persona profesional, sin discriminar. No manejaba mucha información no sabía mucho, pero la relación humana, todos amigable, no hubo ninguna pesadez que yo recuerde, puede haber pasado".</i>
G	<i>"Me notificaron un jueves, me llamaron el viernes y el fin de semana que fue donde empeoré bastante en mi cuadro no llamaron, no me hicieron seguimiento".</i>
H	<i>"Yo creo que fue como... no fue malo, pero tampoco fue como cordial, fue alguien llamando por su trabajo, como automático".</i>
I	<i>"Cordial, muy buena, muy cordial, casi familiar, yo noté mucha preocupación por parte de ellos, especialmente de dos personas que llamaron, una doctora y una matrona preocupada, encargada del contacto, muy preocupadas por el caso, y yo imagino que debe ser así en todas partes, pero ahora que me dices que no es así... lamentable, pero no, en este caso no fue así, siempre fue muy buena".</i>

Análisis TRANSACCIÓN

	Cambios laborales
	Cambios estudiantiles
	Rutina familiar o diaria

¿Qué actividades (hábitos) tuvo que cambiar en su diario vivir para manejar el aislamiento?	
A	<i>"...dejé la Universidad y el trabajo. Igual seguí estudiando, solo que no me metí a las prácticas".</i>

B	“Lo primero que cambie de mi rutina fue la alimentación, Lo otro, cambié obviamente mi productividad, porque ya no podía trabajar, no me sentía apto...trataba de ver tele o dormía, trataba de dormir hartito, pero eso, eso en realidad”.
C	“Ocupaba mascarilla para los espacios comunes...lavarme mucho las manos... No salía de la pieza, mi mamá cocinaba ella, hacía todo y me dejaba la comida en la puerta de la pieza y luego retiraba ahí mismo las cosas sucias, lavaba todo con agua caliente y cloro”.
D	“Todo, el trabajo, no pude hacer nada... No podía levantar, no podía hacer nada, ni siquiera, se me caía algo y recogerlo ya era mucho esfuerzo para mí”.
E	“...todo prácticamente... literal estuve los 14 días aquí acostado en el computador, como viendo películas o sacaba las planchas de la pared con el taladro, las ponía de nuevo tratando de matar el tiempo”.
F	“La actividad de salir, el compartir con familia, con todos los resguardos y obviamente nos quedamos encerrados...cero contacto con todos, o sea nos aislamos al cien por ciento, más allá de 20 días, ahí recién empezamos un poquito a ver a los demás”.
G	“A nosotros nos notificaron, y estábamos un poco cortos de mercadería y ya no podíamos salir a comprar porque estábamos en cuarentena y nuestras familias que son de Nogales y Quillota tuvieron que venir a dejarnos cosas..., ellos fueron quienes nos ayudaron en su momento”.
H	“No pude ir a trabajar, no pude venir a ver a mi familia, no pude ir a comprar comida”.
I	“Bueno, las actividades que yo realizo, el trabajo, visitar la familia, hacer las cosas del hogar, ver la tv, si, eso deje de hacerlo porque estaba en cama, y siempre dentro de la pieza, no podía salir, no salía al trabajo, no salía a visitar la familia, pero aquí en mi casa había que mantener la cuarentena”.

Anexo N° 8

Sistema Social:

Matrices con testimonios de los participantes según los conceptos de organización y toma de decisiones de Imogene King.

Análisis ORGANIZACIÓN

	Uso de objetos
	Desinfección
	Aislamiento
	Trabajo en equipo
	Malestar/incapacidad de realizar AVD
	Abastecimiento

¿Cómo fue su organización durante el tiempo que estuvo en aislamiento? (respecto a las actividades diarias, organización de horarios)	
A	“...mi pieza conecta con la cocina por la ventana, por ahí me pasaban mi comida y todo marcado, mi tenedor, mi plato mi vaso, todo estaba como rayado. Una vez que yo lo usaba, lo remojamos en cloro, y cuando me lo pasaban era con guantes y mascarilla”. “Para ir al baño, todo lo que yo tocaba lo agarraba con una toallita con cloro y después cuando yo salía le echaba cloro nuevamente. Bueno ese era mi trayecto, baño - pieza. No iba más allá”.

B	"En los quehaceres del hogar (...) había veces que yo no me podía parar y había veces que ella (pareja) no se podía parar, pero cuando pasaba eso uno de los dos sí podía hacerlo, fue como intercambio, o sea hoy día no me puedo parar pero sí tú". "...tratábamos de realizar esos quehaceres mutuamente".
C	"...mi hermana me trajo un poco más de cosas, en general ya teníamos varias cosas como guardas porque estuvimos un tiempo haciendo cuarentena bien estricta, entonces ya teníamos como reservadas cosas en caso como por si acaso". "no había ningún contacto, nadie entró a la casa en esos 14 días".
D	"Así que tuve que estar acostada de guatita, pronada, yo misma porque no tenía nada que hacer, solamente hicimos una rutina de nosotros, saturarnos, tomarnos la temperatura cada cierto rato, si uno veía que el otro estaba mal, le tomaba los signos vitales al otro". "...Es que cuando nos pasó, teníamos todo lo necesario, no necesité que me compraran algo, pero si hubiese necesitado que me trajeran algo, le hubiese dicho a algún familiar mío, que yo vivo como a dos cuadras de mis papás".
E	"... (Yo iba a) separar mis servicios, tenedor cuchillo cuchara, un plato hondo un plato bajo y una taza me lo eché todo en una bolsa y me lo deje en mi pieza". "... en mi familia todos hicieron lo mismo, todos tenían sus cubiertos para las comidas". "...todos respetamos al pie de la letra no salió nadie de la casa no entro nadie tampoco estuve siempre encerrado estuvieron todos siempre con mascarilla desinfectando las cosas, gastamos con 6 cositas esas de Lysoform, 6 cositas de amonio, más el alcohol gel más las mascarillas".

F	“Todos los encargos se hacían por “Uber Eat”, para no exponer a la familia, ahora igual teníamos provisiones, así que nos podíamos mantener”.
G	“... fueron días bien caóticos porque la enfermedad avanzó muy rápido, entonces la verdad es que yo estaba acostada nomas y apenas comía, así que en si organización no había, más que nada preocuparse de los síntomas, que empecé a tener más fiebre, así que la verdad todo era en torno a eso”. “En ese caso mi pololo que está aquí tuvo que hacerse cargo de todo, de hacer almuerzo y también estaba sufriendo síntomas del COVID, pero en menor grado, entonces él se hacía cargo de todo, de cocinar, de recibir las cosas cuando llegaban, yo más que nada me dedique a estar acostada, como te digo, por los síntomas”.
H	“El consultorio (Placeres) coordinó con el de San Roque, para que me fueran a dejar comida y esas cosas”.
I	“Nadie entraba a la pieza, no, aquí la organización de la casa cambió en eso, solamente mi esposa, que también se contagió, los chiquillos también se contagiaron. Estaba un poco aislado (...)”. “No podía salir, no salía al patio, no podía salir de la casa, me traían todo a la pieza, solo podía utilizar mis cosas y no compartir, yo no salía, pero afuera de mi pieza, si querían salir, tenían que ir por separado”.

Análisis ORGANIZACIÓN

	Con Complicaciones
	Sin Complicaciones de las mencionadas **
	Contaban con el Centro de salud en el caso de necesitar algo.
	No consideraban al Centro de salud en caso de necesitar y/o preguntar algo.

** Complicaciones: Abastecimiento, licencia, residencia, problemas de salud y otros.

¿Cómo considera que fue la respuesta del equipo de salud cuando se presentó algún problema durante su aislamiento?	
A	<i>“No tuve problemas de abastecimiento, tuve buenas redes de apoyo, (s.org.) De hecho de mi trabajo me mandaron mercadería, fueron súper conscientes”.</i> <i>“En el trabajo no tuve ningún problema, de hecho extendí un poco mi licencia porque tenía que volver de golpe a todas mis actividades universitarias, yo hablé con mi doctora, ella al tiro me dijo que si, de hecho me dio como un multivitamínico, porque igual ella me decía que te baja las defensas. Pero no, ningún problema”. (s.org.)</i>
B	<i>“Sí, bueno como te decía ellos me llamaban en la mañana y tarde noche, entonces estuvieron bien preocupados en ese sentido (s.org.)... de hecho me llamaba siempre la misma persona, en la segunda etapa del Reina Isabel, me llamaba siempre la misma persona, entonces ya sabía el nombre de mi pareja, “¿Cómo estás tú?” me decía...como te decía, era mucho mejor de esa forma como fue vía teléfono”.</i> <i>“Sí, yo encuentro que sí respondieron, respondieron rápido, de manera eficiente en esos momentos...”</i>

C	<i>“Mmm no fue tan complicado la verdad fue más que nada, yo creo que no fue tan complicado para mí”.</i> <i>“Entrevistador: Por lo menos en el caso de que usted hubiese presentado algún síntoma más complicado sentía la confianza de poder realizar la llamada al CESFAM y le iban a responder.</i> <i>-Respuesta: aah si”</i>
D	<i>“ Súper preocupados, cuando les dije que estaba mal, por parte del CESFAM y por parte del IST”.</i>
E	<i>No responde sujeto.</i>
F	<i>“Ellos cumplían con lo que ellos tenían que hacer, lo veo así, no era como ese plus, como preocupación, de cómo “oye estamos aquí...”, no, seguramente me da la impresión que ellos deben tratar todos los días con pacientes así que yo era un número más. Yo no note esa preocupación”.</i> <i>“Considero, que siempre opiné que el MINSAL, tardía la información que dieron ellos, en cuanto a notificar que tenía COVID y lo otro fue: “Ya se siente mal, Paracetamol”. Nada de si se siente mal trasladarlo a... nada. Sí, me dejaron un número para llamar. Cosa que yo honestamente no lo iba a hacer, porque ahí en ese mismo SAPU murió una prima unas semanas antes por COVID (...). Así que no iba a tomar ese procedimiento, iba a hacer las cosas más propias, por ISAPRE y todo el tema”.</i>
G	<i>“Bueno, por parte del SEREMI ni se enteraron (risas), ellos después supieron por mi pololo que vinieron a verlo”.</i> <i>“Y por parte del hospital fue muy buena porque ellos me llamaron, me preguntaron como estaba, me preguntaron si necesitaba un doctor”.</i>

H	<i>“Del consultorio de Placeres no tengo nada que decir (s.int.) Por que la persona que me llamaba insistía harto, me preguntaba todos los días que si me habían ido a dejar mercadería, que como estaba, que si necesitaba algo más, (s.org) pero me decía que la coordinación con el consultorio de San Roque ya no dependía de él, él estaba haciendo todo lo posible. Si bien me llegó la mercadería, me llegó como a la semana después”.</i>
I	<i>“(…) Pero la respuesta del equipo fue inmediata, muy buena, trajeron todos los medicamentos, todo el equipo necesario y para dejarme preparado”.</i>

Análisis TOMA DE DECISIONES

	Considera que fue útil la información.
	Considera que no fue imprescindible.
	No quedó conforme con la calidad y cantidad de la información.
	Utilización de información de otras fuentes.

¿Considera que la información entregada fue útil para la toma de decisiones durante su aislamiento? ¿Por qué?	
A	<i>“Si fue útil, sí, me ofrecieron residencia sanitaria, tampoco se me obligo, aunque tenía baño compartido, se respetó mi decisión, y la información fue útil, muy buena, muy completa”.</i>
B	<i>“Si, dentro de lo que se pudo hacer sí, de todas formas...”</i>
C	<i>“Sí, encuentro que fue como precisa, tampoco fue una información como abundante, porque igual, más que nada preguntábamos y ellos afirmaban o negaban si es que debíamos hacer eso”.</i>
D	<i>“No me dijeron nada de lo que yo no supiera, no fue que lo que me entregaron de información me haya hecho un cambio en lo que yo iba a hacer o no, o la conducta a seguir, tenía claro que tenía que hacer en caso, que tenía que ir al IST, etc.”.</i>

E	“Se podría decir que sí, porque si no, no me había quedado aislado en la pieza porque no sabía que había que hacer eso y si no hubiera sido por eso, en una de esas se hubiera contagiado mi hermano, mi sobrina y mi sobrino...”
F	“Sí, es que lo que pasa es que mezclé toda la información que tenía con la Telemedicina más lo que me entregaron ellos, aparte de la información del contacto directo conmigo, amistades que me asesoraron en el tema”.
G	“Por parte del SEREMI siento que fue bien escasa la información, más que nada nos llamaron y nos dijeron que estábamos, me preguntaron por los contactos estrechos, me explicaron lo de los 14 días de cuarentena y más que eso no mucho más, em, en verdad, no me explicaron qué hacer en caso de me agravara, o a quien llamar, en cambio el hospital me explico muy bien eso, me dieron un numero para llamar en caso de emergencia, siento que fue mucho mejor la información dada por el hospital que la dada por el SEREMI”.
H	“Fue lo preciso, y era como que alguien leyera un papel, pero era como lo justo y necesario”.
I	“Ósea, lo que ellos recomendaban aquí en la casa se hacía”. “No salir de la casa, tomar bastante líquido, cuidarse, desinfectar las cosas, el reposo, no interactuar, no recibir gente, que cada uno tuviese sus propios utensilios, no salir de la casa, (...) estábamos en cuarentena todos”.

