

Creencias y percepción sobre la felicidad y el bienestar en Atención Primaria en Salud tanto en Chile como en Latinoamérica

Crenças e percepções sobre felicidade e bem-estar na Atenção Primária à Saúde, tanto no Chile quanto na América Latina

Beliefs and Perception about Happiness and Well-being in Primary Health Care both Chile and Latin America

Francisco J. Villalón López. *

* Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales y colaborador del Programa Estudios Sociales en Salud de Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Chile.

Recibido: 06-07-2019

Aceptado: 26-12-2019

Correspondencia: Dr. Francisco J. Villalón López. Correo Electrónico: villalon.fj@gmail.com

Resumen

Objetivo: Caracterizar las creencias, la percepción y el interés sobre felicidad de los funcionarios en equipos de atención primaria en salud (APS) en Chile y Latinoamérica. **Métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal. Muestra de 209 trabajadores de salud primaria, identificados a través de registro comunal en Chile (n=36) y de medios sociales de Chile y Latinoamérica (n=61 y n=112). Se contactó en forma presencial para el registro comunal y virtual para los medios sociales. Se lograron integrar 112 respuestas finales (tasa respuesta=54%). Se realizó análisis descriptivo (promedio/proporción) y comparativo (Chi2, Mann-Whitney) de felicidad según estado afectivo, perfil profesional y estrategia de recolección de información. **Resultados:** Existe alto interés en aplicar prácticas sobre felicidad y bienestar a nivel clínico, tanto para usuarios como para los funcionarios. No obstante, se reporta una baja aplicación clínica, pese a que el 96.4% considera que esta influye en la salud. Aquellos con mayores estados afectivos positivos, presentan mayor interés en desarrollar prácticas y estiman un mayor efecto sobre empatía y creatividad. No hubo diferencias significativas en resultados según la estrategia de recolección de información. **Conclusiones:** Alto interés y creencias alineadas con la evidencia muestran un contexto favorable para implementar prácticas de felicidad y bienestar en APS.

Palabras Clave: Felicidad, Atención Primaria, Bienestar

Resumo

Objetivo: Caracterizar as crenças, percepção e interesse sobre a felicidade de funcionários de equipes de atenção primária à saúde (APS) no Chile e na América Latina. **Métodos:** estudo quantitativo, descritivo, transversal. Amostra de 209 profissionais de saúde primários, identificados por meio do registro comunitário no Chile (n = 36) e por meio das redes sociais no Chile e na América Latina (n = 61 e n = 112). O contato foi feito pessoalmente para o cadastro comunitário e virtual nas redes sociais. 112 respostas finais foram integradas (taxa de resposta = 54%). Sample of 209 primary health workers, identified through the community registry in Chile (n = 36) and through social media in Chile and Latin America (n = 61 and n = 112). Contact was made in person for the communal and virtual registration for social media. 112 final responses were integrated (response rate = 54%). A análise descritiva (média / proporção) e comparativa (Chi2, Mann-Whitney) da felicidade foi realizada de acordo com o estado afetivo, o perfil profissional e a estratégia de coleta de informações. **Resultados:** Há grande interesse em aplicar práticas de felicidade e bem-estar em nível clínico, tanto para usuários quanto para funcionários. No entanto, é relatada uma baixa aplicação clínica, apesar de 96,4% considerarem que influencia a saúde. Aqueles com maiores estados afetivos positivos mostram maior interesse em desenvolver práticas e estimam um maior efeito na empatia e criatividade. Não houve diferenças

significativas nos resultados de acordo com a estratégia de coleta de informações. **Conclusões:** O alto interesse e as crenças alinhadas com as evidências mostram um contexto favorável para a implementação de práticas de felicidade e bem-estar na APS.

Palavras-chave: Felicidade, Atención Básica, Bem-estar

Abstract

Objective: To characterize the beliefs, perception and interest about happiness of officials in primary health care (PHC) teams in Chile and Latin America. **Methods:** quantitative, descriptive, cross-sectional study. Sample of 209 primary health workers, identified through the community registry in Chile (n = 36) and through social media in Chile and Latin America (n = 61 and n = 112). Contact was made in person for the communal and virtual registration for social media. 112 final responses were integrated (response rate = 54%). Descriptive (mean / proportion) and comparative (Chi2, Mann-Whitney) analysis of happiness was carried out according to affective state, professional profile and information collection strategy. **Results:** There is high interest in applying practices on happiness and well-being at the clinical level, both for users and for officials. However, a low clinical application is reported, despite the fact that 96.4% consider that it influences health. Those with higher positive affective states show greater interest in developing practices and estimate a greater effect on empathy and creativity. There were no significant differences in results according to the information collection strategy. **Conclusions:** High interest and beliefs aligned with the evidence show a favorable context to implement happiness and well-being practices in PHC.

Keywords: Happiness, Primary Care, Well-being

Introducción

El bienestar ha sido considerado como un elemento de estudio científico en las últimas décadas¹ proporcionando evidencia de sus beneficios en la salud física y mental, entre ellos la disminución de mortalidad comparable, por ejemplo, a dejar de fumar.² Este esfuerzo interdisciplinario ha logrado consagrarse en políticas públicas como es en el caso de la República de Bután y la medición del índice de Felicidad Interna Bruta.³ A pesar de estos avances, no queda claro el rol de la Atención Primaria en Salud (APS) sobre este tema. El objetivo de este estudio es explorar las creencias, la percepción y el interés sobre el concepto de la felicidad que tienen profesionales de salud de APS en Chile, Latinoamérica y el Caribe (LAC) y entender cómo se podría facilitar la implementación de programas y prácticas entorno este tema.

Definición de felicidad, modelos y medición

El concepto de felicidad varía su definición entre grupos y culturas determinando su expresión⁴ y dificultando la medición o la comparación de resultados. Esto ha llevado a formular distintos modelos con sus respectivos instrumentos de medición. Estos se pueden clasificar según la dimensión sensorial, afectiva, evaluativa/cognitiva o mística,⁵ o en una dimensión temporal desde una percepción sensorial a una evaluación global.⁶ La dimensión sensorial relacionada a la teoría hedonista⁷ se centra en el placer o dolor. La dimensión afectiva desde la teoría de los deseos se centra en su satisfacción individual o desde el modelo de los estados afectivos categorizados como positivo o negativo.

En la dimensión evaluativa, se encuentra: el modelo de felicidad auténtica, basada en la autonomía e información individual; de la eudaimonia, la cual tiene varias acepciones, pero se relaciona a la idea de propósito o realización del ser humano⁸ y la teoría de la satisfacción vital. La dimensión mística tiene escasa descripción científica.⁵ Existen otros modelos como de listas⁸ que, para manejar la ambigüedad, proponen una lista de dominios asociados como conocimiento, amistad, placer, logros, etc. y modelos híbridos, como el bienestar subjetivo (BS) compuesto por una dimensión de satisfacción vital junto con dominios específicos de satisfacción y de estados afectivos positivos y negativos la cual ha sido ampliamente utilizada.¹

Beneficios del bienestar en salud

A partir de estos modelos y sus instrumentos de medición se han encontrado beneficios en salud desde revisiones y meta análisis, destacando en el modelos de estados afectivos positivos una disminución en mortalidad, morbilidad y una mejora en salud auto reportada,⁹ un mayor éxito expresado en mayores relaciones interpersonales, ingresos y compromiso comunitario.¹⁰ En el ámbito del BS se relaciona con la mejora de índices en salud objetiva,^{11,12} salud general y longevidad,²⁻¹⁵ incluso controlando variables confundentes, aumentando longevidad entre 4 a 10 años² comparable a suspender consumo de tabaco. Además, hay que considerar la costo-efectividad de las intervenciones en prevención y promoción en salud mental.¹⁶

Bienestar en Chile y Latinoamérica y el Caribe (LAC)

De acuerdo a estudios en esta materia, se describe que LAC a pesar de un Producto Interno Bruto menor, logran altos niveles de bienestar.⁵ En el Reporte Mundial de Felicidad (RMF), dentro de los 30 más felices del mundo, siete son de LAC.¹⁷ Dentro de las propuestas para explicar este fenómeno se encuentra que, se tiende a considerar menos importante la situación financiera, la salud percibida y la confianza en vínculos débiles; resultado de un proceso de variables contextuales e históricas de la región, que tiene como bases las relaciones cercanas, familiares y la amistad, un entorno de sobrevivencia controlado y una capacidad de adaptación optimista.⁵

Particularmente Chile según el RMF ha disminuido su puesto para el 2018^{17,18} lo que nos lleva a preguntarnos sobre cambios psicosociales y la repercusión en condiciones neuro-psiquiátricas, particularmente la depresión monopolar como una forma indirecta de evaluar bienestar.¹⁹ Estas son las principales causas -de todos los años- de vida perdidos ajustados por discapacidad²⁰, siendo los trastornos psiquiátricos con una prevalencia en vida de 36%, la principal causa de licencia médica. Además, la alta tasa mortal de suicidio tanto en adultos como en niños y adolescentes producen un alto impedimento.²¹⁻²⁶ Dada esta evidencia, es relevante conocer la situación tanto en LAC como en Chile para plantear políticas públicas y consideraciones clínicas con relación al bienestar.

Hay que considerar el interés compartido por la promoción de la salud y el bienestar desde las comunidades en su ambiente natural. Esto ha llevado al desarrollo, con variaciones en cada país, a un enfoque de promoción y prevención de la atención primaria de salud. (APS).

En Chile se ha fortalecido la APS en las últimas décadas, siendo la unidad básica organizativa presentando una alta cobertura y resoluntividad.²⁷ Está compuesto por un sector público (70% de la población) y otro privado (30% de la población).²⁸ El bienestar y la felicidad son indicadores relevantes para la salud primaria, pero pobremente explorado en Chile y LAC, este estudio tuvo como propósito explorar las creencias, la percepción y el interés sobre el concepto más amplio de felicidad de los funcionarios de APS.

Métodos

Estudio cuantitativo, de corte transversal y descriptivo. El marco muestral del estudio fue de 209 trabajadores de salud primaria reclutados en tres muestras. 1) Se contactó de forma presencial para la comuna de La Reina en Santiago de Chile (n=36) a la plantilla de profesionales y técnicos del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Avogadro Aguilera.

La Comuna de la Reina tiene una tasa de pobreza similar -a la de la región geográfica en que está inserta- pero la mitad del nivel nacional (7.1 y 14.4% respectivamente).²⁹ 2) Recolección virtual para médicos de otras comunas del país (n=61) y 3) de igual modo para médicos de LAC (n=112). Las tasas de respuesta y variables sociodemográficas se pueden observar en la tabla I.

La muestra final del estudio fue de 112 participantes, dentro del promedio declarado en la literatura internacional, cercano al 50%, para recolección de datos de tipo virtual.³⁰ Se preguntaron datos demográficos junto con la encuesta *12-Point Affect Circumplex* (12-PAC)³¹ validada en español por Madrid³² para medir los estados afectivos en el trabajo.

Al no encontrar una herramienta que midiera creencias, percepción ni interés en torno al concepto de felicidad, se decidió construir una encuesta electrónica de selección múltiple, que no fue validada en este estudio, pero que permitió aproximarse de manera exploratoria al fenómeno de interés por primera vez. Incluye preguntas de dos tipos, una dicotómica en que la persona se podía adherir o no al enunciado, y otra de tipo Likert.

La encuesta explora tres áreas: 1) Las creencias entorno a la felicidad, incluyendo definición basado en Moyano-Díaz³³, ¿qué la produce y qué beneficios trae?^{1,7,9,10,34} 2) Percepción en la práctica tanto clínica como en el equipo de trabajo. 3) Interés para aprender y aplicar practicas relacionadas.

Se realizó una transcripción de datos a una planilla *Excel* para un posterior análisis mediante SPSS Statistic²³, describiendo las proporciones y medianas. Para comparar diferencias en variables de interés según estados afectivos, perfil profesional o tipo de recolección de datos, se utilizó el test estadístico de Chi2 para variables categóricas³⁵ test de Mann-Whitney U para variables continuas³⁶ y su respectivo tamaño del efecto (R) en los rangos descritos por Cohen.³⁷

El estudio contó con la solicitud de asentimiento del participante antes de iniciar el llenado de la encuesta, junto con consentimiento informado en la encuesta y la protección de su anonimato a lo largo del proceso.

Resultados

Se recibieron un total de 112 encuestas para análisis (n=32 para APS de comuna de Santiago de Chile; n=30 para médicos chilenos de redes sociales; n=50 para médicos extranjeros de APS de LAC), se describe la cobertura, género, país y profesión en Tabla 1. Se observó que sobre la definición de felicidad, existía una mayor adherencia a “una forma de equilibrio de muchos aspectos” (51.4%).

La mayoría estuvo de acuerdo o muy de acuerdo a que es influenciada por emociones positivas (90.2%), ayudar a otros (86.6%) y tener buenas relaciones interpersonales (85.7%).(Fig.1) Destacando como beneficios su influencia en la salud (96.4%).(Fig.II)

En cuanto al trabajo en equipo estuvieron de acuerdo o muy de acuerdo de que la felicidad es fundamental (90.3%), y que influye en la creatividad (96.8%), pero se encontró una menor proporción que consideraron que tenían actividades dirigidas al equipo (61.2%) y aún menor sobre estatutos que la protejan (24.2%).

Aquellos que reportaron mayores estados afectivos positivos, confirieron a la felicidad un mayor beneficio en su empatía (R=0.36, p.000) y creatividad (R=0.31, p.001), además reportaron un mayor interés en enfocar su práctica entorno a esta (R=0.31, p.001) y crear programas (R=0.3, p.002). No hubo diferencias en otras variables. No se encontraron diferencias de los resultados entre los diferentes género o profesiones o grupo etario.

Sólo se encontró una mayor proporción de personas menores a 40 años al comparar la muestra del CESFAM con las otras, (59.4% y 28.8% respectivamente, Chi2, p.002). Este grupo otorga mayor importancia a las relaciones interpersonales. Sin diferencias entre estados afectivos.

Tabla I. Caracterización de las tres muestras escogidas y el total, considerando la población total, el número de encuestas contestadas, la cobertura correspondiente y variables como género, país y profesión.

Muestra	Respuesta / Total	Cobertura	Género		País			Profesión	
			Hombre	Mujer	País	Nº	%	Profesión	%
CESFAM-La Reina	32/36	88.9%	Hombre	6.3%	Chile	32	100%	Médicos	18.8%
			Mujer	93.8%				Paramédico	28.1%
								Enfermera	9.4%
								Administrativo	9.4%
								Psicóloga	9.4%
				Otros	25.0%				
Chile	30/61	49.2%	Hombre	10.0%	Chile	30	100%	Médicos	100%
			Mujer	90.0%					
Latinoamérica	50/112	44.6%	Hombre	22.0%	Venezuela	27	54%	Médicos	62.0%
					Costa Rica	9	18%	Paramédico	2.0%
					Colombia	3	6%	Enfermera	10.0%
			Mujer	78.0%	Paraguay	3	6%	Administrativo	8.0%
					Perú	2	4%	Psicóloga	4.0%
					Otros	6	12%	Otros	14.0%
Total	112/209	53.6%	Hombre	14.3%	Chile	62	55%	Médicos	59.8%
					Venezuela	27	24%	Paramédico	8.9%
					Costa Rica	9	8%	Enfermera	7.1%
					Colombia	3	3%	Administrativo	6.3%
			Mujer	85.7%	Paraguay	3	3%	Psicóloga	4.5%
					Perú	2	2%	Otros	13.4%
					Otros	6	5%		

Figura 1. Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo en cuanto a la influencia de la variable sobre la felicidad.

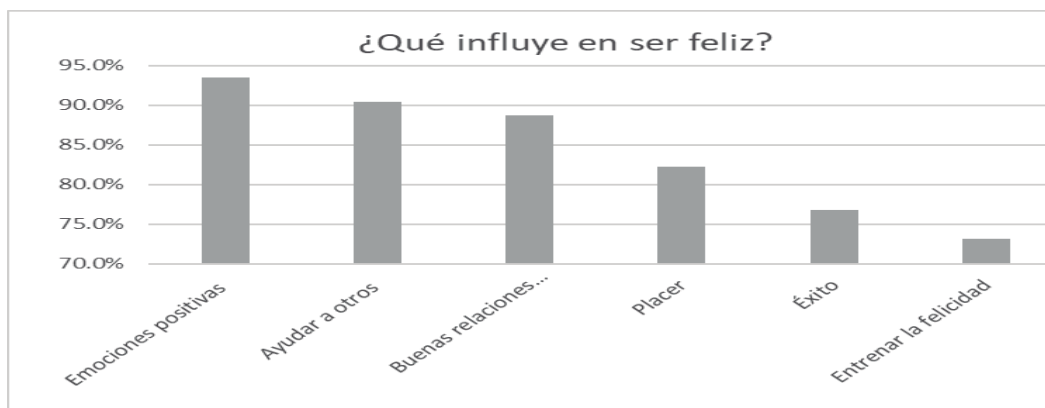
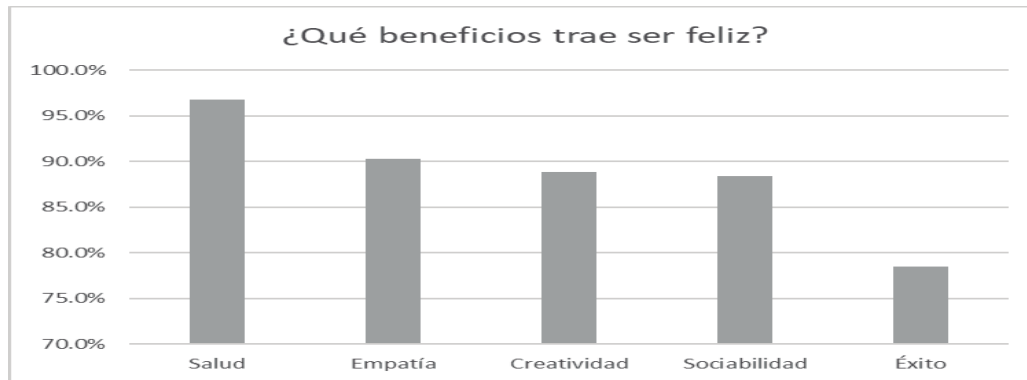
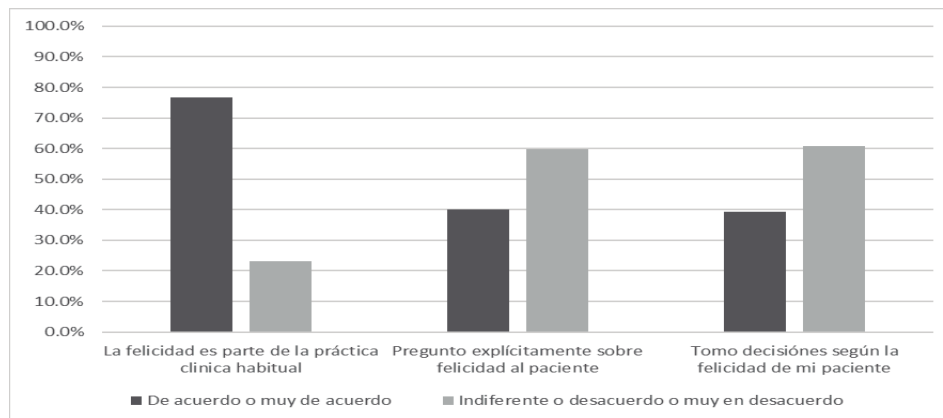


Figura II. Porcentaje de personas que están de acuerdo o muy de acuerdo en cuanto al beneficio de la felicidad sobre la variable.

Un alto porcentaje está de acuerdo o muy de acuerdo en aprender sobre felicidad, tanto herramienta (91.9%) como su importancia (89.3%), además de considerarlo dentro de la práctica habitual (88%) y crear programas (82.2%). A pesar de esto, una menor proporción refiere preguntar explícitamente sobre la felicidad del paciente (32.2%) o tomar decisiones en torno a esta (37.1%). (Fig. III)

Figura. III Distribución de personas que refieren estar de acuerdo o muy de acuerdo sobre el enunciado del área de felicidad en la práctica clínica.

En cuanto al trabajo en equipo están de acuerdo o muy de acuerdo de que la felicidad es fundamental (90.3%), y que influye en la creatividad (96.8%), pero hay una menor proporción que consideran que tienen actividades dirigidas al equipo (61.2%) y aún menor sobre estatutos que la protejan (24.2%). Aquellos que reportan mayores estados afectivos positivos, confieren a la felicidad un mayor beneficio en su empatía ($R=0.36$, $p.000$) y creatividad ($R=0.31$, $p.001$), además reportan un mayor interés en enfocar su práctica entorno a esta ($R=0.31$, $p.001$) y crear programas ($R=0.3$, $p.002$). No hay diferencias en otras variables. No se encontraron diferencias de los resultados entre los diferentes género o profesiones o grupo etario.

Solo se encontró una mayor proporción de personas menores a 40 años al comparar la muestra del CESFAM con las otras, (59.4% y 28.8% respectivamente, Chi^2 , $p.002$). Este grupo otorga mayor importancia a las relaciones interpersonales. Sin diferencias entre estados afectivos.

Discusión

Los resultados muestran que los trabajadores de la APS presentan un alto interés en aprender sobre los beneficios de desarrollar prácticas de bienestar y obtener más herramientas, junto con la creación de programas tanto individuales como comunitarios. De las creencias, la mayoría adhiere a la idea de que la felicidad es un equilibrio entre varios aspectos y que es influenciada principalmente por emociones positivas, ayudar a otros y las relaciones interpersonales. Esta beneficiaría positivamente la salud, empatía, creatividad y sociabilidad. Refieren en menor medida preguntar explícitamente sobre felicidad o tomar decisiones basados en esta. En los equipos, expresan que influye en la creatividad, pero que hay moderadas actividades para mejorarla y pocos refieres que los estatutos protejan el bienestar del equipo.

Se encontró una asociación positiva entre aquellos que reportan mayores estados afectivos positivos con una mayor atribución del bienestar sobre empatía, sociabilidad y creatividad. Además, expresan un mayor interés en enfocar su práctica clínica en torno a la felicidad del paciente y crear programas. Este estudio es el primero que evalúa creencias, percepciones e interés sobre felicidad en una comuna de Santiago a nivel de APS en Chile, y exploratoriamente en médicos de LAC. Además, se consideró género, edad, profesión y estados afectivos, además de explorar posible sesgo de autoselección dada la utilización de tres estrategias distintas de reclutamiento y recolección de información.

Hay que considerar como limitante utilizar una encuesta cuantitativa no validada por lo que se podría dejar algunas experiencias del fenómeno fuera, particularmente en la representación multicultural.⁵ Esta encuesta fue elaborada por el investigador y se basó en las dimensiones reportadas como relevantes en la literatura internacional. Otra limitante es el tamaño de la muestra, junto con la selección, aunque las coberturas de las encuestas fueron las esperadas.³⁰ No se logró conocer las razones o diferencias entre quienes participaron y los que no. Estas consideraciones limitan la generalización de los resultados.

Las creencias de los participantes se alinearon con la evidencia disponible en cuanto a influencia de las emociones positivas, altruismo y relaciones interpersonales sobre bienestar.^{1,7,9,10,34} En menor medida el placer y el éxito.^{1,8} Además, sobre sus beneficios la mayoría manifestó que influye en la salud como lo demuestran algunas investigaciones^{2,9,10} como también en la empatía, la creatividad y la sociabilidad.^{8,10} El alto interés y creencias alineadas con la evidencia podrían facilitar la implementación de talleres y programas.^{38,39}

Esta implementación es relevante dado los beneficios descritos en salud, longevidad^{2,14,15} y la costo-efectividad de la prevención en salud mental.¹⁶ Estos datos son de interés para proponer políticas públicas, programas y prácticas, considerando los centros de APS como ejes centrales de la atención, promoción y prevención de la mayor parte de la población.^{27,28} Se encuentra una brecha entre el alto interés y creencias positivas del bienestar sobre la salud, pero un bajo número pregunta explícitamente sobre bienestar o toman decisiones en torno a este. Esto puede explicarse por falta de herramientas de cómo abordarlo, por un lado, dada la ausencia de estos contenidos en las universidades, y por otro, la falta de evidencia disponible en atención primaria.

Considerando que los profesionales de APS presentan alto estrés y bajo bienestar⁴⁰ nuestros resultados orientan a implementar talleres de autocuidado, considerando los beneficios para el equipo en las relaciones, creatividad, eficacia y satisfacción con el trabajo, entre otros.^{10,34} La identificación del subgrupo de mayor estado afectivo positivo, que reporta un mayor interés en su aplicación clínica y la creación de programas, nos presenta la oportunidad de realizar alianzas o promover estados afectivos positivos en el equipo para facilitar la implementación, aunque no se puede atribuir causalidad.^{38,39}

Como futuras investigaciones, se plantea replicar este estudio con mayor tamaño muestral y estrategias de reclutamiento y recolección de información más robustas. Además, se sugiere una próxima revisión sobre bienestar en APS, identificando herramientas, intervenciones y programas junto con indicadores específicos.

Conclusión

Se identifica un gran interés y su posible aplicación clínica teniendo como facilitador creencias alineadas con la evidencia y los estados afectivos positivos del equipo. Dada la relevancia del bienestar en salud, conocer las creencias del equipo de salud permite plantear futuras revisiones para identificar intervención, indicadores, crear talleres e implementar programas para su aplicación tanto clínica como de autocuidado, esperando que este sea un primer paso para implementarlo a nivel nacional y latino americano, buscando en conjunto una mayor felicidad y bienestar.

Referencias

1. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull.* 1999;125(2):276-302.
2. Diener E, Chan MY. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity: HEALTH BENEFITS OF HAPPINESS. *Appl Psychol Health Well-Being.* marzo de 2011;3(1):1-43.
3. Karma Ura. An extensive analysis of GNH index. Thimphu: Centre for Bhutan Studies; 2012. 213 p.
4. Diener E, editor. *Culture and Well-Being.* Dordrecht: Springer Netherlands; 2009 (Michalos AC. Social Indicators Research Series; vol. 38)
5. Rojas M, editor. *Handbook of Happiness Research in Latin America.* Dordrecht: Springer Netherlands; 2016
6. Diener E, editor. *Assessing well-being.* Dordrecht ; New York: Springer; 2009. 274 p. (Social indicators research series).
7. Kahneman D, Diener E, Schwarz N, editores. *Well-Being: Foundations of Hedonic Psychology.* Russell Sage Foundation; 1999
8. Eid M, Larsen RJ, editores. *The science of subjective well-being.* New York: Guilford Press; 2008. 546 p.
9. Pressman SD, Cohen S. Does positive affect influence health? *Psychol Bull.* noviembre de 2005;131(6):925-71.
10. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychol Bull.* 2005;131(6):803-55.
11. DuBois CM, Lopez OV, Beale EE, Healy BC, Boehm JK, Huffman JC. Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Int J Cardiol.* 15 de septiembre de 2015;195:265-80.
12. Boehm JK. Living Healthier and Longer Lives: Subjective Well-Being's Association with Better Health. En: *Handbook of well-being.* 2018.
13. Zhang Y, Han B. Positive affect and mortality risk in older adults: A meta-analysis. *PsyCh J.* junio de 2016;5(2):125-38.
14. Martín-María N, Miret M, Caballero FF, Rico-Urbe LA, Steptoe A, Chatterji S, et al. The Impact of Subjective Well-being on Mortality: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies in the General Population. *Psychosom Med.* junio de 2017;79(5):565-75.
15. Diener E, Pressman SD, Hunter J, Delgado-Chase D. If, Why, and When Subjective Well-Being Influences Health, and Future Needed Research. *Appl Psychol Health Well-Being.* 1 de julio de 2017;9(2):133-67.
16. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case.* 2011
17. Report WH. *World Happiness Report 2018.* World Happiness Report. 2018
18. Report WH. *World Happiness Report 2017.* World Happiness Report. 2017
19. Van Hemert DA, Van De Vijver FJ, Poortinga YH. The Beck Depression Inventory as a measure of subjective well-being: A cross-national study. *J Happiness Stud.* 2002;3(3):257-286.
20. Departamento de Salud Pública E de MPUC de C, Ministerio de Salud de Chile S de SaP. *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible en Chile.* 2008.
21. Vicente P B, Rioseco S P, Saldivia B S, Kohn R, Torres P S. Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Rev Médica Chile.* mayo de 2002;130(5):527-36.
22. Departamento de Estudios y Desarrollo, Poblete R. *Análisis de Licencias Médicas y Gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral en el Sistema Isapres Año 2012.* Super Intendencia de Salud. 2013

23. Fondo Nacional de Salud, Superintendencia de Salud, Superintendencia de Seguridad Social. Estadísticas de licencias médicas y subsidio por incapacidad laboral 2015. 2016
24. OECD. Health at a Glance 2017. OECD Publishing; 2017. (Health at a Glance).
25. OECD. CO4.4: Teenage suicides (15-19 years old). 2017
26. Vicente B, Saldivia S, de la Barra F, Melipillán R, Valdivia M, Kohn R. Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Rev Médica Chile*. abril de 2012;140(4):447-57.
27. Bass del Campo C. Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary? *Medwave*. 1 de diciembre de 2012;12(11):e5571-e5571.
28. Becerril-Montekio V, Reyes J de D, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Pública México*. 2011;53:s132-42.
29. Reporte Comunal: La Reina, Región Metropolitana. La Reina: Ministerio de Desarrollo Social; 2014 feb [citado 19 de agosto de 2018]. (Ministerio de Desarrollo Social, Observatorio Social. Serie de Informes Comunales). Report No.: 1.
30. Manfreda KL, Berzelak J, Vehovar V, Bosnjak M, Haas I. Web Surveys versus other Survey Modes: A Meta-Analysis Comparing Response Rates. *Int J Mark Res*. enero de 2008;50(1):79-104.
31. Yik M, Russell JA, Steiger JH. A 12-point circumplex structure of core affect. *Emotion*. 2011;11(4):705-31.
32. Madrid HP, Patterson MG. Measuring Affect at Work Based on the Valence and Arousal Circumplex Model. *Span J Psychol*. 2014
33. Moyano-Díaz E. Construyendo el concepto de felicidad para adultos desde la fenomenografía. *Univers Talca*. 2016;31(2):141-156.
34. Diener E, Oishi S, Tay L. *Handbook of Well-Being*. 2018.
35. McHugh ML. The Chi-square test of independence. *Biochem Medica*. 15 de junio de 2013;23(2):143-9.
36. Hart A. Mann-Whitney test is not just a test of medians: differences in spread can be important. *BMJ*. 18 de agosto de 2001;323(7309):391-3.
37. Fritz C, E Morris P, J Richler J. Effect Size Estimates: Current Use, Calculations, and Interpretation. *J Exp Psychol Gen*. 8 de agosto de 2011;141:2-18.
38. Proctor EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci*. 1 de diciembre de 2013;8(1):139.
39. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci*. 12 de febrero de 2015;10(1):21.
40. Atanes ACM, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marin J, Barros VV, Ronzani TM, et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlational study in primary care health professionals. *BMC Complement Altern Med*. Diciembre de 2015.