

**Riesgos psicosociales y salud mental  
de trabajadores y trabajadoras del sector salud en Chile**

**Ximena Díaz y Amalia Mauro**  
**Centro de Estudios de la Mujer**

**Publicado en: Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud. Ansoleaga Moreno Elisa, Artaza Barrios Osvaldo y Suárez Jiménez Julio, editores. Publicado por Organización Panamericana de la Salud, Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales y Sociedad chilena de administradores en atención médica y hospitalaria. Santiago, Chile 2012.**

**Abstract**

Estudio del subgrupo trabajadoras de la salud de la Encuesta Araucaria 2011, constituido por tres categorías de ocupación: mujeres profesionales, técnicas y auxiliares de salud (98 casos). Para evaluar exposición a riesgos psicosociales en la encuesta se aplicó escalas para medir demandas psicológicas, control en el trabajo, soporte social, esfuerzo/recompensa, justicia organizacional e interferencia trabajo/familia en ambas direcciones; variables de condiciones de empleo, condiciones de trabajo y socio-demográficos. Resultados: en profesionales de la salud se da una menor exposición a riesgos psicosociales; reportan “alta demanda” pero al mismo tiempo “alto control” y “alto soporte social”. En auxiliares se informa de un mayor riesgo, bajo control y baja demanda; sin embargo, este grupo reporta “alto soporte” que puede morigerar efectos adversos. En las técnicas, la mitad de la muestra trabaja en condiciones de riesgo psicosocial, tienen menos control que las profesionales frente a igual nivel de demanda. Y reportan menos soporte social que profesionales y auxiliares. Ocho de cada 10 auxiliares y 7 de cada diez técnicas reportan distrés moderado o elevado, versus 5 de cada 10 profesionales. Las tres categorías ocupacionales experimentan altos niveles de exigencias emocionales en el trabajo siendo el grupo de las auxiliares el más expuesto. Una alta proporción de la muestra presenta una carga global de trabajo que sobrepasa 60 horas semanales.

**Palabras claves:** riesgos psicosociales; salud mental; trabajadoras sector salud; género; métodos cuantitativos; testimonios; modelos demanda/control; esfuerzo/recompensa.

## **I. Introducción. La salud mental de los/as trabajadores/as: un problema que crece en Chile y el mundo**

Los problemas de salud mental representan una de las principales causas de enfermedad en la población adulta en el mundo. Se ubican entre la primera o segunda causa de ausentismo por enfermedades de larga duración, sobrepasados solamente por los desórdenes músculo esqueléticos, constituyendo uno de los principales desafíos que plantea la salud de la población en edad de trabajar (1). Son numerosos los estudios a nivel mundial que avalan la afirmación anterior.

En Chile, los problemas de salud mental también comienzan a preocupar. La información sobre licencias médicas por patologías psiquiátricas indica que éstas vienen aumentando año a año. Desde el 2008 “los trastornos emocionales y del comportamiento” se sitúan en el primer lugar como causa de licencia médica curativa, representando en el 2010 el 14% de todas las licencias solicitadas en el sistema Fonasa (2). Otras encuestas nacionales confirman la alta prevalencia de diversas sintomatologías asociadas a problemas de salud mental de la población adulta y trabajadora chilena (3, 4, 5, 6)

Parte importante de los problemas de salud mental de la población trabajadora se relacionan estrechamente con un creciente tipo de riesgos denominados riesgos psicosociales laborales asociados a cambios en el mundo del trabajo. Estos riesgos dicen relación con nuevas formas de organización de la producción y de las relaciones laborales, con la revolución informática y la introducción masiva de nuevas tecnologías, que se han traducido en diversas formas de intensificación del trabajo –excesiva demanda física y mental-, en extensión de los campos de trabajo o polivalencia, en el debilitamiento de los colectivos laborales, y en la erosión de las fronteras entre trabajo y vida privada. Estas nuevas formas de organizar el trabajo demandan y tensionan al trabajador emocional y cognitivamente, lo que se traduce en un aumento de la carga psíquica y mental en el trabajo (7, 8).

Si bien se puede sostener que estos riesgos son transversales a diversos sectores económicos y se han constatado en organizaciones públicas y privadas, se han identificado ocupaciones

particularmente riesgosas producto de su naturaleza y de las condiciones en que se realiza el trabajo. Entre estas se encuentran aquellas cuyo trabajo se relaciona con el trato directo con público, como operadores/as telefónicos/as, docentes y personal de salud, en las cuales es mayoritaria la fuerza de trabajo femenina.

## II. Dos Modelos teóricos para el estudio de los riesgos psicosociales en el trabajo

Aún cuando no hay consenso entre los investigadores respecto a la forma de definir y medir el entorno psicosocial del trabajo, se han aplicado internacionalmente dos modelos para el estudio de riesgos psicosociales que han producido sólida evidencia acerca de las asociaciones entre factores psicosociales del trabajo y el desarrollo de trastornos mentales. Estos son el modelo demandas-control de Karasek (9) y el modelo de desbalance esfuerzo-recompensas de Siegrist (10) que aporta información sobre las características individuales del trabajador y el grado de recompensa obtenido por el esfuerzo.

El modelo Karasek se centra en la evaluación de las características específicas del puesto de trabajo y el grado de control sobre las tareas incluyendo las dimensiones o variables demanda psicológica y latitud decisional, al que luego Theorell (11) adicionó la variable apoyo social.

La dimensión “demanda psicológica” alude a un conjunto de exigencias cuantitativas, cognitivas y psíquicas relacionadas con la cantidad y/o volumen de trabajo, la complejidad de las tareas, las imposiciones de tiempo, nivel de atención e interrupciones imprevistas, entre otras.

La dimensión “latitud decisional” se entiende como la aptitud del trabajador para controlar sus actividades y utilizar sus capacidades, no para controlar a otras personas. Tiene dos componentes: a) la *autoridad sobre las tareas* —posibilidad que tiene la persona de influir en las decisiones relacionadas con su trabajo y controlar sus propias actividades, definida también como autonomía y b) la *discrecionalidad de las capacidades* que hace referencia al grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades: aprendizaje, creatividad y trabajo variado.

Este modelo trabaja con dos hipótesis centrales.

La primera hipótesis relativa a la tensión en el trabajo señala que las reacciones de tensión psicológica más negativas (fatiga, ansiedad, depresión y enfermedad física) se producen cuando las exigencias psicológicas del puesto de trabajo son grandes y en cambio es escasa la latitud de toma de decisiones del trabajador. No es sólo la libertad de acción respecto de la manera de realizar la tarea formal lo que libera la tensión, sino que puede ser también la libertad para participar en “rituales” informales como pausa para el café, para fumar, o para participar en otras actividades sociales que actúan como mecanismos complementarios de “liberación de la tensión” durante la jornada de trabajo. Se contraponen a la concepción de otros autores tayloristas, para quienes estas actividades se han de eliminar porque constituyen “movimientos despilfarrados” y “fingimientos” (9).

La segunda hipótesis se refiere al aprendizaje activo, sostiene que cuando el control sobre el trabajo es elevado y también son elevadas las demandas psicológicas, pero no excesivas, los efectos que se predicen sobre el comportamiento son de aprendizaje y crecimiento. Este tipo de trabajo se califica de activo. Se predice solo una tensión psicológica media (9).

La dimensión “soporte social” se refiere a las interacciones sociales disponibles en el trabajo tanto por parte de los colegas como de los supervisores. Alude por lo tanto a dos dimensiones. Al « apoyo de los compañeros » entendido como el grado de integración social, emocional e instrumental, disponibilidad a colaborar, al trabajo en equipo, apoyo en realización de tareas, y lazos de asociatividad, entre sus rasgos más importantes, y al “apoyo de los superiores” que implica estar disponible para resolver problemas, para dar consejos, confianza y crédito a los empleados/as, para formar equipos, y mantener una comunicación fluida con el personal con quien trabaja. El apoyo social es considerado una dimensión importante en la modelación de la respuesta al estrés en el trabajo y un modificador del impacto de las demandas psicológicas dentro y fuera del trabajo. Es uno de los factores más determinantes del equilibrio emocional. Por el contrario, una de las condiciones del trabajo más estresante y menos saludable es un ambiente social pobre.

La hipótesis de apoyo social plantea que los puestos de trabajo con grandes exigencias y escaso control —y también un escaso apoyo social en el trabajo (“isostrain” alto) son los que mayor

riesgo de enfermedad presentan. El hecho de que el apoyo social “amortigüe” la tensión psicológica puede depender del grado de integración social y emocional y de la confianza entre los compañeros de trabajo, supervisores, etc. (9).

El modelo de Siegrist, por su parte combina información sobre demandas (esfuerzos) y las recompensas en el trabajo (componente extrínseco), que entran en juego con una tercera variable el sobrecompromiso (componente intrínseco) que alude a un patrón motivacional personal de excesivo compromiso o implicancia en el trabajo y alta necesidad de aprobación. Hace referencia a la incapacidad para «desconectarse» de las obligaciones del trabajo.(10). El modelo trabaja con la hipótesis que lo que puede enfermar a las personas en el trabajo es el desequilibrio entre esfuerzo invertido y recompensas recibidas. El desequilibrio provoca emociones negativas en las personas expuestas, incrementando en el largo plazo la susceptibilidad a las enfermedades. Si es prolongado en el tiempo producirá distrés (8) el que ha sido ampliamente reconocido como precursor central de patología física y mental. El sobrecompromiso se asocia a un mayor riesgo de tensión derivado del intercambio asimétrico entre esfuerzo y recompensas.

Hasta aquí el análisis de las relaciones entre trabajo y salud mental se ha limitado exclusivamente al ámbito de las condiciones en que se realiza el trabajo productivo remunerado. Fuera de toda consideración ha quedado la tan sustantiva parte del trabajo destinado a la reproducción y realizado fundamentalmente por mujeres, así como las interacciones entre trabajo productivo y trabajo reproductivo (doméstico y de cuidado no remunerado) y sus consecuencias en términos de desgaste y salud. Esta limitación es la gran debilidad de los modelos teóricos desarrollados en este campo. A pesar de cambios culturales significativos habidos en los últimos tiempos, y de una creciente integración de las mujeres al mercado de trabajo, ellas continúan siendo las depositarias de las responsabilidades relativas al trabajo doméstico y de cuidado de los miembros de la familia.

Una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud sobre uso de tiempo en el Gran Santiago, informa que las mujeres que trabajan remuneradamente destinan en promedio 7,5 horas diarias a este trabajo y 2,9 horas más al trabajo doméstico no remunerado. Por el contrario los hombres le destinan menos de una hora diaria al trabajo no remunerado y 8 al

trabajo remunerado. Cuando en el hogar hay niños, el número de horas de trabajo doméstico aumenta. (12).

La centralidad que se le comienza a reconocer a este problema ha llevado a incluir en los estudios de salud dimensiones que permitan medir la doble carga de trabajo y los conflictos asociados al desempeño de roles contrapuestos en la salud de las trabajadoras así como las desigualdades de género en este campo.

### **III. El estudio: objetivos y método**

En el marco de estos antecedentes, el año 2007, el Centro de Estudios de la Mujer y la Facultad de Derecho de la Universidad de Ottawa iniciaron un programa de trabajo, en el que uno de sus propósitos centrales fue realizar un estudio para identificar riesgos psicosociales en el trabajo y sus efectos en la salud mental de trabajadores/as asalariados/as, particularmente a la luz de las nuevas formas de organización del trabajo y de las desigualdades de género tanto en el trabajo productivo como reproductivo.

Este estudio se realizó en dos etapas. Una primera etapa cualitativa en base a observaciones de lugares de trabajo, entrevistas en profundidad a trabajadores y trabajadoras de distintos sectores y ocupaciones, y a discusiones de grupos homogéneos. Una segunda etapa en la que se aplicó una encuesta a una muestra con representación nacional, de 3010 trabajadores y trabajadoras asalariadas, de 20 a 65 años, residentes en las 15 regiones del país, ocupados en distintas ramas de actividad económica y distintas ocupaciones.

En ambas etapas se incluyeron trabajadores/as de la salud. En la fase cualitativa se realizaron tres grupos de discusión con personal de salud, uno con profesionales de la salud no médicos y otros dos con trabajadores/as no profesionales de la salud. Se realizaron además tres entrevistas en profundidad a tres mujeres, dos profesionales y una trabajadora técnica en enfermería. La muestra de la Encuesta incluyó aleatoriamente a 117 trabajadores/as de la salud.

#### **IV. Instrumentos y variables**

Para medir riesgos psicosociales, en la Encuesta se utilizaron dos Modelos: el modelo demanda/control/soporte social de Karasek y Theorell (11), y el modelo de balance esfuerzo/recompensa (ERI) de Siegrist (10).

El modelo demanda/control/soporte social posee 18 ítems, 5 ítems miden demanda; 5 miden control, 8 ítems miden soporte social.

El modelo balance esfuerzo/recompensa (ERI) posee 16 ítems, 3 miden esfuerzos percibidos; 7 miden recompensas, y 6 miden sobrecompromiso en el trabajo.

Se aplicó además la subdimensión de exigencias emocionales del Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo ISTAS 21 adaptado por la SUSESO en Chile. La subdimensión comprende 4 ítems (13).

Se incluyeron además preguntas destinadas a medir acoso psicológico, acoso sexual y violencia física y verbal en el trabajo.

Para medir carga de trabajo doméstico se incluyeron preguntas sobre tiempo destinado al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, disponibilidad de ayuda para realizarlo, presencia de hijos menores y de personas dependientes en el hogar, entre otras. Para evaluar interferencia trabajo-familia-trabajo se incluyó un set de 12 preguntas, 6 para evaluar interferencia trabajo-familia y 6 para evaluar interferencia familia-trabajo.

La variable relativa a salud mental fue medida a través de las Escalas para depresión y ansiedad del SCL 90 (13 ítems para depresión y 10 ítems para ansiedad) adaptada en Chile por René Gempp (14) y la escala K6 de distrés de Kessler (15).

La sintomatología depresiva se midió mediante el DMS-IV (16) índice compuesto de dos síntomas claves de la depresión: a) sentimiento de tristeza y b) pérdida de interés por la mayoría de las actividades habituales. Este se calculó a través de las respuestas otorgadas a dos preguntas referidas a la presencia de esos síntomas por un período de dos semanas consecutivas o más en los últimos 12 meses.

Finalmente el uso de psicotrópicos se midió a través de una pregunta referida al consumo habitual o regular – todos los días o varias veces por semana – durante los últimos doce meses de medicamentos para reducir la ansiedad, levantar el ánimo o ayudar a dormir.

Se consideraron variables sociodemográficas como sexo, edad, número y edad de los hijos, situación de pareja y situación del hogar, y variables relativas a condiciones de trabajo y calidad del empleo.

## **V. Resultados.**

La Encuesta fue aplicada en el año 2011 por lo que el análisis de la información es un proceso aún en curso. De aquí que este documento se base en resultados preliminares relativos a riesgos psicosociales y salud mental del grupo de trabajadores/as de la salud que aleatoriamente conformaron la muestra total (117 casos). Este grupo está constituido por profesionales, técnicos o auxiliares y asistentes en salud que trabajan –de una u otra forma- en atención en salud. No incluye personal administrativo ni de servicios, como secretarias, contadores, personal de limpieza, guardianes, etc. Debido al escaso número de hombres que conformó este grupo, los resultados que expondremos se refieren exclusivamente al subgrupo de mujeres (98 casos).

### **1. Perfil sociodemográfico y ocupacional de las trabajadoras de la salud**

#### ***Perfil sociodemográfico***

La mayoría de los/as trabajadores/as que conforman la muestra son mujeres (84%), expresando la tendencia nacional e internacional de ser un sector de actividad económica claramente feminizado. Un tercio de ellas tiene 50 o más años de edad y el resto se distribuye homogéneamente entre los 20 y 49 años. El 39% son profesionales, y el 61% restante se distribuye en porcentajes similares en cargos técnicos y auxiliares; el 47% tiene estudios técnicos y 36% estudios universitarios. Casi la mitad de las trabajadoras de la salud de la muestra pertenece a los grupos socioeconómicos de menores ingresos (C3 y D-E) y del 52% restante solo el 16% se sitúa en los grupos de mayores ingresos (ABC1). Un 40% declara vivir sin pareja y casi la cuarta parte de ellas señala que la situación económica de su hogar es mala o regular, porque sus ingresos no les alcanzan para vivir, o bien, lo logran con mucha dificultad. Más de 60



% de ellas realiza su trabajo principal en el sector público y un porcentaje importante (17%) desempeña otro trabajo además del empleo principal.

Las desigualdades de género entre los/as trabajadores/as de la salud reflejan las desigualdades de género en el mercado de trabajo: los hombres que conforman la muestra son mayoritariamente profesionales y tienen estudios universitarios completos y de post título (69%), muy pocos (5%) señalan que la situación económica de su hogar es mala o regular. Trabajan mayoritariamente en el sector privado.

### ***Perfil ocupacional***

Se trata de un grupo de trabajadoras con empleos protegidos. El 89% tiene contrato escrito, 83% tiene contrato de duración indefinida, el 17% de ellas tienen contrato a plazo fijo o por faena, no obstante sobre el 90% declara que su trabajo es “permanente” y prácticamente todas señalan tener sus cotizaciones de salud y seguridad social al día. Solo un 6% reportó haber estado desempleada alguna vez en los últimos doce meses anteriores a la encuesta. Sus jornadas semanales son más extensas que las de otros grupos de trabajadores/as encuestados en este estudio. El 47% de ellas dice trabajar en jornadas semanales de más de 45 horas y el 33% trabaja en turnos rotativos día-noche.

En términos de género, se advierte que las mujeres trabajan en jornadas más extensas y reciben salarios inferiores que los hombres. Respecto a la extensión de las jornadas encontramos que un 15% más de mujeres que varones trabajan en jornadas de más de 45 horas semanales. Esto podría explicarse por el hecho que este subgrupo de mujeres trabaja mayoritariamente en ocupaciones técnicas y paramédicas (auxiliares) que se caracterizan por tener jornadas más extensas de trabajo que las de los profesionales, categoría que concentra mayoritariamente a los hombres del sector de la salud. En efecto solo un 32% del grupo de profesionales labora en jornadas de más de 45 horas, versus el 49% del personal técnico y el 59% de auxiliares.

Respecto a los salarios, se advierte que los hombres se concentran en ingresos superiores a 1 millón de pesos (47,4% de ellos versus un 13,3 % de las mujeres). Las mujeres, por el contrario, lo hacen en intervalos de ingresos de entre 350 mil pesos y 1 millón de pesos (51%) y en el tramo inferior -250 mil pesos o menos- en el que se ubica casi un 20% de las mujeres y ningún hombre.

## 2. Exposición a riesgos psicosociales en el trabajo de la salud.

### 2.1. Modelo Karasek. Percepción de demandas/control y soporte social en trabajadoras de la salud (9)

Al examinar los resultados de las escalas del Modelo, el subgrupo de trabajadoras de la salud parecen estar menos expuestas a riesgos psicosociales en el trabajo que el conjunto de mujeres, de una variedad de ocupaciones, que integraron la muestra total del estudio. Proporciones similares reportan alta demanda, pero más trabajadoras de la salud reportan alta latitud decisional (control), y mayor soporte social (Tabla 1). Como consecuencia, la prevalencia de “tensión síquica” (relación entre demanda/control) e “isostrain” (relación entre demanda/control/apoyo social) en este subgrupo de trabajadoras es menor.

**Tabla 1. Escalas Karasek. Trabajadoras de la salud y total de mujeres de la muestra que reportan bajo control en el trabajo, alta demanda, bajo soporte social, tensión síquica e isostrain, por sexo, en %**

<b>Trabajadores/as que reportan en el trabajo:</b>	<b>Trabajadoras de la salud N= 98</b>	<b>Total mujeres de la muestra N= 1486</b>
Bajo control	47,1	58,7
Alta demanda	45,7	44,9
Bajo Soporte social	30,8	41,3
Tensión psíquica	17,4	23,5
Isostrain	9,8	13,8

Fuente: Encuesta Proyecto Araucaria. CEM-U. Ottawa, 2011

En el estudio cualitativo previo a la Encuesta Araucaria, se recogieron testimonios valiosos que ilustran en parte las cifras anteriores. En relación a las demandas en el trabajo, los relatos de las

trabajadoras no profesionales de la salud, tanto del sector público como privado, señalan que deben realizar una gran variedad de tareas a un ritmo muy acelerado por las presiones de los clientes y por las exigencias de rendimiento de los establecimientos de salud. Son tareas de mucha complejidad o que revisten riesgos para los pacientes, y para las cuales a menudo no disponen de recursos humanos, materiales ni formativos para enfrentarlas. La presión por el rendimiento las afecta porque no pueden destinar el tiempo necesario para hacer adecuadamente su trabajo, sienten que dan una mala atención, aspecto de suma importancia para ellas.

*“la atención que dimos en la última hora [de hoy] no fue la mejor, y eso a mí en el fondo me afecta, porque yo estoy acostumbrada a atender a los pacientes con tiempo. Yo creo que lo que más me afecta en el trabajo es eso: de no poder dar el tiempo que uno quiere, que uno quisiera.(Participante de taller)*

Señalan como carga adicional de trabajo la ambigüedad en la definición de roles que se expresa en que deben asumir responsabilidades que corresponden a estamentos superiores y para las cuales ellas no tienen los conocimientos adecuados.

*“Hay un ahorro de personal brutal, en todas las especialidades y las trabajadoras de menor calificación deben asumir tareas que realizaba el personal de nivel jerárquico superior”* señala una entrevistada.  
*“Somos la parte de abajo del engranaje”* (trabajadora no profesional de la salud)

Esta percepción de sobrecarga de trabajo va acompañada de la percepción de un margen importante de latitud decisional puesto que la realización y coordinación de múltiples tareas asociadas a su rol implican el despliegue de habilidades, iniciativas, creatividad, reacciones rápidas y trabajo en equipo. En la discusión de grupo se describieron con satisfacción situaciones como estas:

*“Fue un período de crecimiento personal, de desarrollo profesional y yo creo que también de innovación, porque era como ir en una búsqueda, para nosotros era: estamos haciéndolo mejor, estamos perfeccionando lo que estamos haciendo...”*(trabajadora no profesional de la salud)

Los márgenes de autonomía permiten también organizar con libertad el trabajo de los equipos: definir sus planes de trabajo, definir metas anuales y necesidades específicas de cada año, el número de horas para destinar a distintas actividades de equipo, por ejemplo: cuánto destinar a trabajo comunitario, a atención clínica, a discusión y resolución de problemas.

*“... si bien la pega de salud mental era demandante, igual la regulábamos nosotros, él (el director) no estaba tan encima, pendiente”* (Profesional de la salud)

La comparación de estos resultados con los obtenidos por la Encuesta Eqcotesst que se aplicó en Québec, Canadá, entre los años 2007 al 2009 (17), revela que en Chile las trabajadoras de la salud están más expuestas a riesgos psicosociales que las trabajadoras del sector de la salud en Québec con excepción de la dimensión soporte social. Las trabajadoras chilenas reportan demandas elevadas en mayor proporción que aquellas, menor latitud decisional pero mayor soporte social en las tres categorías ocupacionales consideradas aquí. Debido a la percepción de débil soporte social reportada por las trabajadoras de la salud en Québec, la prevalencia de isostrain entre ellas más alta<sup>1</sup>.

Testimonios expresados en el estudio cualitativo previo respecto a soporte social dan cuenta de la importancia que las trabajadoras asignan a las relaciones entre compañeros y compañeras como forma de amortiguar las tensiones cotidianas y resguardar el derecho al descanso.

---

<sup>1</sup> Es necesario aclarar que los resultados citados aquí referidos a trabajadoras de la salud en Québec, incluyen en este grupo todas los grupos ocupacionales: personal en atención directa en salud, y administrativo y de servicios.

*“Si la mitad del turno entra en colación, se toma rápidamente su colación y descansa, descolgándose absolutamente de lo que está afuera, las que están afuera asumen todo lo que venga” (Trabajadora no profesional de la salud)*

*“Lo que tú dices, el grupo humano es fundamental. Estuve en un grupo humano que era como destruirse unas a otras, una escuchaba y veía unos dardazos que ni siquiera te afectaban porque uno pensaba cómo hay seres que se dediquen a destruirse a si mismo, no tiene sentido. En el lugar donde estoy ahora la gente es de una calidad excelente, es un buen grupo humano, tendrá sus pifias como todos pero son personas muy cálidas y eso hace que todo fluya, la verdad es que hace todo mucho más agradable, entonces el grupo humano positivo genera un ambiente positivo y hace que tú lo pases bien en tu trabajo”.(Profesional de la salud)*

Si bien en este documento no se incluyó información relativa a los hombres que formaron parte del subgrupo de trabajadores de la salud debido a su escaso número, resulta interesante destacar que las mujeres aparecen más expuestas que ellos al conjunto de presiones organizacionales que fueron medidas, con excepción de la dimensión soporte social respecto a la cual un número proporcionalmente mayor de hombres reportó un débil soporte social en el trabajo.

Al analizar estos indicadores por ocupaciones de las trabajadoras, se advierten diferencias entre categorías profesionales.

La situación menos expuesta a riesgos psicosociales corresponde a las profesionales. Proporciones muy altas de este grupo de ocupación reporta alta demanda (54%) pero al mismo tiempo alto control (69%) y alto soporte social (82%). El alto control percibido se refiere tanto a su dimensión de aprendizaje, como a la libertad para decidir como hacer el trabajo. Corresponde al tipo de trabajo que en el Modelo de Karasek se define como “activo” y se predice tensión síquica media o baja. Asimismo se predice un bajo nivel de isostrain por el alto soporte social percibido.

Las auxiliares representan el grupo de mayor riesgo: una proporción alta reporta bajo control (63%) y baja demanda (70%). El Modelo predice que las situaciones de escasa exigencia y escaso control provocan un entorno de trabajo muy poco “motivador” que conduce a un “aprendizaje negativo” o a una pérdida gradual de capacidades adquiridas con anterioridad (9). Efectivamente, en este grupo, el bajo control hace referencia fundamentalmente a la dimensión de aprendizaje, específicamente a la relativa a la monotonía en el trabajo (tener que hacer siempre lo mismo). No obstante, el alto soporte social reportado por la gran mayoría de las auxiliares (78%), particularmente de compañeros/as de trabajo, debería morigerar los efectos adversos de la situación anterior.

Una parte del grupo de técnicas (aproximadamente un 50%) expresa la situación descrita en la primera hipótesis en que se basa el Modelo de Karasek y en consecuencia es un grupo que trabaja en condiciones de riesgo psicosocial. Tienen menos control que las profesionales (46% reporta baja latitud decisional) frente a igual nivel de demanda (52% reporta alta demanda) y a la vez una proporción mayor que la de profesionales y auxiliares reporta menor soporte social (34%). Se predice alta tensión síquica e isostrain para una parte importante de este grupo de trabajadoras.

## ***2. 2. Desgaste emocional***

Un factor de riesgo psicosocial muy importante, pero que no está incluido en los Modelos anteriores, hace referencia al desgaste emocional que implica trabajar en ciertos puestos en los que se está en permanente contacto con pacientes, clientes, alumnos, etc. Para medir esta dimensión se aplicaron las preguntas incluidas en las subdimensiones “Exigencias psicológicas emocionales” y “Exigencias Psicológicas de esconder emociones” del cuestionario ISTAS validado en Chile (13). Numerosos estudios han documentado una particularmente alta exposición a exigencias emocionales de los trabajadores/as del sector de la salud, como otros en atención directa a personas. Efectivamente, los resultados de este estudio muestran que el subgrupo de trabajadoras de la salud está más expuesto a niveles altos de exigencias emocionales que el total de mujeres encuestadas (48% y 36% respectivamente).

Como se puede observar en la Tabla 2 las trabajadoras de las tres categorías ocupacionales consideradas experimentan altos niveles de exigencias emocionales en el trabajo, siendo el grupo de auxiliares el más expuesto.

**Tabla 2. Trabajadoras de la salud según escala de exigencias emocionales. En %.**

Categorías profesionales	Nivel de exigencias emocionales		
	Bajo	Medio	Alto
Profesionales	12,2	39%	48,8%
Técnicas	20,9	23,3	55,8
Auxiliares y asistentes	9,1	36,4	54,5

Fuente: Encuesta Proyecto Araucaria. CEM-U. Ottawa, 2011

Estas exigencias dicen relación fundamentalmente con tres situaciones provocadas por el ejercicio del trabajo: porque “hay momentos y/o situaciones que producen desgaste emocional” (41% siempre y muchas veces), porque el “trabajo me produce desgaste emocional” (42% siempre y muchas veces); o porque “tengo que guardar mis emociones” (37% siempre y muchas veces). Además, la encuesta permitió constatar que un 43% de este subgrupo de trabajadoras reportó que “vive situaciones de tensión con el público” muchas veces o siempre, proporciones mucho más altas que las que se observaron en mujeres de otros sectores de la economía.

En el estudio cualitativo previo, testimonios de trabajadoras ilustraron esta situación de la siguiente manera:

*(...) a mi me toca ver a la enfermera muy de cerca y he visto una rotación de 7 enfermeras en estos 7 años, porque tienen que asumir la responsabilidad de todo, y la carga y la presión tanto de la jefatura como de los mismos clientes que en este caso son los familiares que llegan con toda su carga emocional contra la responsable número uno que es la enfermera, que la persiguen y que le gritan y la enfermera tiene que soportar esto (...)*” (Profesional de la salud).

### 2.3. Modelo ERI de Siegrist (10)

Casi un tercio de las trabajadoras de la Salud reportan altos esfuerzos en el trabajo (31%) mientras que el 33,8 % señala recibir escasas recompensas (componente extrínscico).

Al relacionar esfuerzos realizados con recompensas recibidas en el trabajo, se constata que un 43% de las trabajadoras de la salud perciben desequilibrio entre ambas dimensiones del trabajo.

Al analizar por separado los ítems relativos a esfuerzos demandados y recompensas recibidas, ellas señalan que “deben trabajar muy apuradas debido a la cantidad de tareas que tienen” y que “cada vez tienen más trabajo que cumplir”.

El mayor desequilibrio entre esfuerzos y recompensas lo experimentan las trabajadoras auxiliares o asistentes de salud, reportado por un 54,5% de ellas. Las profesionales y el personal técnico son quienes reportan en menor medida un desequilibrio entre ambas dimensiones (43% y 38% respectivamente).

En los grupos de discusión y entrevistas realizadas con trabajadoras de la salud se reveló el predominio de sentimientos de injusticia y de déficit de retribuciones en relación a los esfuerzos que realizan en sus lugares de trabajo: señalan bajas remuneraciones, malas condiciones materiales de trabajo, inestabilidad laboral y falta de reconocimientos verbales o informales.

*Yo siempre he soñado con un trato justo, y un trato justo significa un buen lugar de vestuario, un buen lugar de descanso, buena alimentación, es lo mejor, y esto yo creo que es competencia de aquí, porque yo no le pido a la directora del hospital que me suban la remuneración porque eso es de carácter nacional y eso lo tenemos todos clarito, todo el mundo lo tiene clarito, y le pido a mi directora que se preocupe donde yo me visto, por lo menos que sea un lugar pintado, un lugar ----- donde yo no pase frío. Solamente que me respeten mi dignidad porque el otro día me sentí tan tan atropellada cuando me robaron mi cartera, y nadie hizo nada, yo me agarré con el subdirector administrativo y por mail, y nadie me ampara, nadie me protege, aquí puede llegar un gallo y se puede enojar y me puede*



*apuñalear y ustedes se van a cruzar de brazos, en el lugar donde trabajo todos los días, eso es pisotear, ese tipo me desnudó, me violó, sabe toda mi privacidad, sabe hasta cuánto gano, mi colilla de sueldo, mi vida entera estaba en esa cartera, y ustedes me contestan que van a contratar una empresa particular. La actitud del subdirector, yo se las he retratado a las chiquillas, estaba sentado así .... le faltaban los puros laureles para parecer senador romano (Trabajadora no profesional de la salud)*

Por otra parte, el personal no profesional de salud reconoce además, en su labor, un fuerte compromiso emocional con sus pacientes y con sus trabajos, que no es retribuido ni en salarios ni mediante ninguna otra forma de reconocimiento; expresan sentimientos de injusticia, de mucho esfuerzo y escaso reconocimiento.

No obstante la percepción de un creciente ritmo de trabajo y de un desequilibrio entre esfuerzos y recompensas, una gran proporción (49%) de las trabajadoras de la salud señalan estar altamente sobre implicadas con su trabajo lo cual se explica en gran parte por su compromiso emocional con la labor que desarrollan (componente intrínseco)

En el estudio cualitativo una profesional de la salud, no médica señaló que:

*“(...) A mi no es que no me afecte sino que me encanta involucrarme a concho con los pacientes, y una de mis pegas es a domicilio, con pacientes terminales con cuidados paliativos y geriátricos, yo encuentro que no vale la pena trabajar en eso si uno no se mete de cabeza en las vidas de esas personas, (...) lo único que te salva es la vocación, por eso lo estoy haciendo... Cuando trabajé en otro lugar, las cosas rápido, te deja una sensación de vacío súper fuerte, como que lo más gratificante de esta opción de enfermera es poder involucrarme en el trabajo, con*

*las personas”.*

En la encuesta, la alta implicancia con su trabajo se expresa en que “no puede olvidarse del trabajo e incluso por la noche está pensando en él”, “muchos días despierta con problemas del trabajo en la cabeza” y en que “cuando aplaza algo que necesariamente tenía que hacer en el día, no puede dormir por la noche”.

Como señalamos anteriormente la hipótesis de este modelo es que lo que puede enfermar a las personas en el trabajo es el desequilibrio entre esfuerzo invertido y recompensas recibidas. Este provoca emociones negativas que incrementan en el largo plazo la susceptibilidad a las enfermedades. Si es prolongado en el tiempo producirá distrés.

### **3. Distrés, sintomatología depresiva, y consumo de psicotrópicos en las trabajadoras de la salud**

Numerosos estudios han mostrado la existencia de vínculos estrechos entre dimensiones de la organización del trabajo y diferentes problemas de salud mental, tales como la depresión, el distrés psicológico, el agotamiento profesional o el consumo de psicotrópicos (18, 19).

El **distrés psicológico** es una tensión emocional muy fuerte motivada por preocupaciones excesivas y se le considera un indicador precoz de amenaza a la salud mental. El instrumento utilizado en nuestra encuesta es el K6, elaborado por Kessler y sus colaboradores (15). Se trata de un índice que en razón de su brevedad, fiabilidad y validez, ha servido por muchos años a Statistique Canada y a otros países del mundo para realizar sus encuestas de salud nacionales. No es un instrumento que permita diagnosticar esas patologías sino que permite identificar, en una población, las personas que están en mayor riesgo de que su salud mental esté amenazada (17).

Las respuestas reportadas por las trabajadoras del Sector Salud muestran que solo un 31,4% de ellas no experimenta distrés, y que un 68,6% experimenta un distrés moderado o elevado. (Tabla 3)

**Tabla 3. Trabajadoras de la salud y total de mujeres de la muestra por grado de distrés. En %**

<b>Trabajadoras</b>	<b>Sin distrés</b>	<b>Distrés moderado o elevado</b>
<b>Trabajadoras de la salud. N= 98</b>	31,4	68,6
<b>Total mujeres de la muestra. N= 1486</b>	25,9	74,0

Fuente: Encuesta Proyecto Araucaria. 2011. CEM – U. de Ottawa

El análisis por ocupaciones muestra que el grado de distrés es más elevado entre auxiliares y técnicas que entre las profesionales. El 52,4% de las profesionales; 72,5% de las técnicas y 81,3% de auxiliares reportan distrés moderado o elevado.

Al comparar los valores de este subgrupo con los del total de mujeres de la muestra, llama la atención la menor prevalencia de distrés entre las trabajadoras de la salud. Esta diferencia podría explicarse por que la muestra incluye grupos de ocupaciones que según han documentado diversos estudios, tienen mayores niveles de distrés.

La Fundación Europea para el Mejoramiento de las Condiciones de Trabajo (20) ha reportado que entre los trabajadores que sufren distrés se encuentran en primer lugar los profesores de enseñanza primaria y secundaria (64%), le siguen los camioneros (50%), los trabajadores manuales (46%) y a continuación los médicos y enfermeras con un 44%, siendo uno de los factores más distresantes la ambigüedad de roles (21).

Como ya hemos mencionado el distrés ha sido ampliamente reconocido como precursor central de patología física y mental.

Respecto a sintomatología depresiva, un 21% las trabajadoras de la salud experimentan sintomatología moderada o severa según resultados obtenidos mediante el índice DMS-IV (16). Nuevamente el personal técnico y las auxiliares son quienes reportan en mayor proporción esta sintomatología (28,5% y 27,3% respectivamente) versus el 10% de las profesionales (Tabla 4).

**Tabla 4. Trabajadoras de la salud y total de mujeres de la muestra según síntomas depresivos. En %.**

<b>Trabajadoras</b>	<b>No tiene</b>	<b>moderada</b>	<b>Severa</b>	<b>Total</b>
<b>Trab. de la salud. N= 98</b>	77,5	8,5	12,7	100,0
<b>Total mujeres de la muestra. N= 1486</b>	73,4	11,1	15,1	100,0

Fuente: Encuesta Proyecto Araucaria. 2011. CEM – U. de Ottawa

El Informe de EQCOTESST (17), que aplicó el mismo índice, reporta que en Québec, en 2007-2009, 16% de las trabajadoras menciona síntomas depresivos, de las cuales, el 9,6% asocia esta sintomatología a su empleo principal, proporción que asciende a un 12% en el caso de las trabajadoras del sector de cuidados de salud y servicios sociales.

En Chile, un estudio sobre estrés ocupacional en personal de salud en el que se aplicaron otras escalas auto administradas para medir síntomas, señala que entre los síntomas informados por más de 25% de la muestra predominan los de ansiedad y depresivos (22).

Los efectos de las condiciones de trabajo fueron reiteradamente asociados a diversos problemas de salud mental por los/as trabajadoras que participaron en el estudio cualitativo realizado previamente a la aplicación de esta encuesta. Tanto en el sector público como en el privado, la intensidad, el acelerado ritmo de trabajo y la sobrecarga de trabajo aumentan por la acumulación de tareas derivadas de la disminución de personal y la asunción de las tareas del personal ausente –por salud, vacaciones- que no es reemplazado, como tampoco se cubren los puestos de trabajo vacantes, lo que aumenta la intensidad del trabajo de los/as que quedan.

*“Esas son situaciones que estresan y son vistas como injusticias”(…) “Al parecer uno lo asimila pero va minando, es paulatino y silencioso”.  
(Trabajadoras no profesionales de la salud)*

*“Lo que si provoca mucha depresión es un fenómeno que es importante, es la falta de reconocimiento, por ejemplo cuando hay los períodos calificadorios que son anuales, cuando los funcionarios se encuentran mal calificadas, típico que se producen desórdenes emocionales bien importantes, y la mayoría cae en depresión” (Trabajadora no profesional de la salud)*

Con respecto al **consumo habitual de psicotrópicos**, encontramos que un 18,3% de las trabajadoras del Sector Salud admite haber consumido de forma regular alguno de los medicamentos señalados en los últimos 12 meses anteriores a la aplicación de la encuesta (Tabla 5). El mayor consumo corresponde al personal técnico y auxiliares de la salud.

**Tabla 5. Trabajadoras de la salud y total de trabajadoras de la muestra según consumo de psicotrópicos. En %**

<b>Trabajadoras</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Total</b>
<b>Trab. de la salud N= 98</b>	18,3	81,7	100,0
<b>Total trabajadoras de la muestra N= 1486</b>	20,1	79,9	100,0

Fuente: Encuesta Proyecto Araucaria. 2011. CEM – U. de Ottawa

El estudio realizado en Québec que aplicó la encuesta EQCOTESST (17) reveló una proporción ligeramente menor de mujeres que declaran haber consumido psicotrópicos (14,3% de las mujeres) y un 15,5% en las trabajadoras del sector de la salud.

Aunque el análisis de riesgos psicosociales y salud mental se centró, en estas páginas, en las mujeres del subgrupo de trabajadores de la salud de la muestra, debido a la reducida presencia de

hombres en el mismo, vale la pena destacar que en ellos la prevalencia de distrés, sintomatología depresiva y consumo de psicofármacos es mucho menor que la reportada por las mujeres. En efecto, en relación a distrés, un 56% de los trabajadores de la salud de la muestra no experimentan síntomas de distrés versus un 31,4% de las mujeres; un 84% no manifiesta sintomatología depresiva versus un 77,5% de las mujeres; y solo un 4% informa consumir algún psicotrópico versus un 18,3% de las mujeres.

#### **4. Interferencia trabajo-familia**

En las últimas décadas se constata en Chile un ingreso creciente de las mujeres al mercado de trabajo. Este proceso se ha producido en un contexto de flexibilización productiva y laboral, y de una revolución informática y tecnológica que han dado lugar a nuevas formas de organización de la producción –externalizaciones, fragmentaciones de las empresas en unidades de diverso tamaño, etc- a formas muy atípicas de empleo, de sistemas de contratación y de uso del tiempo de trabajo, entre otros cambios. En particular, las modalidades emergentes de distribución y extensión del tiempo de trabajo invaden espacios destinados a satisfacer otros requerimientos necesarios para la reproducción social, entre ellos, el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado para el hogar y la familia, y el descanso. Se genera en la sociedad chilena actual una fuerte tensión derivada de los cambios en el empleo, del nuevo ordenamiento del tiempo de trabajo y de la integración más masiva y permanente de las mujeres a la vida pública y laboral. Pese a esto, persisten los mecanismos tradicionales de conciliación entre trabajo productivo y reproductivo que se sustentan en la idea de una mujer en el hogar a cargo del trabajo doméstico y del cuidado familiar, y de un hombre proveedor, exponiendo a las las trabajadoras a una carga mayor de trabajo, a mayor desgaste y a probables mayores riesgos para su salud (23).

La tensión se acentúa con la presencia en el hogar de menores, especialmente menores de 5 años, adultos mayores -sobre los 75 años- y enfermos crónicos que requieren de cuidados. Las estrategias de los hogares para responder a las demandas de ambas esferas del trabajo dependerán de diversos factores, ingresos, jerarquía de las ocupaciones, y el uso del tiempo dedicado al trabajo en sentido ampliado –productivo y reproductivo- y su distribución cotidiana y generacional.

De allí que la carga de trabajo doméstico y de cuidado, y las interferencias entre trabajo y familia hayan sido consideradas muy recientemente como un factor de riesgo psicosocial más en los estudios sobre salud mental y trabajo. Dado que el género determina una mayor adscripción de las mujeres a la familia y de los hombres al trabajo remunerado, las hipótesis que se plantean es que las mujeres tengan una mayor carga de trabajo doméstico y de cuidado, mayor carga de trabajo total (de trabajo doméstico y de cuidado más trabajo remunerado) y que experimenten mayor interferencia de la familia hacia el trabajo, y que los hombres tengan menor carga de trabajo doméstico y de cuidado y una mayor interferencia en el sentido inverso, es decir, desde el trabajo hacia la familia. (24)

En la encuesta incluyeron preguntas para estimar la carga de trabajo de trabajadores y trabajadoras y para evaluar interferencia trabajo-familia-trabajo se incluyó un set de 12 preguntas para estimar conflictos de tensión y de tiempo, 6 para evaluar conflictos trabajo-familia y 6 para evaluar conflictos familia-trabajo.

Los resultados relativos al total de casos de la muestra (3010) revelan que las mujeres informan una carga total de trabajo (trabajo doméstico y de cuidado más trabajo remunerado) mayor que la de los hombres (55,8 horas en promedio versus 53,2 horas respectivamente). Las mujeres, a pesar de trabajar un promedio de 44 horas semanales realizan más del doble de las horas de trabajo doméstico que los hombres: 11,9 horas contra 4,9 horas promedio semanales respectivamente.

En el caso de las trabajadoras de la salud, las hipótesis planteadas se confirman. Por una parte, los resultados indican que su carga total de trabajo es mayor que la que informan el total de mujeres de la muestra, y a la vez, es mayor que la que reportan los hombres. El 79 % de las mujeres que trabajan en el sector de la salud tiene una carga de trabajo que sobrepasa las 60 horas semanales, versus el 69% de los varones cuya carga es inferior a 51 horas semanales. En lo que respecta a la carga de trabajo doméstico y de cuidado, encontramos nuevamente que mientras el 69% de las mujeres le destinan más de 8 horas semanales, el 79% de los varones informa que le dedican menos de 8 horas.

Respecto a los conflictos que experimentan las trabajadoras de la salud entre trabajo y familia, nuevamente se confirma la hipótesis relativa a un conflicto de tiempo entre ambas esferas para la mayoría de ellas: un 68% de ellas estuvo de acuerdo con la afirmación: “hay momentos o

situaciones en que necesitaría estar en el trabajo y en la casa al mismo tiempo”. Las respuestas obtenidas en el total de mujeres de la muestra completa siguen la misma tendencia.

Se confirma asimismo la hipótesis de conflictos de tensión entre familia y trabajo para una parte importante de las trabajadoras de la salud: un 47,4% estuvo de acuerdo con la afirmación “cuando usted en el trabajo, piensa en las tareas domésticas y familiares” y un 30% estuvo de acuerdo con la afirmación “en su trabajo a menudo está demasiado cansada por las cosas que tiene que hacer en la casa”.

A la inversa, los resultados indican también una interferencia importante del trabajo en la vida de las trabajadoras de la salud, contradiciendo la hipótesis inicial. Por una parte, el trabajo le produce un nivel tan alto de cansancio que les impide realizar cualquier otra actividad extra laboral. La mayor parte de ellas señala que “regresa a su hogar demasiada cansada para hacer otras cosas que quisiera hacer (66%)”. Por otra, una gran parte de ella señala “estar frecuentemente preocupada por su trabajo en su hogar, al punto que molesta a su familia”, lo cual puede en parte explicarse por la carga emocional de este trabajo.

En el estudio cualitativo, una trabajadora no profesional de la salud señaló “...cuando son jóvenes tú te los llevas para la casa, quieras o no te lo llevas para la casa, te vas caminando con el enfermo para la casa”

Asimismo, llama la atención la influencia determinante del trabajo en los planes familiares de las mujeres (50,5%). En síntesis, las mujeres experimentan también una alta interferencia del trabajo en su familia, y en algunos casos más que los hombres.

En el trabajo cualitativo previo, los testimonios de las trabajadoras ilustraron, en forma elocuente, las presiones de tiempo a que ambos trabajos las someten, las tensiones y algunas formas de afrontarlas a costa de su descanso.

“... yo hago los largos 24 noches, tengo 2 veces a la semana libre, hay una semana que tengo dos días y otro que tengo un puro día no más, Estoy dos días en la casa, ...es poco lo que duermo, trato de estar con mi hijo y con mi mamá. Vivo con mi mamá, y mi día libre cuando estoy muy cansada no duermo, sino trato de salir con mi hijo, porque no es nada lo que estoy



*con él....” (Participante taller)*

*“Yo llegué separada con 4 hijos chicos a trabajar aquí, y el sistema de turno me permitió estar con mis hijos chicos en la casa, estar más tiempo que si hubiera trabajado de día, porque si yo hubiera trabajado todos los días no habría podido estar tanto con mis hijos como estuve haciendo turnos, porque puedo estar el día que estoy saliendo de noche libre y el día que hago largo vengo todo el día a trabajar y los dejo, pero el día que hacía noche estaba con ellos...”(participante taller)*

*“Llegar a la casa, hacer el aseo, hacer el almuerzo, cuidarlos, yo cuando los tenía chicos lloraba de impotencia porque quería dormir y no podía, mi obligación era hacerles el almuerzo”. (Participante taller)*

Los resultados relativos a la muestra total de mujeres (1486) muestran que interferencia entre el ámbito laboral y el familiar es un riesgo psicosocial directamente asociado al género y relativamente independiente de la calidad del empleo. Las mujeres de todas las ocupaciones y niveles de ingreso reportaron conflicto entre ambas esferas, no obstante el mayor nivel de conflicto lo reportan las mujeres de sectores medios y bajos.

## **A modo de síntesis**

Las nuevas formas de organización del trabajo, la revolución informática y la introducción masiva de nuevas tecnologías, han dado lugar a la emergencia de una nueva generación de riesgos en el trabajo denominados riesgos psicosociales laborales. En el año 2007, el Centro de Estudios de la Mujer y la Facultad de Derecho de la Universidad de Ottawa iniciaron un programa de trabajo, uno de cuyos propósitos centrales fue realizar un estudio para identificar riesgos psicosociales en el trabajo y sus efectos en la salud mental de trabajadores/as asalariados/as en Chile a la luz de las desigualdades sociales y de género. Dicho estudio se realizó en dos etapas. Una primera cualitativa y una segunda cuantitativa en base a una encuesta aplicada a una muestra con representación nacional de 3010 trabajadores y trabajadoras asalariadas en Chile. Esta encuesta se aplicó el año 2011 y el proceso de análisis de sus resultados está aún en curso. En este documento se han presentado algunos resultados preliminares relativos al subgrupo de trabajadoras de la salud que formaron parte aleatoriamente de la muestra.

Para evaluar exposición a riesgos psicosociales se aplicaron dos modelos: el modelo demanda-control de Karasek y el modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensas de Siegrist. Se incorporaron además las sub dimensiones de exigencias emocionales y de esconder emociones del Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo ISTAS 21. Por último, se incluyeron además dimensiones que permitieran medir la doble carga de trabajo y los conflictos asociados a las interferencias entre el ámbito laboral y familiar.

Los resultados referidos a las trabajadoras del sector de la salud muestra diferencias entre las distintas categorías ocupacionales analizadas.

La situación menos expuesta a riesgos psicosociales corresponde a las profesionales quienes reportan alta demanda, pero al mismo tiempo alto control y alto soporte social. Corresponde al tipo de trabajo que en el Modelo de Karasek se define como “activo” y para el cual se predice tensión síquica media o baja, y un bajo nivel de isostrain por el alto soporte social percibido.

Las auxiliares representan el grupo de mayor riesgo: reportan bajo control y baja demanda. El Modelo predice que esta situación provoca un entorno de trabajo muy poco “motivador” que

conduce a un “aprendizaje negativo”. No obstante, este grupo reporta alto soporte lo cual debería mitigar los efectos adversos de la situación anterior.

La mitad del personal técnico trabaja en condiciones de riesgo psicosocial porque tienen menos control que las profesionales frente a igual nivel de demanda reportan menos soporte social que los grupos anteriores. Se predice alta tensión síquica e isostrain para una parte importante de ellas.

Por otra parte, las trabajadoras de las tres categorías ocupacionales experimentan altos niveles de exigencias emocionales en el trabajo, siendo el grupo de auxiliares el más expuesto.

Respecto al equilibrio entre esfuerzos realizados y recompensas recibidas en el trabajo, se constata que cuatro de cada diez trabajadoras perciben que hay desequilibrio entre ambas dimensiones del trabajo. El mayor desequilibrio lo experimentan las trabajadoras auxiliares o asistentes de salud, reportado por un 54,5% de ellas, lo cual las expone, en el largo plazo, a emociones negativas aumentando su susceptibilidad a las enfermedades y llegar a producir estrés.

De acuerdo a los resultados expuestos, las trabajadoras que se desempeñan como auxiliares son quienes están más expuestas a riesgos psicosociales en su trabajo y a trastornos mentales, seguidas por el personal técnico. Las menos expuestas son las mujeres profesionales. En efecto, ocho de cada diez auxiliares y siete de cada diez trabajadoras del personal técnico reportan estrés moderado o elevado, versus el 50% de las mujeres profesionales. Así también, el personal técnico y las auxiliares son quienes reportan en mayor proporción sintomatología depresiva moderada o severa (alrededor de un 28%) y mayor consumo habitual de psicotrópicos.

Por último, los resultados relativos a la carga de trabajo y los conflictos derivados de las interferencias entre trabajo y familia, confirman la hipótesis que ambas dimensiones constituyen riesgos psicosociales directamente asociados al género y relativamente independientes de otras desigualdades sociales. Una proporción muy alta de las trabajadoras de la salud reporta una carga total de trabajo muy alta sobrepasando las 60 horas semanales de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado y de trabajo remunerado.

## Referencias

- (1) ILO. Internacional Labour Office, Geneva. 2000. Mental Health in the Workplace; Employment Sector. Preparado por Gabriel Phillis y Marjo-Riitta Liimatainen
- (2) FONASA. Planificación Institucional, Subdepartamento de Estudios, Data Ware House FONASA, 2009-2010. Santiago:2010
- (3) Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Informe de resultados, Total nacional. Santiago de Chile: Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología, Unidad de Estudios y Vigilancia de Enfermedades No transmisibles. 2006.
- (4) Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile. 2003.
- (5) Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, 2009-2010.
- (6) Gobierno de Chile. Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010). Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo; 2011.
- (7) Houtman I, Kompier M. Trabajo y Salud Mental. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Madrid: OIT. 2001.
- (8) Gil-Monte P. Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. Rev Esp Salud Pública .2009; 83(2): 169-173.
- (9) Karasek R. El modelo de demandas/control: enfoque social, emocional y fisiológico del riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. En: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el trabajo. 34:6-15. 3ra ed. Organización Internacional del Trabajo; 2001
- (10) Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol. 1996 Jun; 1(1):27-41.
- (11) Karasek R, Theorell T. Healthy Work: Stress productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
- (12) Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Experimental sobre el Uso del tiempo en el Gran Santiago. Sistema integrado de Encuestas de Hogares. Santiago: INE; 2008.
- (13) Superintendencia de Seguridad Social. Validación y estandarización de encuesta psicosocial en la población chilena, ISTAS 21. Informe Final. Santiago de Chile: SUSESO; Diciembre 2008.
- (14) SCL-90-R, L.R.Derogatis, Adaptación:R.Gempp. 2006. Santiago de Chile.
- (15) Kessler R, Andrews G, Colpe L.J, Hiripi E, Mroczek D.K, Norman S.L.T, Walters E.E., Zaslavsky A.M. Short screening scales to monitor population Prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine, 2002, 32: 959-76.
- (16) American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-IV, (Consulta el 13 de julio de 2010) Disponible en [http://manualespdf.es/manual\\_dsm\\_iv](http://manualespdf.es/manual_dsm_iv)
- (17) Vézina M, St-Arnaud L, Stock S, Lippel K, Funes A. Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST). Chapitre 9: Santé mentales ETUDES ET RECHERCHES. Rapport R-691. Québec : Institut national de santé publique, Québec, Institut de la statistique, Québec. 2011

- (18) Vézina, M., Derriennic, F. & Monfort, C. (2004). The impact of job strain on social isolation: a longitudinal analysis of french workers. *Soc Sci Med*, 59(1), 29-3.
- (19) Macías Robles MD, Fernández-López JA, Hernández-Mejías R, Cueto-Espinarb A, Rancaño I, Siegrist J. Evaluación del estrés laboral en trabajadores de un hospital público español. Estudio de las propiedades psicométricas de la versión española del modelo «desequilibrio esfuerzo-recompensa». *Med Clin (Barc)* 2003; 120(17):652-7.
- (20) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Work-Related Stress. Disponible en [www.eurofound.eu.int](http://www.eurofound.eu.int). 2005.
- (21) Paolasso A. Distrés ocupacional. (consulta el 8 de agosto de 2012) Disponible en <http://trabajosdrpaolasso.com/libros/DISTRES-OCUPACIONAL.pdf>.
- (22) Trucco M, Valenzuela P, Trucco A. Estrés ocupacional en personal de salud. *Occupational Stress in health care personnel. Rev méd Chile (Internet)*. dic 1996; v127 (consulta xxxx) Disponible en [http://scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98871999001200006](http://scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999001200006)
- (23) Rosalba Todaro, Ximena Díaz, Riesgos e inseguridades de las nuevas formas de uso flexible del tiempo de trabajo. *En Foco*, 35. Santiago de Chile: Expansiva
- (24) Allen TD, Herst DE, Bruck CS, Sutton M. Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. *J Occup Health Psychol*. 2000 Apr;5(2):278-308.