

Riesgo psicosocial laboral y patología mental en trabajadores de hospital

Psychosocial risk at work and mental illness in hospital workers

Elisa Ansoleaga M¹; Alvaro Castillo-Carniglia².

¹ Psicóloga, magíster en Gestión y Políticas Públicas, Universidad de Chile, candidata a doctorado en Salud Pública, Universidad de Chile, investigadora Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile. Correo electrónico: maria.ansoleaga@udp.cl

² Magíster en Nutrición y Alimentos, Universidad de Chile, candidato a doctorado en Salud Pública Universidad de Chile, jefe del Área de Evaluación y Estudios, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Gobierno de Chile. Correo electrónico: alvacasti@gmail.com

Recibido: 27 de Julio de 2011. Aprobado: 16 de noviembre de 2011.

Ansoleaga E, Castillo A. Riesgo psicosocial laboral y patología mental en trabajadores de hospital. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 29(4): 372-379

Resumen

Existe creciente evidencia en torno a las asociaciones entre la exposición a riesgo psicosocial laboral y resultados adversos de salud. **Objetivo:** describir y analizar la presencia de riesgo psicosocial laboral y sintomatología de salud mental en trabajadores no clínicos de un hospital público. **Metodología:** estudio transversal descriptivo asociativo en trabajadores no clínicos de un hospital público de Santiago (Chile). Se aplicó un cuestionario autoadministrado para evaluar exposición a riesgo psicosocial (modelos demanda-control y desbalance esfuerzo-recompensas). Las variables resultado fueron sintomatología depresiva, ansiosa, y consumo de psicotrópicos. El análisis fue descriptivo y asociativo (prueba exacta de Fisher). **Resultados:** 47% de los trabajadores presentan alta demanda psicológica, 46% baja autonomía, 61% bajo apoyo social y 75% desbalance entre el esfuerzo

invertido y las recompensas percibidas. La prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en la muestra total fue de 10% y 30% respectivamente, mientras que el 25% declara haber consumido psicotrópicos. El consumo de psicotrópicos fue significativamente más alto ($p < 0,05$) entre las personas con bajo apoyo social y con desbalance esfuerzo-recompensa. **Discusión:** el consumo de psicotrópicos se asoció con bajo apoyo social y con un desbalance entre los esfuerzos invertidos en el trabajo y las recompensas percibidas. Esto pudiera tener implicancias en la salud y el desempeño de los trabajadores, por lo que se requiere de nuevos estudios, especialmente en esta población, para comprender esta relación y generar programas de prevención en esta materia.

-----**Palabras clave:** riesgo psicosocial, psicotrópicos, trabajo.

Abstract

There is growing evidence on the association between exposure to psychosocial risk at work and adverse health outcomes. **Objective:** to describe and analyze the presence of psychosocial risks at work and mental health symptoms in non-clinical workers from a public hospital. **Methods:** a cross-sectional study was conducted at a public hospital in Santiago (Chile). A self-administered questionnaire was applied to assess exposure to psychosocial risks (demand-control and effort-reward imbalance models). The outcome variables were depression symptoms, anxiety symptoms, and psychotropic

drug consumption. The analysis was descriptive and associative (Fisher's exact test) **Results:** 47% of the workers showed high psychological demands, 46% low autonomy, 61% low social support and 75% imbalance between effort expended and rewards received. The prevalence of depressive and anxious symptoms in the total sample was 10% and 30% respectively, while 25% reported having used psychotropic drugs. The consumption of psychotropic drugs was significantly higher ($p < 0.05$) among those with low social support and effort-reward imbalance. **Discussion:** the consumption of psychotropic

drugs was associated with low social support and imbalance between efforts expended and rewards received. This might have implications in the workers' health and performance; therefore, further research is required, particularly on this kind

of population, to understand this relationship and thus develop prevention programs in this regard.

-----*Keywords:* psychosocial risk, psychotropic drugs, work

Introducción

Según el Reporte Mundial de la Salud, los trastornos mentales han experimentado un importante incremento en las últimas décadas, posicionándose entre las enfermedades que reportan mayor carga de enfermedad en términos de años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura. Así, la depresión está clasificada a nivel mundial como la causa más importante de discapacidad y suele acompañarse de trastornos de ansiedad. La mayor prevalencia de estos trastornos se da en personas entre 15 y 44 años, dato que nos indica que se trata de población trabajadora o potencialmente trabajadora. También hay evidencia acerca de las diferencias en las prevalencias de trastornos mentales según edad y sexo, siendo las mujeres y los de mayor edad quienes presentan mayores tasas. Algo similar se constata en relación con el consumo de psicotrópicos [1].

En Chile, las cifras no son más auspiciosas, pues las licencias médicas por “trastornos mentales y del comportamiento” experimentaron un alza de 82% entre 2005 y 2007 [2]. Las patologías asociadas a esta alza fueron depresión, ansiedad y estrés, correspondiendo principalmente con el tramo de edad entre 20 y 40 años.

Por otra parte, el contexto de trabajo ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas, apreciándose principalmente: un fuerte incremento en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC's); aumento de las relaciones y contactos personales para realizar las tareas del trabajo (clientes, usuarios, proveedores); la intensificación del trabajo en relación con el tiempo disponible para realizar un número de tareas o terminar un producto; imposición de metas difíciles de alcanzar; la densificación del trabajo o la “caza de los tiempos muertos”; el crecimiento del empleo atípico, entre otros.

Estas nuevas formas de organizar el trabajo demandan y tensionan al trabajador emocional y cognitivamente, lo que se traduce en un aumento de la denominada carga psíquica y mental en el trabajo [3, 4], identificándose un creciente tipo de riesgos ocupacionales denominados riesgos psicosociales laborales. 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. Especial atención se ha puesto en el riesgo psicosocial en traba-

adores de servicios asistenciales, y particularmente, del personal de servicios sanitarios [5].

Aun cuando no hay acuerdo entre los científicos del campo sobre la forma de definir y medir el entorno psicosocial de trabajo, son dos los modelos de riesgo psicosocial internacionalmente utilizados que han producido sólida evidencia acerca de las asociaciones entre fenómenos psicosociales del trabajo y el desarrollo de enfermedades. Esto son: el modelo demanda-control de Karasek [6] y el modelo de desbalance esfuerzo-recompensas de Siegrist [7].

El modelo original de Karasek incluye las variables demanda psicológica y latitud decisional, al que luego Johnson adicionó la variable apoyo social. La demanda psicológica alude a un conjunto de exigencias de tipo cognitivo y psíquico, relacionado con la cantidad o volumen de trabajo, la complejidad de las tareas y las imposiciones de tiempo (presión de tiempo), nivel de atención, interrupciones imprevistas, entre otras. La latitud decisional hace referencia al cómo se trabaja y tiene dos componentes: la autonomía y el desarrollo de habilidades. La primera, es la inmediata posibilidad que tiene la persona de influenciar decisiones relacionadas con su trabajo y de controlar sus propias actividades. El segundo, hace referencia al grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades: aprendizaje, creatividad y trabajo variado. Finalmente, el apoyo social considera dos componentes: el apoyo de los compañeros de trabajo y el de las jefaturas o niveles de supervisión directa. El apoyo social refiere a la percepción de que pares o superiores prestan colaboración instrumental (para realizar el trabajo) o emocional (para tramitar cuestiones de índole extralaboral o relacional en el espacio de trabajo [8].

El modelo de Karasek sostiene que en la medida que las personas perciben sostenidamente altas demandas psicológicas acompañadas de un bajo control sobre sus procesos de trabajo, experimentarán distrés laboral. El apoyo social actuará como moderador de dicha tensión y cuando este se percibe negativamente el riesgo para la salud se verá incrementado [8].

El modelo de Siegrist incluye dos variables principales, el esfuerzo y las recompensas, las que entran en juego con una tercera variable, que es la del sobrecompromiso (patrón personal específico de afrontamiento e implicación con el trabajo). Este estudio analiza las dos primeras. El esfuerzo extrínseco considera la cantidad

de tareas, el ritmo en que se desempeñan y las interrupciones sufridas durante el trabajo. Las recompensas incluyen variables relativas a la estima, la promoción en el trabajo y la seguridad/estabilidad del empleo. Este modelo sostiene que en la medida que las personas experimentan, por un período prolongado, un desbalance entre el esfuerzo invertido en el trabajo y las recompensas recibidas, producirán distrés [7].

Ambos modelos, el de Karasek y el de Siegrist, explican mecanismos de producción de distrés asociado al trabajo, lo que ha sido ampliamente reconocido como precursor central de patología física y mental. Estas variables permiten comprender de qué manera la organización del trabajo se vuelve patógena, en tanto la exposición a éstas se ha relacionado con la aparición de patología mental [9, 10].

Si bien se observa un aumento de estudios que analizan las relaciones entre el estrés laboral y la salud en profesionales del ámbito sanitario [11-14], existe una menor proporción de evidencia que focalice su atención en trabajadores no clínicos de este mismo ámbito. Lo anterior obedece a diversas cuestiones, entre las que se hipotetiza que las funciones que desempeñan este tipo de trabajadores tienen un estatus laboral y reconocimiento social inferior en el contexto sanitario y, por ende, permanecen invisibilizados para los investigadores.

Por esta razón, el objetivo de este trabajo fue describir y analizar la presencia de riesgo psicosocial laboral y de sintomatología de salud mental en trabajadores no clínicos de un hospital público.

Metodología

Diseño

El estudio es de tipo transversal descriptivo y asociativo con carácter exploratorio.

Muestra

A partir del universo de 99 sujetos trabajadores no clínicos de un hospital público se obtuvo una muestra de 77 (78%) trabajadores, correspondientes a quienes se encontraban en el trabajo durante los días de la aplicación y que contestaron el instrumento. De las 10 unidades con personal no clínico, seis de ellas respondieron el 100%; la unidad con menor representatividad refiere a los transportistas internos, hecho que se comprende a la luz de las tareas que efectúan.

Variables e instrumentos

Se aplicó un cuestionario autoadministrado que consta de 44 ítems y que incluyó el cuestionario *Job*

Content Questionnaire (JCQ), Karasek, 1998 [15] y la versión breve en español del ERI test [16] para evaluar exposición a riesgo psicosocial. Las escalas de factores psicosociales son de tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta: 1) Muy en desacuerdo y 4) Muy de acuerdo. Las escalas del modelo Demanda-Control incluyen las variables: demanda psicológica, latitud decisional y apoyo social, mientras que el modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensas (Siegrist) incluye dos escalas, como su nombre lo indica: esfuerzo y recompensa.

En el caso del JCQ un análisis transcultural y multinacional con más de 16.000 casos, comprobó que las propiedades psicométricas del instrumento son bastante estables y más que existir diferencias entre países, debido a cuestiones culturales, se observan mayores diferencias entre ocupaciones [15]. Algo similar se observó en el análisis psicométrico realizado al ERI test entre países europeos [17]. Con respecto al ERI, se está utilizando la escala breve que fue adaptada y validada en España, país con el cual compartimos elementos culturales, nivel de desarrollo económico y la misma lengua [18, 19].

La medición de salud mental se hizo utilizando escalas para sintomatología depresiva, consumo de psicotrópicos y sintomatología ansiosa. Las dos primeras fueron extraídas del instrumento utilizado en el EQCOTESST, *Étude québécoise des conditions de travail, d'emploi et de SST* [20].

La variable sintomatología depresiva considera dos preguntas de diagnóstico, particularmente, a la pérdida de interés por las actividades realizadas y al sentimiento constante de tristeza, ambas por dos semanas o más tiempo en los últimos doce meses. Este indicador utilizado en el EQCOTESST fue extraído de *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD), y se ha demostrado que una respuesta positiva a ambas preguntas tiene una alta sensibilidad (96%) y razonable especificidad (57%) para identificar a personas con diagnóstico de depresión mayor entre los consultantes de un servicio de atención de urgencia [21]. Además, este mismo estudio demostró que características similares a otros test de identificación de depresión, tales como el inventario de depresión de Beck o la escala de depresión del Centro Americano de Estudios Epidemiológicos (CESDS).

La variable ansiedad fue medida a través de la escala para dicha dimensión del SA-45 correspondiente a la versión abreviada del *Symptom Check List 90*, la que ha presentado buenos indicadores psicométricos [22].

La evaluación del consumo de psicotrópicos considera ítems relativos al consumo habitual en el último año de hipnóticos, ansiolíticos y antidepresivos. Además, el cuestionario consideró datos sociodemográficos, ocupacionales y un ítem para indagar la autopercepción

de salud general. La consistencia interna de las escalas se observa en la tabla 1.

Procedimiento

Se realizó un piloto de la aplicación del cuestionario a 10 sujetos, luego de lo cual se mejoró la redacción para aquellos ítems que presentaron problemas de comprensión. El cuestionario final fue aplicado entre el 10 y el 14 de junio de 2010. Encuestadores entrenados supervisaron la aplicación autoadministrada de las encuestas. Toda aplicación contó con el consentimiento informado y voluntariedad expresada explícitamente por los participantes. El proyecto de investigación recibió la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Diego Portales.

Tabla 1. Consistencia interna de las escalas en la muestra estudiada

Escalas	Alpha de Cronbach
Latitud decisional	0,90
Demanda psicológica	0,73
Apoyo social	0,93
Esfuerzo-Recompensa	0,69
Ansiedad	0,84
Consumo psicotrópicos*	0,74

*Incluye consumo de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos

Fuente: datos de la investigación, 2010.

Análisis de datos

La inspección de los datos contempló la revisión de valores faltantes y las distribuciones de las variables.

A partir de las escalas de demanda psicológica, latitud decisional y apoyo social, esfuerzo y recompensas se generaron nuevas variables dicotómicas para cada escala cuyo valor uno (1) indica presencia del factor de riesgo y cero (0) ausencia de éste. De este modo, se generaron las siguientes variables: a) altas demandas psicológicas; baja latitud decisional; tensión psíquica (combinación de altas demandas y baja latitud decisional); bajo apoyo social de pares y superiores; bajo apoyo instrumental; bajo apoyo emocional; alto esfuerzo; bajas recompensas; desbalance esfuerzo-reconocimiento. La variable consumo de psicofármacos también fue dicotomizada estableciendo valor de uno (1) para aquellos que consumen al menos un psicotrópico y cero (0) para los que no consumen ninguno.

Posteriormente, se evaluó la asociación entre las variables de exposición y el consumo de psicofármacos,

sintomatología depresiva y síntomas de ansiedad mediante la prueba exacta de Fisher. Todos los análisis se realizaron con el software de análisis estadístico STATA versión 11.1.

Resultados

Respecto a la distribución por sexo, un 46% son mujeres mientras que un 54% son hombres. Las edades fluctúan entre 20 y 65 años, estableciéndose para efectos del análisis tres rangos de edad, el primer grupo entre 20 y 29 años (26,9%), el segundo rango entre 30 y 39 años (40%), y un tercer grupo de aquellos que son mayores de 40 años (33%).

En relación con la participación de trabajadores por estamentos un 31,4% son administrativos, un 26,5% ocupan cargos de auxiliar; un 25,3% son profesionales y un 15,7% son técnicos.

En cuanto al tipo de contrato que tienen los trabajadores estudiados, un 86% tiene un contrato a plazo fijo renovable anualmente (contrata), un 12% tiene un contrato a honorarios por servicios y un 3% se encuentra efectuando un reemplazo.

En la tabla 2 se presenta la descripción de prevalencias para las variables de exposición a riesgo psicosocial laboral y de resultado de salud mental. Aquí se observa una mayor prevalencia de alta demanda psicológica en mujeres que en hombres, una prevalencia igual para ambos sexos de la variable latitud decisional y un mayor apoyo social en hombres que en mujeres. También se observó que las mujeres tienen una prevalencia mayor de *jobstrain* (combinación de altas demandas psicológicas con baja latitud decisional) y un menor desbalance entre esfuerzo y recompensa. El tramo de edad que percibe en mayor proporción altas demandas y baja latitud decisional es el primer tramo de edad (20-29 años), mientras que en el tramo superior se observa la mayor prevalencia de bajo apoyo social. De todos los factores de riesgo psicosocial laboral, el que muestra una mayor prevalencia en la población estudiada es el desbalance entre el esfuerzo invertido y las recompensas recibidas, en el cual el 91% de los hombres reconoce esta situación (tabla 2).

Con respecto a las variables de salud mental (tabla 3), las mujeres presentan mayores prevalencias que los hombres para los tres resultados: sintomatología depresiva, ansiosa y consumo de psicotrópicos. Asimismo, se observa que las mayores prevalencias se dan en los dos primeros grupos de edad, es decir, personas que tienen entre 20 y 39 años de edad.

Tabla 2. Exposición a riesgo psicosocial laboral según sexo y edad.

	Alta demanda psicológica	Baja latitud decisional	Bajo apoyo social total	Jobstrain (altas demandas y baja latitud decisional)	Desbalance esfuerzo-recompensas
Sexo					
Hombre	36%	46%	64%	25%	91%
Mujer	58%	46%	56%	39%	67%
Edad					
20-29	47%	64%	60%	43%	54%
30-39	61%	38%	55%	29%	82%
40 y más.	33%	42%	70%	33%	78%
Prevalencia total	47%	46%	61%	33%	75%

Fuente: datos de la investigación, 2010.

Tabla 3. Prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y consumo de psicotrópicos según sexo y edad.

	Prevalencia sintomatología depresiva	Prevalencia sintomatología ansiosa	Prevalencia consumo de psicotrópicos
Sexo			
Hombre	3%	13%	19%
Mujer	15%	33%	33%
Edad			
20-29	11%	39%	17%
30-39	11%	22%	30%
40 y más.	5%	18%	24%
Prevalencia total	10%	30%	25%

Fuente: datos de la investigación, 2010.

En el caso de la sintomatología ansiosa y el consumo de psicotrópicos, están presentes en un tercio de la población femenina encuestada. Esta última condición se observa en un 19% de los participantes hombres del estudio. Al desagregar por tipo de psicotrópico, el consumo de ansiolíticos en la muestra total es de un 18%, el de hipnóticos 19% y el de antidepresivos de un 6%. En relación con la percepción de salud general, un 53% considera que su salud es buena o muy buena, mientras que un 47% señala que su salud es pasable, mala o muy mala.

También se analizaron las posibles asociaciones entre la exposición a factores de riesgo psicosocial labo-

ral y sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa y consumo de psicotrópicos. Los resultados muestran (tabla 4) que no existen diferencias estadísticamente significativas según exposición a factores de riesgo psicosocial, en cuanto a la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa, pese a que en algunos casos existen importantes diferencias en los porcentajes de un grupo u otro, particularmente en esta última variable.

Por su parte, sí se apreciaron diferencias en la proporción de personas que consumen psicotrópicos, entre los cuales presentaron bajo apoyo social total, emocional e instrumental, y desbalance entre el esfuerzo invertido en el trabajo y las recompensas recibidas (tabla 5).

Tabla 4. Prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y consumo de psicotrópicos según variables de exposición a riesgos psicosocial laboral

	Alta demanda psicológica			Baja latitud decisional			Jobstrain			Desbalance esfuerzo-recompensas		
	No	Sí	<i>p</i>	No	Sí	<i>p</i>	No	Sí	<i>p</i>	No	Sí	<i>p</i>
Sintomatología Depresiva	12,5	10,7	1,00	7,4	13,8	0,67	8,1	16,7	0,38	14,3	12,2	1,00
Sintomatología ansiosa	25,0	46,4	0,11	33,3	34,5	1,00	27,3	50	0,13	14,3	39,0	0,11
Consumo de psicotrópicos	28,9	37,0	0,25	33,3	27,6	0,77	27,0	38,9	0,54	0,0	37,5	<0,01

Fuente: datos de la investigación, 2010.

Tabla 5. Prevalencia de sintomatología depresiva, ansiosa y consumo de psicotrópicos según tipo de apoyo social

	Bajo apoyo social			Bajo apoyo social emocional			Bajo apoyo social instrumental			Bajo apoyo social de pares			Bajo apoyo social de superiores		
	No	Si	<i>p</i>	No	Si	<i>p</i>	No	Si	<i>p</i>	No	Si	<i>p</i>	No	Si	<i>p</i>
Sintomatología depresiva	8,7	13,9	0,69	12,0	11,8	1,00	10,5	11,9	1,00	9,5	12,8	1,00	5,0	14,6	0,41
Sintomatología ansiosa	30,4	36,1	0,78	28,0	38,2	0,58	26,3	38,1	0,56	19,1	43,6	0,09	25,0	36,6	0,40
Consumo de psicotrópicos	9,1	36,1	<0,05	8,3	38,2	<0,05	5,6	38,1	<0,05	10,0	35,9	0,06	15,8	31,7	0,23

Fuente: datos de la investigación, 2010.

Discusión

Los datos reportados por los sujetos que participaron del estudio reflejan prevalencias similares a las mostradas en estudios en población general para trastornos del ánimo en Chile. En el caso de la depresión, se ha estimado que esta fluctúa alrededor de un 11% para mujeres y de un 5% para hombres [23].

No ocurre lo mismo con el consumo de psicotrópicos, particularmente en el caso de los hombres. En la muestra masculina incluida en este estudio el consumo de psicotrópicos fue del 20%, mientras que los datos descritos para la población general masculina son los siguientes: 1,95% para consumo de ansiolíticos, 0,19% para hipnóticos no benzodiazepínicos y de 1,69 para antidepresivos [24, 25].

Si bien el consumo de psicotrópicos es una medida indirecta (proxy) de salud mental, se ha señalado que es un indicador más objetivo para evaluar presencia de malestar psicológico o eventual presencia de sintomatología. El consumo de psicotrópicos en población trabajadora reporta un problema para las personas, las organizaciones y la salud pública, pues además de los efectos en la salud individual, puede afectar de manera directa el desempeño laboral, aumenta la probabilidad de sufrir accidentes y de cometer errores. Los efectos colaterales del consumo de psicotrópicos en trabajadores de servi-

cios sanitarios puede incluso comprometer la salud de la población que recibe atención.

Se ha documentado extensamente que el consumo de drogas psicotrópicas es mayor entre las mujeres, personas de menor nivel educacional, con bajo ingreso familiar, y con menores niveles de bienestar físico y mental [26]. Asimismo, se ha encontrado evidencia respecto a que el consumo de psicotrópicos es mayor en aquellos trabajadores manuales que en los no-manuales [27]. Recientemente se publicó un interesante estudio que muestra fuertes asociaciones entre presencia de *bullying* laboral y consumo de psicotrópicos en trabajadores expuestos [28].

Por lo anterior, se demandan más estudios que indaguen esta variable en población trabajadora, que permitan establecer grupos de mayor riesgo, posibles consecuencias asociadas y mecanismos eficaces para su prevención y/o control.

Asimismo, diversos estudios en contextos sanitarios han identificado que los factores psicosociales reportan riesgos a la salud de la población y, particularmente, que las relaciones sociales (soporte social) son consideradas como un factor protector o de riesgo para la salud mental, en tanto, pueden actuar moderando o multiplicando el efecto nocivo en la salud de las personas [12, 29, 30].

Si bien en Chile existe escasa evidencia que estudie los efectos específicos de la exposición a riesgo psico-

social en la salud de la población trabajadora, algunos estudios son coincidentes con lo reportado aquí y hacen hincapié en la importancia de las relaciones sociales en el trabajo. Por otra parte, Avendaño y colaboradores [30] encontraron asociaciones entre el apoyo social recibido y la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, en enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de un servicio de salud. Asimismo, Canepa, Briones y colaboradores [31] mostraron una correlación positiva y significativa entre desbalance esfuerzo-recompensa y el puntaje total del *General Health Questionnaire* (GHQ), y con dos de las subescalas del GHQ: síntomas de depresión y síntomas somáticos. Este último estudio es relevante porque es una de las dos investigaciones publicadas que utilizan el modelo de Siegrist para revisar las asociaciones entre el desbalance esfuerzo-recompensas y el resultado de salud mental en Chile.

Si bien en América Latina no contamos con buenos datos para mensurar a través del tiempo el aumento de patología mental, los datos de prevalencia actual consignan a los trastornos mentales y del comportamiento como una de las enfermedades no transmisibles más costosas a nivel individual y social [1]. Junto con ello, y más allá de la disponibilidad de servicios de atención en salud mental, cabe preguntarse si acaso ciertas cuestiones estructurales estarían actuando como barreras para solicitar y recibir atención en este ámbito, tales como el estigma social relacionado con estas y ciertas condiciones estructurales en el empleo como la pérdida de estabilidad. Esta situación puede ser percibida por las personas como una amenaza y, en consecuencia, pudiese conllevar el ocultamiento de problemas asociados a la salud mental en el trabajo.

La estructura de riesgos del modelo clásico de salud ocupacional (sustentada principalmente en riesgos físico-ambientales) hoy resulta insuficiente para dar cuenta de los efectos que los cambios en el trabajo están teniendo en la salud de la población trabajadora, por lo que se requiere de más investigaciones que den cuenta de los actuales riesgos en el trabajo, especialmente, en aquellas poblaciones donde la naturaleza y las condiciones de trabajo reportan mayores riesgos a la salud psicológica, como es el caso de los trabajadores de los servicios asistenciales de salud.

Una de las limitantes de esta investigación es la ausencia de estudios de validación a nivel nacional de los instrumentos de riesgo psicosocial utilizados, sin embargo, un análisis transcultural y multinacional del JCQ muestra que más que existir diferencias entre países se observan mayores diferencias entre ocupaciones, teniendo el instrumento un buen comportamiento psicométrico

en diferentes contextos de aplicación [15], resultado similar en el caso del ERI test en su versión española breve utilizados en este estudio.

Finalmente, a diferencia de lo observado en otros estudios, no encontramos asociación entre las variables de exposición a riesgo psicosocial y sintomatología depresiva y ansiosa, pese a que se presentan diferencias importantes en las prevalencias entre expuestos y no expuestos. Una posible explicación a esto refiere a que el tamaño muestral es relativamente pequeño, lo cual pudiera implicar un problema de potencia estadística para detectar posibles asociaciones. Dado lo anterior, no se evaluó la presencia de variables potencialmente contundentes que pudieran estar sesgando el efecto hacia el valor nulo.

Referencias

- 1 Pan American Health Organization. Mental Health in Latin American and the Caribbean. PAHO and the formulation of Mental Health in the Americas [internet]. PAHO ;2001 [acceso 25 de Marzo de 2010]. Disponible en: http://www.paho.org/English/DD/PIN/mentalhealth_002.htm.
- 2 SUCESO. Licencias tramitadas por problemas de salud mental. Santiago: Superintendencia de Seguridad Social; 2008.
- 3 Houtman I, Kompier M. Trabajo y Salud Mental. Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. oit: Madrid; 2001.
- 4 Neffa J. El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece. Buenos Aires: Grupo Editorial Lumen; 2003. 204-205.
- 5 Gil PR. 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.
- 6 Karasek R, Theorell T. Healthy Work: Stress productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
- 7 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol. 1996; 1(1): 27-41.
- 8 Vezina M, Derriennic F, Monfort C. The impact of job strain on social isolation: a longitudinal analysis of french workers. Soc Sci Med. 2004; 59(1): 29-38.
- 9 Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent finding from descriptive and social epidemiology. Can J Psychiatry. 2006; 51(2): 63-75.
- 10 Standfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health. A meta-analytic review. Scan J Work Environ Health. 2006; 32(6): 443-462.
- 11 Trucco M, Valenzuela P, Trucco D. Estrés ocupacional en personal de salud. Rev. méd. Chil. 1999; 127(12): 1453-1461.
- 12 Astudillo P, Alarcón AM, Lema ML. Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos, Temuco, Chile. Cienc. Enferm. 2009; 15(3): 111-122.
- 13 Tyson PD, Pongruengphant R. Five-year follow-up study of stress among nurses in public and private hospitals in Thailand, International Journal of Nursing Studies. 2004; 41(3): 247-254.
- 14 Leguizamón LC, Gómez V. Condiciones laborales y de salud en enfermeras de Santa Fé de Bogotá. IJCHP. 2002; 2(1): 173-182.

- 15 Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol.* 1998; 3(4): 322-355.
- 16 Siegrist J, Wege N, Pühlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health.* 2009; 82(8): 1005-1013.
- 17 Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: european comparisons. *Soc Sci Med.* 2004; 58: 1483-1499.
- 18 Fernández A, Martín J, Fernández R, Rödel M. Análisis factorial confirmatorio de la versión española del cuestionario Effort-Reward Imbalance, de medida del estrés laboral. *Atención Primaria.* 2006; 38(8): 465-466.
- 19 Macías MD, Fernández A, Hernández J, Cueto 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.* 2003; 120(17): 652-657.
- 20 Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail-IRSST. EQCOTESST Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi, de santé et sécurité du travail (2010) [internet]. Montreal: IRSST; 2010 [acceso 30 Marzo de 2010]. Disponible en: http://www.irsst.qc.ca/fr/_projet_3565.html.
- 21 Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997; 12: 439-445.
- 22 Sandin B, Valiente RM, Chorot P, Santed MA, Lostao L. SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema.* 2008; 20(2): 290-296.
- 23 Ministerio de Salud de Chile. Presentación Depresión. Santiago de Chile: MINSAL Chile [acceso 5 de Diciembre de 2009]. Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/proteccion/salud-mental3.html.
- 24 Fritsch R, Rojas G, Gaete J, Araya R, González I. Consumo de benzodiazepinas en la población general del Gran Santiago de Chile. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005; 33(5): 286-291.
- 25 Rojas G, Fritsch R, Gaete J, González I, Araya R. The use of psychotropic medication in Santiago, Chile. *Journal of Mental Health.* 2005; 14(14): 407-414.
- 26 Bourbonnais R, Jauvin N, Dussault J, Vézina M. Psychosocial work environment, interpersonal violence at work and psychotropic drug use among correctional officers. *International Journal of Law and Psychiatry.* 2010; 30(2): 355-368.
- 27 Lapeyre M, Sulem P, Niezborala M, Ngoundo TB, Briand D, Jansou P, Bancarel Y, Chastan E, Montastruc JL. Taking drugs in the working environment: a study in a sample of 2106 workers in the Toulouse metropolitan area. *Therapie.* 2004; 59(6): 615-623.
- 28 Niedhammer I, David S, Degioanni S, Drummond A, Philip P, Acquarone D, *et al.* Workplace Bullying and Psychotropic Drug Use: The Mediating Role of Physical and Mental Health Status. *Ann Occup Hyg.* 2011; 55(2): 152-163.
- 29 Stoetzer U, Ahlberg G, Johansson G, Bergman P, Hallsten L, Forsell Y, Lundberg I. Problematic interpersonal relationships at work and depression: a Swedish prospective cohort study. *Journal of Occupational Health.* 2009; 51: 144-151.
- 30 Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Cienc. Enferm.* 2009; 15(2): 55-68.
- 31 Canepa C, Briones JL, Pérez C, Vera A, Juárez A. Desequilibrio esfuerzo-recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de Servicios de Salud en Chile. *Cienc. Trab.* 2008; 10(30): 175-180.