



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

PROGRAMA DOCTORADO EN ENFERMERÍA

*PERCEPCIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES Y CARGA
MENTAL DE LOS TRABAJADORES/AS DEL EQUIPO DE SALUD
DE UNIDADES DE PACIENTES CRÍTICOS*

POR PAULA ANDREA CEBALLOS VÁSQUEZ

*TESIS PRESENTADA A LA DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN ENFERMERÍA*

*Profesora Tutora: Dra. Tatiana Paravic Klijn
Profesora Co-Tutora: Dra. Mónica Burgos Moreno.*

Octubre 2014

CONCEPCIÓN, CHILE

UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
DIRECCIÓN DE POSTGRADO

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Doctorado en Enfermería del Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Profesora Tutora Dra. Tatiana Paravic Klijn

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, U. Sao Paulo Brasil.

Profesora Co-Tutora Dra. Mónica Burgos Moreno

Profesor Asociado Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesora Dra. Sandra Valenzuela Suazo

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, U. Sao Paulo Brasil

Profesor PhD. Omar A. Barriga

Profesor Asociado Universidad de Concepción.
PhD. en Sociología, Ohio State University

Directora del Programa

Profesora Dra. Tatiana Paravic Klijn

Profesor Titular Universidad de Concepción
Doctora en Enfermería, U. Sao Paulo Brasil.



*A María Victoria quien
impulsó esta maravillosa aventura*

AGRADECIMIENTOS A

Doctora Tatiana Paravic Klijn por su ayuda, guía, motivación y enseñanzas, aspectos que hoy me permiten llegar al final del proceso. Gracias por entregarme las herramientas necesarias para iniciar mi caminar en este bello mundo de la ciencia.

Doctora Mónica Burgos Moreno por su tiempo, asesoría, compañía y apoyo sincero en el instante preciso y por entender mis ideas para traducirlas al papel.

Doctor Omar A. Barriga por creer en esta investigación, por motivar en el momento justo, y por su asesoría para aclarar el trayecto cuando este se hizo algo nebuloso.

Doctora Sandra Valenzuela Suazo por su tiempo y dedicación para generar sugerencias oportunas y constructivas, las que aportaron mejoras en este escrito.

Doctoras Gladys Rolo González, Estefanía Hernández Fernaud y Dolores Díaz Cabrera, catedráticas del Departamento de Psicología de la Universidad de la Laguna, Tenerife, España, por su generosidad y calidez, por recibirme en su patria y enseñarme que con humildad y trabajo en equipo las metas se logran.

Equipo de académicas/os del Programa de Doctorado en Enfermería por entregar sus saberes y sembrar en mí, la reflexión crítica y la búsqueda de nuevos conocimientos.

Mis amigas y compañeras de doctorado por cada momento vivido, por todo lo aprendido, reído y disfrutado, sin ustedes esta experiencia no habría sido lo que fue, las extrañaré, pero sé que hilo está rojo y nos mantendrá unidas.

Diseñadora Srta. Karen Sarabia Vásquez quien con su talento, creatividad y paciencia logró plasmar ideas en figuras y le entregó identidad y colores a esta investigación.

Las autoridades de salud y jefaturas de las Unidades de Paciente crítico de las instituciones de salud participantes por brindar las condiciones necesarias para el desarrollo de este estudio.

Los y las trabajadores/as de cada una de las Unidades de Paciente Crítico que aceptaron participar en esta investigación de forma voluntaria, por su espíritu colaborativo, motivación y gran profesionalismo.

La Universidad Católica del Maule, mi universidad, por creer en esta académica entregando las condiciones financieras, tiempo protegido, entre otros aspectos, aportando de manera integral en el proceso doctoral.

Las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud y a las colegas del Departamento de Enfermería de la Universidad Católica del Maule por confiar en mí y brindar todo lo necesario para la consecución de este gran objetivo.

Mis amigas y colegas Ana Jara Rojas, Marlenne Macaya, Elena Monsalve y Carol Rodway por su apoyo, preocupación y cariño permanentes durante este proceso.

Mi Familia por su incondicionalidad, por instar a que cada día sea mejor persona, por escuchar y contener y por que cada uno/a son un regalo...los y las amo.

Álvaro por ser mi amigo, compañero y hermano, por apoyar mis sueños y hacerlos tuyos, por estar siempre conmigo y para mí y ser mi crítico reflexivo en el momento necesario.

José Miguel por ser el gran colaborador en este período, por cuidar con todo tu amor a la hija, y darme la posibilidad de trabajar con calma y tranquilidad.

Y, sobre todo, a María Victoria, por permitirme disfrutar esta experiencia, por compartir los buenos momentos y apoyar en los no tan buenos y por recibirme cada día con una sonrisa.

Auspicio y Patrocinio

Esta tesis fue patrocinada y auspiciada por el Proyecto MECESUP UBB0607, adjudicado por el Departamento de Enfermería de la Universidad Católica del Maule.

ÍNDICE

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
1) INTRODUCCIÓN	1
1.1) PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.1.1) <i>Contexto histórico y visiones disciplinares</i>	1
1.1.2) <i>Nacen organizaciones internacionales en relación con el trabajo</i>	3
1.1.3) <i>Chile: país miembro de OIT</i>	5
1.1.4) <i>Efectos del trabajo sobre la salud de las personas</i>	6
1.1.5) <i>Factores Psicosociales en el trabajo: una preocupación para Salud laboral</i>	8
1.1.6) <i>La Carga Mental: un factor psicosocial a nivel laboral</i>	10
1.1.7) <i>Problema de investigación</i>	11
1.1.8) <i>Fundamentación del estudio</i>	12
1.2) OBJETIVOS	15
1.2.1) <i>Objetivo general</i>	15
1.2.2) <i>Objetivos específicos</i>	15
1.3) HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	17
1.4) VARIABLES DEL ESTUDIO	18
1.4.1) <i>Variables dependientes</i>	18
1.4.2) <i>Variables independientes</i>	18
1.5) MARCO REFERENCIAL	20
1.5.1) <i>Marco teórico</i>	20
1.5.1.1) <i>Modelo Demanda-Control-Apoyo social (Demand-Control-Social Support)</i>	21
1.5.1.2) <i>Modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensa (Effort-Reward Imbalance)</i>	26
1.5.1.3) <i>Fundamentación de la utilización de los modelos de Demanda-Control-Apoyo Social y Desbalance Esfuerzo-Recompensa</i>	28
1.5.1.4) <i>Carga mental de trabajo y Modelo de Recursos Múltiples</i>	30
1.5.1.5) <i>Fundamentación de utilización de Carga mental de trabajo en la investigación</i>	37
1.5.1.6) <i>Concepto de Percepción</i>	37
1.5.1.7) <i>Aplicación del concepto de percepción y los modelos teóricos que</i>	39

<i>sustentan la investigación</i>	
1.5.2) <i>Marco empírico</i>	42
2) SUJETOS Y MÉTODO	60
2.1) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	60
2.2) UNIDAD DE ANÁLISIS	60
2.3) POBLACIÓN	60
2.3.1) <i>Criterios de inclusión</i>	61
2.3.2) <i>Criterios de exclusión</i>	61
2.4) DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS	62
2.4.1) <i>Parte I: Cuestionario de variables biopsicosociodemográficas</i>	62
2.4.2) <i>Parte II: Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el trabajo SUSESO-ISTAS 21</i>	62
2.4.3) <i>Parte III: Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM)</i>	62
2.5) CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS	63
2.5.1) <i>Prueba piloto</i>	63
2.5.2) <i>Validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados</i>	63
2.6) CONSIDERACIONES ÉTICAS	64
2.7) MODALIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS	67
2.8) PROCESAMIENTO DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS	68
2.9) PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	68
3) RESULTADOS Y DISCUSIÓN	70
3.1) ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS	70
3.1.1) <i>Perfil biopsicosociodemográfico</i>	70
3.1.1.1) <i>Variables laborales</i>	70
3.1.1.2) <i>Variables biopsicosociodemográficas</i>	75
3.1.1.3) <i>Condiciones ambientales de trabajo</i>	81
3.1.1.4) <i>Aspectos relacionados con salud</i>	85
3.1.2) <i>Análisis descriptivo de Riesgos Psicosociales</i>	91
3.1.2.1) <i>Percepción de Riesgos psicosociales por dimensión</i>	91
3.1.3) <i>Análisis descriptivo de Carga Mental de Trabajo</i>	98
3.1.3.1) <i>Percepción de Carga Mental de Trabajo Global</i>	98

3.1.3.2) <i>Percepción de Carga Mental de Trabajo por factores</i>	99
3.2) ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LOS DATOS	104
3.2.1) <i>Relación entre las dimensiones de Riesgos psicosociales y Carga mental de trabajo</i>	104
3.2.2) <i>Relaciones entre las dimensiones de Riesgos psicosociales y las variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud.</i>	107
3.2.3) <i>Relación entre los factores de la Carga Mental de Trabajo y las variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud.</i>	127
3.3) ANÁLISIS EXPLICATIVO DE LOS DATOS	142
3.3.1) <i>Influencia de las dimensiones de Riesgos psicosociales en la percepción de Carga Mental de Trabajo</i>	142
3.3.2) <i>Influencia de las variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones del ambiente de trabajo y aspectos relacionados con salud en la percepción de Riesgos psicosociales</i>	145
3.3.3) <i>Influencia de las variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones del ambiente de trabajo y aspectos relacionados con salud en la percepción de Carga Mental de Trabajo</i>	151
3.3.4) <i>Comparativo entre las instituciones de salud participantes y el nivel de exposición a Riesgos Psicosociales por dimensión</i>	158
3.3.5) <i>Perfil de Riesgos psicosociales según grupos de trabajo de las UPC participantes</i>	162
3.3.6) <i>Comparativo entre las instituciones de salud participantes y el nivel de percepción de Carga Mental de Trabajo por factores</i>	166
3.3.7) <i>Perfil de Carga Mental de Trabajo según grupos de trabajo de las UPC participantes</i>	169
3.3.8) <i>Comprobacion de hipótesis</i>	174
4) CONCLUSIONES DEL ESTUDIO	176
5) LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	179
6) SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES QUE EMERGEN DE ESTA INVESTIGACIÓN	180
7) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	182

ANEXOS

<i>Anexo A:</i> Definición nominal y operacional de las variables	216
<i>Anexo B:</i> Cuestionario variables biopsicosociodemográficas	225
<i>Anexo C:</i> Cuestionario de evaluación de Riesgos Psicosociales en el trabajo	227
<i>Anexo D:</i> Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo	229
<i>Anexo E:</i> Interpretación de Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el trabajo SUSESO-ISTAS 21	230
<i>Anexo F:</i> Interpretación de Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM)	234
<i>Anexo G:</i> Información al participante y consentimiento informado Hospital 1	236
<i>Anexo H:</i> Información al participante y consentimiento informado Hospital 2	238
<i>Anexo I:</i> Información al participante y consentimiento informado Hospital 3	240
<i>Anexo J:</i> Autorización de uso de SUSESO-ISTAS 21	242
<i>Anexo K:</i> Autorización de uso de ESCAM	245
<i>Anexo L:</i> Aprobación del proyecto de investigación por Comité de Bioética Facultad de Medicina Universidad de Concepción	246
<i>Anexo M:</i> Autorización Comité Ético-Científico Hospital 1	248
<i>Anexo N:</i> Autorización Comité Ético-Científico Hospital 2	249
<i>Anexo O:</i> Autorización Comité Ético-Científico Hospital 3	251
<i>Anexo P:</i> Resultados de ANOVAS de Riesgos Psicosociales y Carga Mental de Trabajo con categorías ocupacionales	252

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla N°1:</i> Población de trabajadores y trabajadoras de UPC, sexta, séptima y octava región, Chile.	60
<i>Tabla N°2:</i> Plan de análisis estadístico de los datos.	68
<i>Tabla N°3:</i> Características laborales de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Pacientes Críticos participantes en el estudio	70
<i>Tabla N°4:</i> Características biopsicosociodemográficas de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Pacientes Críticos participantes	75
<i>Tabla N°5:</i> Percepción de las condiciones ambientales de trabajo de los y las participantes de la investigación	81
<i>Tabla N°6:</i> Aspectos relacionados con salud de los/as participantes del estudio	85
<i>Tabla N°7:</i> Nivel de percepción de <i>Riesgos psicosociales</i> de los y las funcionarios/as de las Unidades de Pacientes Críticos participantes del estudio	91
<i>Tabla N°8:</i> Percepción de <i>Carga mental de trabajo global</i> de los y las funcionarios/as de las UPC participantes en el estudio	98
<i>Tabla N°9:</i> Percepción de <i>Carga mental de trabajo</i> por factores de los y las trabajadores/as de las UPC participantes en el estudio	99
<i>Tabla N°10:</i> Correlación entre <i>Carga mental de trabajo</i> (ESCAM) y <i>Riesgos psicosociales</i> (SUSESO-ISTAS 21)	104
<i>Tabla N°11:</i> Diferencias de medias de las variables laborales, biopsicosociodemográficas y de aspectos de salud relacionadas con las dimensiones de <i>Riesgos psicosociales</i> .	107
<i>Tabla N°12:</i> Análisis de Varianzas entre dimensiones de <i>Riesgos Psicosociales</i> y variables laborales	117
<i>Tabla N°13:</i> Correlaciones entre las dimensiones de <i>Riesgos Psicosociales</i> y variables biopsicosociodemográficas, percepción de condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud.	120
<i>Tabla N°14:</i> Diferencias de medias entre los factores de <i>Carga Mental de Trabajo</i> y las variables laborales, las biopsicosociodemográficas y aspectos relacionados con salud	127
<i>Tabla N°15:</i> Análisis de Varianza entre los factores de <i>Carga Mental de Trabajo</i> y variables laborales	134

<i>Tabla N°16: Correlaciones entre los factores de Carga Mental de Trabajo y variables biopsicosociodemográficas, percepción de condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud.</i>	137
<i>Tabla N°17: Modelo de regresión lineal con Carga Mental Global como variable criterio y las dimensiones de Riesgos Psicosociales como variables predictoras</i>	142
<i>Tabla N°18: Modelos de regresión stepwise (paso a paso) con las dimensiones de Riesgos Psicosociales como variable criterio y variables laborales, biopsicosociodemográficas, aspectos relacionados con salud y percepción de condiciones del ambiente de trabajo como variables predictoras.</i>	146
<i>Tabla N°19: Modelos de regresión stepwise (paso a paso) con los factores de Carga Mental de Trabajo como variable criterio y variables laborales, variables biopsicosociodemográficas, las condiciones del ambiente de trabajo y aspectos relacionados con salud como variables predictoras</i>	152
<i>Tabla N°20: Análisis de Varianzas entre las UPC de las instituciones de salud participantes y las dimensiones de Riesgos psicosociales</i>	158
<i>Tabla N°21: Análisis “a posteriori” entre las percepciones de Riesgos Psicosociales según instituciones de salud</i>	159
<i>Tabla N°22: Contrastes “a posteriori” entre grupos de trabajo para cada dimensión de Riesgos psicosociales</i>	163
<i>Tabla N°23: Análisis de Varianza entre las UPC de las instituciones participantes y los factores de Carga Mental de Trabajo</i>	166
<i>Tabla N°24: Análisis “a posteriori” entre las percepciones de Carga Mental de Trabajo según las UPC de las instituciones de salud participantes</i>	167
<i>Tabla N°25: Contrastes “a posteriori” entre grupos de trabajo para cada factor de Carga Mental de Trabajo</i>	170

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura N°1: Modelo Demanda-Control</i>	22
<i>Figura N°2: Modelo Demanda-Control-Apoyo social</i>	25
<i>Figura N°3: Modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensa</i>	27
<i>Figura N°4: Articulación de los modelos Demanda-Control-Apoyo y desbalance Esfuerzo-Recompensa</i>	29
<i>Figura N°5: Relación entre presión-tensión mental</i>	31
<i>Figura N°6: Conceptos relacionados con la Carga Mental de Trabajo</i>	34
<i>Figura N°7: Modelo de distribución de Recursos múltiples</i>	35
<i>Figura N°8: Integración de los diversos modelos y conceptualizaciones de la investigación</i>	41
<i>Figura N°9: Perfil de Riesgos Psicosociales en función de los grupos de trabajo</i>	162
<i>Figura N° 10: Perfil de Carga Mental de Trabajo en las UPC participantes en función de grupos de trabajo</i>	169

INDICE DE CUADROS

<i>Cuadro N°1: Resumen de resultados bivariados en relación a la percepción de Riesgos Psicosociales de los/as participantes de esta investigación</i>	126
<i>Cuadro N°2: Resumen de resultados bivariados en relación a la percepción de la Carga Mental de Trabajo de los/as participantes de esta investigación</i>	141
<i>Cuadro N°3: Comprobación de las hipótesis propuestas para esta investigación</i>	174



RESUMEN

Objetivo: evaluar cómo incide el trabajo de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Pacientes Críticos en su percepción de *Riesgos psicosociales* y *Carga mental de trabajo*.

Sujetos y método: investigación con diseño explicativo, transversal y comparativo con abordaje cuantitativo. Se censó a 379 trabajadores/as de Unidades de Pacientes Críticos (UPC) de tres hospitales chilenos, que corresponde al 86.9% del total de trabajadores. El 13.1% restante no cumplió con los criterios de inclusión o negó su participación. Para la recolección de los datos, se utilizaron tres instrumentos: a) Antecedentes biosociodemográficos elaborado por la autora. b) SUSESO-ISTAS 21 para evaluación de *Riesgos psicosociales*, cuestionario adaptado, validado y estandarizado para Chile por la Superintendencia de Salud. c) ESCAM, para la valoración de *Carga mental de trabajo* (CMT), validado para población sanitaria chilena. Para el análisis estadístico se empleó el software SPSS versión 15 y 18. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. La presente investigación contó con la autorización del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y de cada uno de los comités de ética de las instituciones participantes y durante todo el estudio, se contemplaron los principios éticos de E. Emmanuel.

Resultados: los trabajadores/as de las UPC participantes perciben un alto nivel de exposición a riesgos psicosociales en las dimensiones *Demandas psicológicas* y *Doble presencia*, en un 53,8% y el 53% respectivamente. Además, se obtiene un promedio de CMT global de $\bar{x}=3,38$ (D.E: 0,43; Rango: 2,1-4,49) que corresponde a un nivel de CMT media-alta. Se obtuvieron diferencias significativas entre algunas variables independientes y las dimensiones de *Riesgos psicosociales* y CMT. Se lograron correlaciones positivas y significativas entre algunas dimensiones de SUSESO-ISTAS 21 (*Exigencias psicológicas*, *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, *Compensaciones* y *Doble presencia*) con todos los factores de ESCAM. Mediante análisis de regresión se obtuvo que tres factores psicosociales (*Exigencia psicosociales*, *Compensaciones* y *Doble presencia*) contribuyen a explicar casi un tercio de la CMT Global. A través de análisis de regresión lineal *stepwise*, se encontró que existen variables predictoras (nivel de estudio, edad del trabajador/a, sexo de trabajador/a, número de hijos/as, edad de los hijos/as y condiciones ambientales de trabajo) que explican la variabilidad las dimensiones de *Riesgos psicosociales*. Por otra parte, las variables predictoras (sexo del trabajador/a, nivel de estudio, edad de los hijos/as, alteración de salud diagnosticada, desempeña otras funciones a la asistencia, ruido en el puesto de trabajo) explican la variabilidad de los factores de CMT. Finalmente, se obtuvieron diferencias significativas entre las tres UPC participantes respecto a la percepción de *Riesgos psicosociales* y CMT. Se determinaron diferencias significativas entre los grupos de trabajo para *Riesgos psicosociales* y CMT.

Conclusión: El trabajo realizado por el equipo de salud en las UPC incide en la percepción de *Riesgos psicosociales* y *Carga mental de trabajo* de estos/as. La alta demanda cognitiva, las exigencias psicológicas, el ritmo de trabajo acelerado, la complejidad de las tareas, las interrupciones, entre otros aspectos negativos determinan un ambiente psicosocial laboral generador de sobrecarga mental de trabajo.

Palabras clave: Riesgos laborales; riesgos psicosociales; Carga mental de trabajo; Salud laboral; Unidades de cuidados intensivos.

ABSTRACT

Objective: to evaluate how the work of team members of the Critical Patients Units affects their perception of *Psychosocial Risks* and *Mental Workload*

Methods: a explanatory, cross-sectional and comparative research with a quantitative approach was done. 379 workers of the Critical Patients Units (CPU) from three Chilean hospitals, representing 86.9% of all the workers, were surveyed. The remaining 13.1% did not meet the inclusion criteria or refused to participate. Three instruments were used for data collection: a) Biosociodemographic background prepared by the author. b) SUSESO-ISTAS 21 questionnaire for assessment of *Psychosocial risks*, adapted, validated and standardized to Chile by the Superintendence of Health. c) ESCAM, for the valuation of *Mental Workload* (MW), validated for Chilean health population. Statistical analysis was carried out with the SPSS software versions 15 and 18. Descriptive and inferential statistics were used. It is indicated that this investigation had the approval of the Bioethics Committee of the Medical Faculty of the University of Concepción and each of the Ethics Committees of the participating institutions. Finally, it is noted that throughout the investigation, the ethical principles of E. Emmanuel were contemplated.

Results: the CPU workers participating in the study perceived a high level of exposure to psychosocial risks in the *Psychological demands* and *Double presence* dimensions, with a 53.8% and 53% respectively. Moreover, an $\bar{x}=3,38$ global MW average (S.D: 0,43; Range: 2,1-4,49) was obtained, corresponding to a mid-high level of MW. Significant differences between some independent variables and the *Psychosocial risks* and *MW* dimensions were obtained. Also positive and significant correlations were obtained between some SUSESO-ISTAS 21 dimensions (*Psychological demands*, *Active job and skill development*, *Compensation* and *Double presence*) and all the ESCAM factors. By regression analysis it was found that three psychosocial factors; (*Psychosocial demands*, *Compensations* and *Double presence*); help explain almost a third of the Global MW. A *stepwise* linear regression analysis revealed that there are predictor variables (level of study, age of the worker, sex, number of children, age of children and working environment conditions), which explain the variability of the *Psychosocial risks* dimension. Furthermore, the predictor variables (sex of the worker, level of study, age of children, impaired health diagnosed, performs other functions to assistance, noise in the workplace) explain the variability of the MW factors. Finally, significant differences were obtained between the three CPU participating regarding perceptions of *Psychosocial risks* and *MW*. Significant differences were also determined between working groups for *Psychosocial risks* and *MW*.

Conclusion: The work done by the health team in the CPU, affects their perception of *Psychosocial risks* and *Mental Workload*. The high cognitive demands, psychological demands, the accelerated pace of work, the complexity of the tasks, interruptions, among other negative aspects determine a psychosocial work environment generator of mental work overload.

Keywords: Occupational risks; Psychosocial Risks; Mental Workload; Occupational health; Intensive Care Units.

1) INTRODUCCIÓN

1.1) PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1) Contexto histórico y visiones disciplinares

Desde los albores de su existencia en la tierra, el ser humano ha realizado numerosas actividades con el fin de supervivencia o mantención de la vida. Expertos reconocen que dentro de ellas se encuentra el trabajo, actividad vinculada con la realización de tareas, obtención de productos, satisfacción de necesidades, entre otros aspectos. A pesar de la importancia para las personas, el trabajo se ha definido y comprendido de diversas formas dependiendo del momento histórico, sociopolítico, zona geográfica, paradigmas de pensamiento, por nombrar algunos de los intervinientes en su definición. Es así como emergen diversos postulados y visiones en relación con el trabajo desde diversas disciplinas pertenecientes a las ciencias sociales, tales como Antropología, Psicología, Filosofía, entre otras.

Desde el punto de vista antropológico, el trabajo ha ocupado un papel central en las civilizaciones modernas. La cultura occidental ha estado basada en el trabajo y este a su vez, ha incidido en los modos de vida que han caracterizado el desarrollo de la sociedad hasta hoy. La evolución del trabajo y su significación ha cambiado a lo largo de la historia de la humanidad. En las primeras sociedades anteriores al capitalismo, el trabajo tenía una significación que no es asimilable al concepto actual, pues se realizaba, no sólo en función de la reproducción para la subsistencia o para el intercambio, sino en el marco de un sistema de representaciones que refuerza la identidad grupal en torno a los valores más allá del acto económico, tal como se conoce en la sociedad contemporánea ⁽¹⁾.

Otra mirada emerge de la Psicología, en donde Dejours postula que el trabajo puede dar lugar al placer, derivado del deseo y convertirse en uno de los elementos estructurales que permiten conquistar el equilibrio psíquico y la salud mental ⁽²⁾. Otros autores definen el trabajo como una actividad de carácter productivo que realizan las personas aportando

recursos propios (energía, habilidades y conocimiento) para la obtención de algún tipo de compensación material o psicosocial. Por ende, plantean que el trabajo posee implicaciones psicosociales positivas y negativas. Entre las positivas destacan que por medio del trabajo las personas pueden realizarse, dar sentido a sus vidas y ser creativas, entrega estatus y prestigio social, constituye una fuente importante de identidad personal y social, genera implicaciones de carácter económico, ya que permite sobrevivencia y la obtención de bienes de consumo, es una fuente de oportunidades para la interacción y contactos sociales, estructura el tiempo de las personas, trasmite normas, creencias y expectativas sociales y permite el desarrollo de habilidades y destrezas. Sin embargo, también genera implicaciones negativas, ya que puede ser disfuncional y frustrante. Esto sucede específicamente, cuando el trabajo es repetitivo, deshumanizante, humillante, monótono y no potencia la autonomía personal del trabajador o trabajadora ^(3,4).

Por otro lado, al concebir el trabajo desde la Filosofía, Marx plantea postulados sobre esta temática. Se visualiza el constructo trabajo desde este autor porque esta tradición teórica se inspira en valores emancipatorios, los cuales están al servicio de una transformación social, que aumenta los grados de autonomía y autorrealización de los individuos ⁽⁵⁾. Dentro de sus supuestos, Marx visualizaba el trabajo como condición de vida de las personas ^(*), independiente de todas las formas de sociedad y representa una necesidad perenne y natural sin la que no se concebiría el intercambio orgánico entre las personas y la naturaleza, ni por consiguiente, la vida humana ⁽⁶⁾. Según analistas de la filosofía de Marx, esta entrega grandes y originales aportaciones en relación con el trabajo, el cual es visualizado como un concepto amplio pues su realización está encaminada hacia un fin, por medio de la interacción social y comunicación, como la autoexpresión práctica del ser humano. Sumando a ello, una visión no productivista y descentralizada ^(5,6).

Desde una perspectiva histórica, es en el siglo XVIII cuando se produce un hito en relación con el trabajo, producto de un gran cambio en la estructura y organización de éste, la

^(*) El presente documento procura utilizar un lenguaje no excluyente entre mujeres y hombres. A pesar de ello, las referencias relacionadas con el tema del trabajo usan la palabra “hombre” de manera indistinta para hablar de personas, sean ellos hombres o mujeres. Por eso, se determinó utilizar el término personas en remplazo de “hombre”, con el fin de mantener el principio de igualdad durante el desarrollo de todo este trabajo.

Revolución Industrial ^(7,8), la cual impactó a nivel mundial y fue artífice de transformaciones presentes incluso en nuestros días. Es en esta época cuando se inicia la mecanización de las tareas, la producción en gran escala, entre otros hechos que generan la necesidad de mano de obra, éxodo rural con el respectivo desplazamiento a las grandes urbes generando concentración de nueva población urbana ⁽²⁾. Sumado a eso, se comenzó a visualizar el impacto de esta nueva realidad en los y las trabajadores/as; entre los ámbitos más destacables, se encuentran: la relación entre condiciones de trabajo y enfermedad, como falta de higiene, promiscuidad, agotamiento físico, accidentes de trabajo y subalimentación, lo que generó condiciones de morbilidad, gran mortalidad, originando un elevado ausentismo y baja productividad ^(2,9,10), dando como resultado que la eficacia y la calidad del trabajo fueran evidentemente afectadas.

Además, a nivel social se ve afectada la familia y la comunidad por largas y extenuantes jornadas de trabajo (de hasta 16 horas), trabajo infantil, salario muy bajo, el cual no lograba cubrir el consumo mínimo de las familias, viviendas precarias, entre muchos otros ⁽²⁾. La relevancia de dichos cambios y la vorágine productiva provocó que los gobiernos, las industrias y empresas se despreocuparan de estos efectos negativos para la sociedad y las y los trabajadoras/es, ya que interesaba la empresa productiva y no el capital humano. Esto llevó a la sociedad obrera a organizarse, levantar la voz y hacer un llamado de alerta en relación con estas injusticias, originando conflictos armados, especialmente en Europa. De esta manera, se forjan organizaciones a nivel mundial que dan cuenta de estas temáticas hasta nuestros días.

1.1.2) Nacen organizaciones internacionales en relación con el trabajo

A inicios del siglo XX surge el interés de expertos por conocer la manera en que el trabajo, en esta nueva organización y contexto, afecta a la sociedad en general y en forma puntual la salud de las personas que desempeñan alguna tarea ^(8,11). Esto se evidencia con la creación de instituciones representativas a nivel global, como la Organización Internacional del trabajo (OIT), la cual nace en 1919, posterior a la primera guerra mundial. Dicha organización, emerge con la convicción de que la justicia social es el cimiento esencial para

la paz universal.

Dentro de sus principios se encuentran la justicia social, la dignidad en el trabajo, la libertad sindical y de expresión, la igualdad y el imperativo de vencer la pobreza. Esta organización comprende el trabajo como un conjunto de actividades humanas, remuneradas o no, las cuales producen bienes o servicios en una economía o que satisfacen las necesidades de una comunidad o proveen los medios de sustento necesarios para los individuos ⁽¹²⁾. Además, postula que el trabajo debe ofrecer oportunidades reales de logros personales, autorrealización y servicio a la sociedad, el cual debe realizarse en condiciones adecuadas para el bienestar de los y las trabajadores/as, coherentes con la dignidad de la persona y en un ambiente sano y seguro ⁽¹³⁾. De esta manera, la OIT es el marco institucional e internacional que posibilita abordar estos tópicos y hallar soluciones para la mejora generalizada de las condiciones de trabajo ⁽¹⁴⁾.

Posteriormente, en 1950 la OIT y la Organización Mundial de la Salud (OMS) forman el Comité Mixto sobre Medicina del Trabajo. Ambas instituciones plantean que la salud en el trabajo debe orientarse hacia la promoción y mantenimiento del más alto grado posible de bienestar físico, mental y social de los trabajadores y las trabajadoras de todas las profesiones; la prevención de la pérdida de la salud de los y las trabajadores/as por causa de sus condiciones de trabajo; la protección de los y las trabajadores/as frente a los riesgos derivados de factores nocivos para la salud en su puesto de trabajo; la colocación y mantenimiento de los y las trabajadores/as en un medio ambiente de trabajo adaptado a las capacidades físicas y psicológicas y, en resumen, la adaptación del trabajo a las personas y de las personas a su trabajo” ⁽¹³⁾.

Dichas instituciones se han preocupado por elaborar estrategias y sugerir planes de acción para sus miembros, además de instar a los países para que desarrollen normativas legales con la finalidad de proteger a los y las trabajadores/as. Por esta razón, la O.M.S en el 2007 divulga “Salud de los Trabajadores: plan de acción mundial, 2008 – 2017” en donde solicita a sus miembros asegurar la colaboración y la acción concertada entre todos los programas nacionales de salud de los trabajadores, por ejemplo, los relativos a la

prevención de enfermedades y traumatismos ocupacionales, enfermedades transmisibles y crónicas, promoción sanitaria, salud mental, salud ambiental y desarrollo de los sistemas de salud. Se destaca entre sus objetivos el de “proteger y promover la salud en el lugar de trabajo” pues indican que se ha de mejorar la evaluación y la gestión de los riesgos sanitarios en el lugar de trabajo mediante la definición de intervenciones esenciales para prevenir y controlar riesgos mecánicos, físicos, biológicos, químicos y psicosociales en el entorno laboral ⁽¹⁵⁾. Consecutivamente, según la O.I.T la seguridad y la salud en el trabajo es hoy, más que nunca, un derecho humano fundamental y una parte esencial de las relaciones laborales. Por eso, las condiciones de trabajo negativas, seguridad y salud precaria y un aumento de los accidentes, las enfermedades y las muertes relacionadas con el trabajo para millones de mujeres y hombres, debieran ser una preocupación permanente para todos los actores a nivel económico, político y social ⁽¹⁶⁾.

1.1.3) Chile: país miembro de OIT

Los países miembros de estas organizaciones han atendido las estrategias mencionadas y han desarrollado políticas públicas y normativas en relación con la salud de los y las trabajadores/as a nivel mundial. En este sentido, la legislación en Chile advierte que el trabajo cumple una función social, el cual entrega libertad a las personas para contratar y dedicar su esfuerzo a la labor lícita que elijan, como también la importancia de que las relaciones laborales deben siempre basarse en un trato digno ⁽¹⁷⁾. Además, como miembro activo de OIT y OMS, reconoce la importancia y relevancia de las estrategias y postulados elaborados por estas organizaciones, generando normativas para regular la salud de los trabajadores a nivel nacional. Entre las más importantes están ⁽¹⁸⁾: el Código del trabajo que regula las relaciones entre los empleadores y los trabajadores ⁽¹⁷⁾; el Código Sanitario que rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes ⁽¹⁹⁾; reglamentos y normativas técnicas sectoriales, las cuales permiten la aplicación de los códigos y leyes y regulan otros campos de acción específicos, como la minería; la Ley 16.744 que establece normas sobre riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Puntualmente, en su artículo N°7, define enfermedad profesional como la causada de

manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte ⁽²⁰⁾. En esta línea, el Ministerio de Salud, postula al trabajo como un determinante social de la salud y el bienestar debido a su significado en el desarrollo humano el cual va más allá del ingreso económico, pues implica posición en la jerarquía social, redes de relaciones y de apoyo, uso de las capacidades y habilidades de las personas y la posibilidad de acceder a un mayor nivel de desarrollo familiar ⁽²¹⁾.

1.1.4) Efectos del trabajo sobre la salud de las personas

El trabajo representa un ámbito de desarrollo humano incuestionable. Expertos en el tema lo reconocen como una importante fuente de satisfacción, crecimiento personal, placer entre otros factores positivos. Mediante el trabajo las personas logran acceder a una serie de cuestiones favorables para mantener un buen estado de salud en todas sus aristas ^(22,23). Sin embargo, se localiza una evidencia empírica que demuestra el efecto negativo del trabajo en la salud, tanto física como mental de los y las trabajadores/as.

Así mismo, en relación con las consecuencias en la salud física, en Europa y Asia está documentado que los y las trabajadores/as padecen problemas músculoesqueléticos, cardiovasculares, respiratorios, entre otras alteraciones a nivel físico. Además, estas problemáticas se hacen presentes según el tipo de actividad que desempeñe el o la trabajador/a ^(24,25). En América Latina, se documentan mediciones de carga física de los puestos de trabajo que evidenciaron riesgos de lesiones músculoesqueléticas por levantamiento de cargas y por trabajo repetitivo ⁽²⁶⁾. En cuanto a los y las trabajadores/as de la salud, estudios en Argentina y Brasil indican que el trabajo de pie, la jornada en turnos, cambios de temperatura, manejo de cargas físicas y malas posturas, llevan a los profesionales de Enfermería a padecer alteraciones músculoesqueléticas como lumbalgias y hernias del núcleo pulposo, entre otras ^(27,28).

Igualmente, la salud mental se ve afectada a causa del trabajo. Según algunos investigadores, casi la totalidad de los problemas de salud mental (incluidos algunas alteraciones como depresión y crisis de pánico) con gran frecuencia se relacionan

directamente con el trabajo realizado por las personas ⁽²⁹⁾. Algunas de sus causas están relacionadas con los cambios que el mundo actual ha impuesto en la organización del trabajo, entre ellas ^(30,31,32,33): el *aumento del trabajo intelectual*, articulado con la evolución y desarrollo de países más industrializados generando una disminución de la carga física y un aumento de la carga cognoscitiva o intelectual. Otro aspecto interesante es la tendencia general de las empresas a la especialización de los y las trabajadores/as, lo que origina el trabajo repetitivo y la presión para disminuir los tiempos en la producción. Se incluye aquí también la exigencia de trabajar en equipo, aspecto negativo cuando existen límites poco claros en relación con la definición de funciones, lo que aumenta el estrés debido a la incertidumbre por la poca claridad de rol. Sin embargo, pudiera existir mayor flexibilidad y versatilidad para desarrollar la tarea.

Otra causa es el *aumento de empresas pertenecientes al sector servicios*, pues a pesar de que este tipo de riesgos pueden estar presentes en cualquier área de desempeño laboral, los expertos reconocen una mayor posibilidad de su presencia en el sector servicios. Este constituye una primera fuente generadora de empleos con nuevas formas de contratación, subcontratación, externalización de los servicios u organizaciones en forma de red que limitan la jerarquía y aumentan la complejidad de las relaciones de trabajo, priorizando solamente la calidad del servicio.

También se reconoce como causantes de problemas en salud mental el uso *generalizado de nuevas tecnologías*; esto corresponde al difundido uso de aparatos electrónicos, los cuales emergieron para facilitar la ejecución de la tarea y su realización con más autonomía, pero que también ha significado mayor disponibilidad temporal y la dependencia personal del trabajador/a con su empleador, sin límites de horario y jornadas de trabajo. Desde otra mirada, esta generalización tecnológica ha provocado en los y las trabajadores/as no tan jóvenes, una mayor exigencia y adaptación a la forma de trabajo que pudiera no ser fácil, provocando temor de que pudieran prescindir de ellos/as si no logran las competencias en el uso de dichas herramientas tecnológicas.

Finalmente, *la globalización* podría ser causante en la aparición de estos riesgos, pues está

relaciona con la economía globalizada y la competitividad mundial, aspectos que repercuten en los y las trabajadores/as, en relación con los ritmos de trabajo o tiempos disponibles para la empresa, donde la flexibilidad esta cada día más en boga. Dichos aspectos están generando un cambio en el concepto de trabajo.

Todas estas transformaciones se han llevado a cabo con mayor énfasis en países con elevado avance industrial y en naciones con economías emergentes como Chile ⁽³⁴⁾ y al parecer, han sido partícipes en el desarrollo de enfermedades laborales relacionadas con padecimientos del campo psicológico, provocando adicción al trabajo y problemas de salud que afectan el desempeño de los y las trabajadores/as ⁽³⁰⁾. Según los expertos, este tema ha sido escasamente estudiado y visibilizado en los lugares de trabajo ⁽³⁵⁾; solo en los últimos años y producto del aumento de este tipo de alteraciones, las organizaciones internacionales y las empresas han tomado algunas medidas y planteado estrategias como disminuir las horas diarias de trabajo, disponer de programas de pausas activas y vacaciones compensatorias, entre otros. Dichas medidas se hacen necesarias pues los problemas de salud, tanto físicos, como mentales son causantes de un incremento en el gasto de personal por ausencias y la repercusión en la calidad del servicio que las organizaciones ofrecen a los usuarios ⁽³⁰⁾. Un número importante de expertos postula que las condiciones presentes en una situación laboral directamente relacionada con la organización del trabajo, el contenido del puesto y la realización de la tarea, tienen capacidad de afectar positiva o negativamente el desarrollo del trabajo y la salud física, psíquica y social de las personas que trabajan y son reconocidos como factores psicosociales a nivel laboral ^(31,36,37,38,39,40).

1.1.5) Factores psicosociales en el trabajo: una preocupación para Salud laboral

El comité mixto OIT/OMS, en la novena reunión sobre Medicina del trabajo celebrada en Ginebra en 1984 acuerda que los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo y la persona que trabaja, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal, las que pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo ⁽⁴¹⁾. Además, según la evidencia,

estos factores pueden ser elementos positivos o negativos para el bienestar de los trabajadores/as, constituyéndose en este último caso en un riesgo para la salud pudiendo provocar ausentismo, desmotivación y bajo desempeño. Es decir, cuando estos factores son percibidos como negativos por los y las trabajadores/as, pasan a ser factores psicosociales de riesgos pues acarrear consecuencias nocivas como la fatiga laboral y saturación, entre otras, lo cual podría generar daños a nivel psicológico, fisiológico o social a las personas. De esta manera los riesgos psicosociales tienen una alta probabilidad de afectar la salud de los y las trabajadores/as y el funcionamiento de la empresa a mediano y largo plazo ^(36,42). Autores indican que los riesgos psicosociales se clasifican en: a) *Riesgos relacionados con la organización general del trabajo*: comunicación, participación, turnicidad, estilo de liderazgo, cambios tecnológicos. b) *Riesgos relativos a las tareas específicas de cada trabajador*: autonomía, atención, definición de rol, contenido de la tarea, formación para el puesto o presión de tiempo. c) *Riesgos relativos a las interacciones sociales*: relaciones personales y de trabajo entre los/as colaboradores/as, compañeros de trabajo, jefatura y las relaciones del trabajador con los clientes o proveedores ^(37,39).

La preocupación por el estudio de estos riesgos en el entorno laboral surge fundamentalmente por la alta relación encontrada entre riesgos psicosociales y enfermedad ⁽⁴³⁾. Sus consecuencias pudieran recaer en la salud del trabajador/a (física o mental), así como también sobre el trabajo o la tarea afectando a la institución o a la empresa. La salud física de los y las trabajadores/as se puede ver afectada directamente en los sistemas cardiovascular, músculoesquelético y endocrino, entre otros. Así mismo, en el trabajo y las instituciones se puede producir una disminución de la productividad o de la calidad, incremento de ausentismo o duración de las bajas laborales por enfermedad y falta de cooperación. Finalmente, la salud psicológica de los y las funcionarios/as se podría perturbar con alteraciones como la monotonía, saturación, sobrecarga e infracarga mental, etc. ^(44,45,46,47,48,49,50). Estos últimos elementos enfrentan a los y las trabajadores/as, a uno de los factores psicosociales más trascendentes en la actualidad, la carga mental.

1.1.6) *La Carga mental: un factor psicosocial a nivel laboral*

La Carga mental se encuentra presente en todas las tareas a desempeñar; surge como un componente del concepto de carga de trabajo e incluye costos físicos y mentales derivados del desempeño laboral ⁽³⁴⁾. Lo físico o fisiológico, derivado de esfuerzos necesarios para la actividad, tales como posiciones incómodas asumidas para ejercer las tareas, sobrecarga de actividades, doble o triple jornada y trabajos en turnos, por citar algunos ejemplos. Por otra parte, lo mental o psicológico está relacionado el ritmo y la intensidad con la que se llevan a cabo las tareas, convivir con actividades de alta carga emocional, la necesidad de mantenerse actualizado, condiciones competitivas del mercado del trabajo y relaciones de poder que afectan diversos saberes relacionados con la actividad, entre otros ⁽⁵¹⁾. Según algunos autores, la Carga mental está determinada por factores exógenos y endógenos. Como factores exógenos se comprende la dificultad y características de la tarea y los endógenos hacen referencia a las características individuales de cada persona; estos están relacionados con aspectos subjetivos e internos y tienen que ver con las experiencias pasadas, la personalidad del trabajador/a, entre otros aspectos, los cuales pueden ser percibidos de forma diferenciada por cada persona ^(52,53,54,55).

En este sentido, la percepción de los *Riesgos psicosociales* y la *Carga mental de trabajo* representan procesos internos y subjetivos, los cuales determinan de manera única e individual la respuesta y adaptación de las personas a su contexto laboral y a su desempeño. Esto hace visible la importancia de realizar mediciones de percepción de los *Riesgos psicosociales* y *Carga mental en el trabajo*, especialmente en grupos o colectivos de mayor vulnerabilidad, como los trabajadores/as del ámbito sanitario ⁽⁵⁶⁾, puntualmente los que laboran en unidades de alta complejidad, como las Unidades de Pacientes Críticos.

Las Unidades de Pacientes Críticos emergen con la Reforma de Salud Chilena realizada en el periodo 2004 – 2005, la cual determinó entre otros aspectos organizar los hospitales en Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) u Hospitales Autogestionados, los cuales son definidos como aquellos hospitales dependientes del servicio de salud con mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de

prestaciones ⁽⁵⁷⁾. Es de la organización administrativa interna de donde emerge la creación de los Centros de Responsabilidad (CR). Estos CR son útiles dentro de la organización para su gestión global ⁽⁵⁸⁾. Dentro de estos, se encuentra el Centro de Responsabilidad de Unidad de Pacientes Críticos (CR-UPC), el que en forma general reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos y las Unidades de Cuidado Intermedio Médico, Quirúrgico y Neuroquirúrgico y Urgencia del Establecimiento con una organización y dependencia común ⁽⁵⁹⁾, las variaciones de las unidades que los conforman dependerán de cómo cada Establecimiento Autogestionado en Red determine su organización administrativa. El CR-UPC asegura una atención de calidad a pacientes críticamente enfermos, contando para ello con un equipo altamente calificado de médicos, enfermeras, kinesiólogos, técnicos paramédicos y auxiliares, para proporcionar atención multidisciplinar e integral ⁽⁵⁹⁾.

1.1.7) Problema de investigación

Los y las trabajadores/as de las Unidades de Pacientes Críticos, están expuestos/as a *factores de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo* debido a las características intrínsecas ligadas a su quehacer tales como la responsabilidad de la vida de otros; desempeñarse en modalidad de turnos; desempeñar actividades que requieren un alto grado de concentración; repetición de jornadas; alta exigencia de la tarea; exigencia de formación continua y el quehacer vinculado al sufrimiento, entre otras condiciones que pudieran producir alteraciones en la salud en estas personas ⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾.

Los aspectos mencionados son desconocidos e insuficientemente visibilizados a nivel nacional, ya que son escasos los estudios realizados en relación con la temática y los que existen dan cuenta de alteraciones que se relacionan en forma colateral con la temática de estudio, como el estrés *Burnout*, entre otros ^(62,63,64). Además, dichas investigaciones son realizadas en estamentos específicos como médicos, enfermeras, paramédicos, pero no incorporan a todo el equipo de salud ^(65,66,67,68,69). Al considerar a todos los protagonistas de la atención en salud se obtendrá una visión integral de la problemática. Así mismo, la investigadora, quien se desempeñó como enfermera clínica en Unidades de Emergencias y

de Cuidados Intensivos, observó durante varios años la exposición del equipo de salud a los *Riesgos psicosociales y Carga mental de trabajo*.

De este modo, surge como principal interrogante: ¿de qué manera se relaciona el trabajo efectuado por los integrantes del equipo de salud en las unidades de pacientes críticos con la magnitud percibida de *Riesgos psicosociales y Carga mental de trabajo*? Además, a la autora le interesa conocer ¿cuál es la percepción de los *Riesgos psicosociales y la Carga mental de trabajo* en los y las funcionarias que se desempeñan en las Unidades de Pacientes Críticos? ¿Los años de experiencia producen algún cambio en la percepción de la *Carga mental de trabajo y de Riesgos psicosociales*? ¿Los aspectos biosociodemográficos, como edad, sexo, profesión, entre otros, influyen en la percepción de la *Carga mental* y de los *Riesgos psicosociales* en los funcionarios de las Unidades de Pacientes Críticos? ¿Cuál de los estamentos del equipo de salud percibe una mayor *Carga mental de trabajo* y de *Riesgos psicosociales*? ¿Existirán diferencias entre las diversas Unidades de Pacientes Críticos, en relación con la percepción de *Riesgos psicosociales* y la *Carga mental de trabajo*?

1.1.8) *Fundamentación del estudio*

En Chile existen normativas y leyes que protegen a los trabajadores/as, las cuales enfatizan lo físico y patocéntrico y escasamente se visualizan los *Riesgos psicosociales y Carga mental* en los lugares de desempeño. Especialistas en la temática indican que estos riesgos podrían ser la base de muchas patologías relevantes como las músculoesqueléticas, cardiovasculares, gastrointestinales, depresión, adicciones, las cuales a su vez producen ausentismo, baja en la productividad y alteraciones en la organización. Esto se ve reflejado en los datos entregados por la Superintendencia de Salud, los cuales indican que en Chile se tramitaron 182.797 (18,7%) licencias por trastornos mentales y del comportamiento y de estas, el 52.752 (28,9%) corresponde a trastornos de ansiedad, reacción grave al estrés y trastornos de adaptación. Esto demuestra el aumento de la problemática planteada a nivel nacional, hecho que justifica una investigación al respecto.

Igualmente, la normativa vigente no salvaguarda a los y las trabajadores de las alteraciones

de salud causadas directamente por la presencia de *Riesgos psicosociales* y de *Carga mental de trabajo*. Así, esta investigación podrá contribuir en gran medida a la incorporación de estas problemáticas en el marco regulador actual, pues dará cuenta de la magnitud del problema, específicamente en los ámbitos sanitarios y aportará evidencia que sustente la estructuración de normativas por parte de las autoridades o nuevos planteamientos en relación a los riesgos ocupacionales, como son los psicosociales. Esta afirmación es compartida por algunos investigadores, según los cuales la política de salud laboral chilena debe plantearse ampliar su atención más allá de los accidentes laborales hacia el reconocimiento con el trabajo, tanto de cara a la prevención como al tratamiento y rehabilitación y más allá de los riesgos tradicionales hacia los riesgos relacionados con la organización del trabajo y las condiciones de empleo ⁽¹⁸⁾.

Otro aspecto importante que fundamenta este estudio es la incorporación de estas temáticas en los objetivos sanitarios 2011 – 2020, ya que entre ellos se encuentra desarrollar hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan la reducción de los factores de riesgos asociados a la carga de enfermedad de la población. Postulan el fomento de una salud óptima a través de la promoción y prevención de riesgos e incorporan los riesgos psicosociales ⁽⁷⁰⁾. Por otra parte, se propone fortalecer la institucionalidad del sector salud donde una de sus estrategias es aumentar la investigación en salud. Ellos mencionan que “las inversiones en investigación y desarrollo en salud no solo benefician a la salud presente y futura de las poblaciones, sino que también tienen un impacto positivo en el crecimiento económico de los países” ⁽⁷⁰⁾, aspecto que este estudio podría fortalecer, pues al diagnosticar la percepción de factores de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo, se podrían proponer medidas de mejora para implementar beneficios tanto para los y las usuarios/as, los y las trabajadores/as, así como para las instituciones o empresas de salud.

Así, la relevancia social de esta investigación pertenece al ámbito de la Salud Pública. Autores plantean que los estudios realizados en torno a estas problemáticas permiten concluir que los *Riesgos psicosociales* y las consecuencias que de ellos se derivan, como la sobrecarga e infracarga de trabajo, alcanzan niveles suficientemente elevados como para ser considerados una amenaza para la salud pública de la población ^(37,71). De esto emana la

necesidad de conocer la presencia de *Riesgos psicosociales* y *Carga mental* en los ambientes laborales, por el gran impacto que estos tienen en la salud de las personas, así como en sus familias y el entorno. Estos cada vez cobra mayor relevancia ya que son indicadores de magnitud en relación con el aumento sostenido de la incapacidad laboral derivada de este tipo de trastornos, que, además, conlleva una alta inversión de recursos en Seguridad Social por parte de las empresas y/o organizaciones laborales ^(72,73).

Por tanto, el aporte que entregará este estudio a los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) al evaluar la presencia o ausencia de *Riesgos psicosociales* y *Carga mental*, es el de brindar información para fundamentar el desarrollo de políticas internas tanto de prevención, como de fomento, según los datos encontrados. Así mismo, en el futuro, tender a ambientes de trabajo saludables, pues la condición de trabajo del recurso humano es un aspecto prioritario.

La relevancia disciplinar de esta investigación es ampliar horizontes escasamente explorados por Enfermería, como lo son los *Riesgos psicosociales* y la *Carga mental de trabajo*. Busca otorgar evidencia que potencie la línea de salud laboral para Enfermería y, a partir de este diagnóstico, establecer equipos multidisciplinarios desde donde pudieran emerger estrategias de intervención orientadas hacia la promoción y prevención de salud de estos/as trabajadores/as. Otro aporte es la generación de una base teórica y conceptual que otorgará a futuro la estructuración de teorías de rango medio para proporcionar por parte de Enfermería, sustento teórico para el cuidado de los y las trabajadoras, tanto a nivel nacional, como mundial.

La importancia de este estudio para la práctica de Enfermería se presenta desde dos perspectivas. La primera se relaciona con aspectos de liderazgo y gestión por parte de las enfermeras/os en sus lugares de desempeño, pues el profesional de Enfermería debe estar preparado para liderar equipos de promoción de ambientes saludables de trabajo y gestionar estilos de trabajo con enfoque preventivo. Dichos aspectos debieran ser entregados a partir de la formación de enfermeros y enfermeras desde los primeros acercamientos al ámbito

laboral, tarea pendiente para las académicas y las enfermeras clínicas encargadas de la formación.

Desde otra perspectiva, está el *cuidado* que brindan los y las funcionarios/as del equipo de salud en las UPC. La existencia de *Riesgos psicosociales* y sobrecarga e infracarga de trabajo podría provocar una merma en la entrega de atención a los usuarios, relacionando esto a una baja calidad, falta de eficiencia y escasa seguridad. Este es un aspecto relevante, pues dentro de los objetivos sanitarios propuestos para el período 2010 – 2020 se incluye la mejora en la calidad de la atención ⁽⁷⁰⁾. Visibilizar el problema de estudio es el primer paso para tomar medidas con respecto a los *Riesgos psicosociales* y *Carga mental* presentes en las UPC, y al ser estos intervenidos, permitirán una mejor calidad en la entrega de atención al usuario externo.

1.2) OBJETIVOS

1.2.1) *Objetivo general*

- Evaluar cómo incide el trabajo de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Pacientes Críticos en su percepción de *Riesgos psicosociales* y *Carga mental de trabajo*

1.2.2) *Objetivos específicos*

Respecto a los y las funcionarios/as del equipo de salud que se desempeñan en las unidades participantes del estudio:

- Describir el perfil biopsicosociodemográfico, variables laborales, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud del equipo de las Unidades de Paciente Crítico (UPC).
- Determinar la percepción e intensidad de los *factores de riesgos psicosociales* en los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Paciente Crítico.
- Determinar la percepción e intensidad de la *Carga mental de trabajo* por los miembros

del equipo de salud de las Unidades de Paciente Crítico.

- Determinar si la percepción de *Riesgos psicosociales* se relaciona con la percepción de *Carga mental de trabajo* por parte de los miembros del equipo de salud de las Unidades de Paciente Crítico.
- Relacionar las dimensiones de *Riesgos psicosociales* con variables laborales, biopsicosociodemográficas, las condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud.
- Relacionar los factores de *Carga mental de trabajo* con variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud.
- Determinar cuánto influye cada una de las dimensiones de *Riesgos psicosociales* en la percepción de *Carga mental de trabajo* de los y las trabajadores/as de las Unidades de Paciente Crítico.
- Determinar cuánto influyen las variables laborales, las biopsicosociodemográficas, los aspectos relacionados con salud y las condiciones del ambiente de trabajo en la percepción de *Riesgos psicosociales* de los miembros del equipo de salud de las Unidades de Paciente Crítico.
- Determinar cuánto influyen las variables laborales, las biopsicosociodemográficas, los aspectos relacionados con salud y las condiciones del ambiente de trabajo en la percepción de la *Carga mental de trabajo* de los miembros del equipo de salud de las Unidades de Paciente Crítico.
- Comparar la percepción de los y las trabajadores/as en cada una de las dimensiones de *Riesgos psicosociales*, según las diversas instituciones de salud participantes.
- Comparar las percepciones de los y las trabajadores/as que se desempeñan en las Unidades de Paciente Crítico en cada una de las dimensiones de *Riesgos psicosociales*, según categoría ocupacional.
- Comparar las percepciones de *Carga mental de trabajo* de los y las trabajadores/as de las instituciones de salud participantes.
- Comparar las percepciones de *Carga mental de trabajo* de los y las trabajadores/as que se desempeñan en las Unidades de Paciente Crítico, según categoría ocupacional.

1.3) HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

- **H1:** Los trabajadores/as que evalúan su quehacer con un alto nivel de exposición a los *Riesgos psicosociales* perciben una alta *Carga mental de trabajo*.
- **H2:** Las mujeres que trabajan en las Unidades de Paciente Crítico refieren un mayor nivel de exposición a *Riesgos psicosociales* y una *Carga mental de trabajo* más alta que los hombres que se desempeñan en dichas unidades.
- **H3:** A mayor antigüedad en el puesto de trabajo, el nivel de exposición a los *Riesgos psicosociales* y la percepción de *Carga mental de trabajo* es más baja en este grupo de trabajadores.
- **H4:** A mayor percepción de apoyo en tareas domésticas, el nivel de exposición a los *Riesgos psicosociales* y la percepción de *Carga mental de trabajo* es más baja en este grupo de trabajadores/as.
- **H5:** Los y las trabajadores/as que perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo perciben un mayor nivel de exposición a *Riesgos psicosociales* y una *Carga mental de trabajo* más alta.
- **H6:** Enfermería es la categoría ocupacional que percibe una mayor exposición a *Riesgos psicosociales* en relación con las demás categorías que forman el equipo de trabajo de las Unidades de Pacientes Críticos.

1.4) VARIABLES DEL ESTUDIO

1.4.1) Variables dependientes

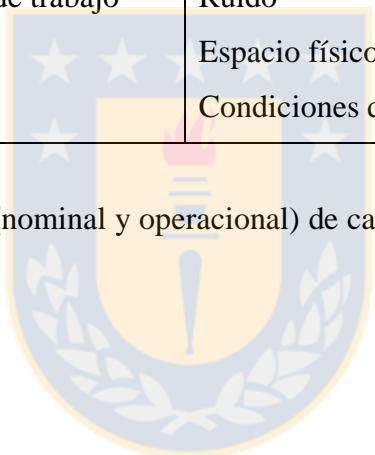
<i>Riesgos psicosociales</i>	Dimensiones de las variables
	<i>Exigencias psicológicas</i> <i>Trabajo activo y desarrollo de habilidades</i> <i>Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo</i> <i>Compensaciones</i> <i>Doble presencia</i>
<i>Carga mental de trabajo</i>	<i>Demandas cognitivas y complejidad de la tarea</i> <i>Organización temporal del trabajo</i> <i>Características de la tarea</i> <i>Ritmo de trabajo</i> <i>Consecuencias para la salud del trabajador.</i>

1.4.2) Variables independientes

<i>Variables laborales</i>	Ítems
	Institución de Salud Unidad o servicio donde se desempeña Categoría ocupacional Antigüedad en el puesto Tipo de contrato Sistema de turno Desempeña otra función que la asistencial Trabaja en otra institución
<i>Variables biopsicosociodemográficas</i>	Sexo Edad Situación de pareja Nivel de estudios Número de hijos/as Edad de los hijos/as

	Hijos/as a su cargo Colaboradores al cuidado de los hijos/as Familiares a su cargo Colaboradores al cuidado de familiares Apoyo en las tareas domésticas
Aspectos relacionados con su salud	Consulta médica Licencia médica Enfermedad diagnosticada Evaluación general de salud
Condiciones ambientales de trabajo	Temperatura Iluminación Ruido Espacio físico Condiciones de higiene

Se indica que la definición (nominal y operacional) de cada una de las variables se detallan en el *Anexo A*.



1.5) MARCO REFERENCIAL

1.5.1) Marco Teórico

La presente investigación se sustenta en modelos teóricos relacionados con los *riesgos psicosociales*, la *carga mental de trabajo* y el concepto de percepción. Expertos como Lazarus y Folkman ⁽⁷⁴⁾, Cox ⁽⁷⁵⁾, Karasek y Theorell ⁽⁷⁶⁾ y Siegrist ⁽⁷⁷⁾, han levantado diversas posturas teóricas con el fin de dar sustento para la evaluación, manejo e intervención en el abordaje de *riesgos psicosociales* a nivel laboral. Así, en 1990, Karasek y Theorell presentan el modelo Demanda-Control-Apoyo Social, el cual intenta describir y analizar situaciones laborales estresantes y pone énfasis en las características psicosociales del entorno del trabajo. Este ha sido sin lugar a dudas uno de los modelos más influyentes en las investigaciones sobre *riesgos psicosociales* en el trabajo, estrés y enfermedad desde principios de los años ochenta ^(78,79) y ha sustentado numerosos estudios a nivel mundial. ^(80 - 84)

En esta misma línea, Siegrist en 1996 plantea el modelo de Esfuerzo-Recompensa identificando que la interacción entre esfuerzo elevado y un bajo nivel de recompensa a largo plazo representa una situación de riesgo para la salud mental de los y las trabajadoras ⁽⁸⁵⁾. Este modelo ha sido aplicado para evaluar alteraciones cardiovasculares relacionadas con *factores de riesgos psicosociales* y en la medición de niveles de estrés en contextos laborales diversos ^(86 - 89).

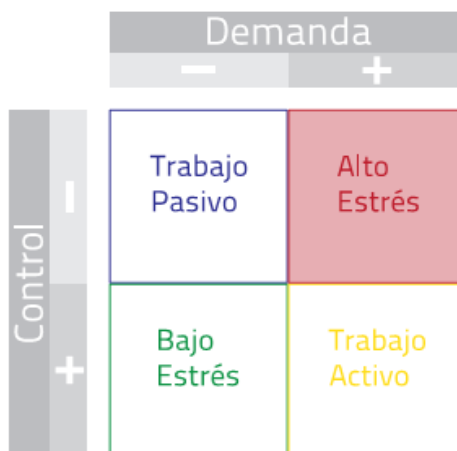
La *Carga mental de trabajo* ha sido identificada como un factor psicosocial influyente en los diversos lugares de desempeño. Para dar respuesta a ello, se han desarrollado normativas y modelos teóricos que lo sustenten. Wickens, en 1994, postula el modelo de recursos múltiples, donde se intenta demostrar que la persona cuanto más tareas desempeñe y más herramientas cognitivas y perceptuales utilice en ello, la *Carga mental* en el desempeño de la tarea irá en aumento pudiendo generar consecuencias negativas en la salud de las personas.

1.5.1.1) Modelo Demanda-Control-Apoyo Social (*Demand-Control-Social support*)

Karasek y Theorell desarrollan este modelo desde la hipótesis inicial que teniendo “control” (o latitud en la toma de decisiones) sobre el proceso de trabajo, la persona reduce el nivel de estrés e incrementa la posibilidad de desarrollar sus habilidades para desempeñar la tarea ⁽⁷⁶⁾. Es muy importante puntualizar que este modelo se desarrolló en relación con los entornos de trabajo en donde los estresores son crónicos ⁽⁹⁰⁾, por lo que las respuestas fisiológicas son insuficientes.

Al inicio, este modelo se estructuró en dos dimensiones. Una de ellas es la *demanda psicológica* (exigencia psicológica), referida al requerimiento psicológico que el desarrollo de la tarea o trabajo implica para la persona. Hace referencia a cuánto se trabaja: cantidad y volumen de trabajo, presión de tiempo, niveles de atención, interrupciones imprevistas, estresores que derivan de conflictos personales y trabajo en turnos (especialmente rotativos). Por otro lado, el *control* (margen decisorio o latitud de toma de decisión) es esencial para el modelo, puesto que es un recurso para moderar las demandas de trabajo. Este se entiende como la aptitud del trabajador para controlar sus actividades y la utilización de sus capacidades no para controlar a otras personas ⁽⁹⁰⁾. Esta dimensión hace referencia a cómo se trabaja y tiene dos componentes: *autoridad sobre la tarea o autonomía*, lo cual corresponde a que la persona pueda controlar sus propias actividades y el *desarrollo de habilidades o destrezas*, es decir, el grado en que el trabajo permite a la persona desarrollar sus propias capacidades ^(76,90-91). Ambas dimensiones (Demanda/Control) se relacionan de forma negativa y positiva, formando cuatro tipos de experiencias de trabajo. Lo planteado se grafica en la *Figura N° 1*.

Figura N°1: Modelo Demanda-Control



Fuente: Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. 1990.

Con base en estos conceptos, demanda y control, Karasek plantea cuatro tipos de experiencia de trabajo ⁽⁷⁶⁾:

- **Trabajos de alto estrés:** en esta experiencia de trabajo se podrían observar las reacciones más adversas de estrés psicológico (fatiga, ansiedad, burnout, depresión y enfermedad física) que ocurren cuando las demandas psicológicas del trabajo son altas y el control de la tarea o labor es bajo. Estas reacciones indeseables de tipo estrés se producen cuando la actuación se combina con limitadas oportunidades para actuar o para afrontar el estresor; se denomina a esto “tensión psicológica” ⁽⁹⁰⁾. Los autores postulan que el fenómeno de tensión ocurre en muchos trabajos del mundo moderno, siendo este el gran problema psicosocial, ya que las demandas tienen consecuencias negativas si ocurren junto con una ausencia de posibilidad de influir en las decisiones relacionadas con el trabajo ⁽⁹²⁾. Según esto, los trabajos catalogados como de alto estrés, en este modelo serían generadores de riesgos psicosociales; por lo tanto, las personas que se desempeñan en ellos tienen una alta probabilidad de alterar su salud por esta causa.
- **Trabajos activos:** según los autores, cuando el control sobre el trabajo es alto y también son elevadas las demandas psicológicas, ese esfuerzo psicológico es positivo y lleva al trabajador al logro de sus metas; a esto también se le llama “estrés positivo” ⁽⁷⁸⁾. Para este

“trabajo activo” se predice solamente una tensión psicológica media, pues gran parte de la energía que provocan muchos de los estresores de trabajo (retos) se traducen en relación directa a la solución eficaz de problemas, de manera que queda poca tensión residual, ⁽⁹⁰⁾ la que al parecer no sería suficiente para ocasionar trastornos de tipo psicosocial. Con este tipo de trabajo se puede predecir un conjunto optimista de resultados psicosociales - aprendizaje y crecimiento - propicios para elevar la productividad.

- *Trabajos de bajo estrés:* en este tipo de trabajo los niveles de demanda psicológica son bajos con altos niveles de control. Según los autores, estos trabajadores son más felices y saludables que el promedio. Por eso, este tipo de trabajos podría ser una solución para la tensión psicológica. Expertos indican que esta experiencia de trabajo es la de más bajo estrés, pues el alto control hace posible la reacción óptima a cada demanda. Por lo tanto, el riesgo de alterar el bienestar mental o de padecer una enfermedad psicosomática es bajo o escaso ⁽⁹⁰⁾.
- *Trabajos pasivos:* aquí se representa un tipo de trabajo con baja demanda psicológica y bajo control, lo que provoca un entorno de trabajo muy poco “motivador” ⁽⁹⁰⁾, en el cual puede ocurrir una progresiva atrofia de las habilidades y capacidades aprendidas con anterioridad. Según los autores, el trabajo pasivo es el segundo problema psicosocial que se describe en su modelo, ya que esto podría ser causa de una secuencia de situaciones de trabajo en que se rechazan las iniciativas de los trabajadores ⁽⁹⁰⁾. Sumado a ello, en esta experiencia de trabajo, se predice que el fenómeno de aprendizaje negativo o la pérdida gradual de la habilidad adquirida, traspasa a otros ámbitos de desempeño del trabajador/a, lo que acarrearía a estas personas menores actividades de ocio fuera del trabajo.

Posteriormente, Karasek atiende los aportes realizados por Johnson y Hall ⁽⁸¹⁾, los cuales suman al modelo una tercera dimensión “apoyo social” por el impacto de este constructo en la salud de los trabajadores. Johnson y Hall realizan en 1988 una investigación en trabajadores/as suecos con un rango de edad de 16 – 69 años. Dentro de sus hallazgos indican que el apoyo social es un aspecto importante en relación con el impacto de tensión laboral, ya que los trabajadores con menor nivel de apoyo social presentaron altas tasas de

prevalencia de tensión en el trabajo. Puntualizan que bajo soporte social en combinación con bajo control se asoció al incremento de los promedios de alta tensión, incluso en ausencia de alta demanda.

Se ha comprobado empíricamente que los efectos del estrés relacionados con el trabajo son peores cuando falta también apoyo e interacción social en el trabajo ⁽⁷⁶⁾. Para Karasek y Theorell, el apoyo social en el trabajo corresponde a todos los niveles de interacción social positiva disponible en el trabajo, tales como el apoyo de los compañeros/as de trabajo y supervisores ⁽⁷⁶⁾. Los autores postulan que han sido identificados variados tipos de soporte o apoyo social. Uno de ellos, el *apoyo socio-emocional* es el que amortigua el estrés psicológico laboral. Este se relaciona con el grado de integración socioemocional y la confianza entre compañeros de trabajo, supervisores y administrativos. Otro tipo es el *apoyo social instrumental*, relacionado con recursos adicionales para la ayuda con las tareas de trabajo entre los compañeros/as de trabajo y los supervisores; se relaciona con formas concretas de apoyo, como por ejemplo, la solución de problemas difíciles ^(76,93).

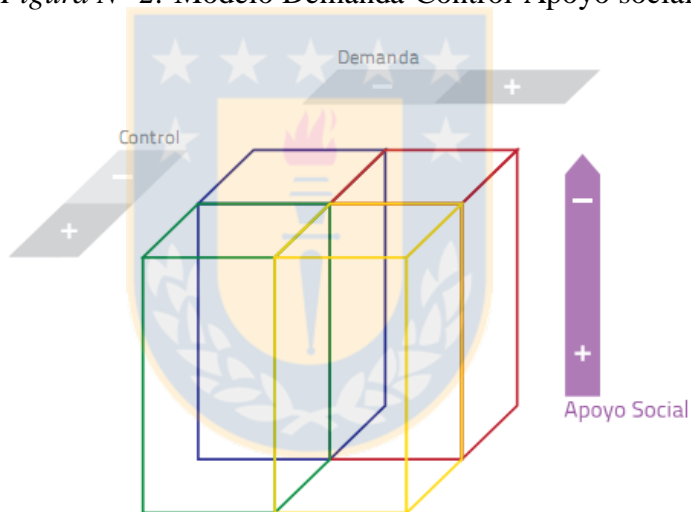
Según Karasek, son diversos los mecanismos por los cuales la relación social en el trabajo puede afectar el bienestar y salud de los trabajadores. Entre ellos se destacan ⁽⁷⁶⁾:

- El apoyo social puede describirse como un mecanismo de amortiguación entre estresores psicológicos del trabajo y resultados adversos para la salud.
- En los seres humanos, el contacto social y la estructura social afecta procesos fisiológicos básicos, los cuales son importantes para el mantenimiento de la salud a largo plazo y para la adquisición de nuevos conocimientos.
- El apoyo social puede facilitar la activación de patrones de comportamiento que no solo afectan la salud a través de efectos de segundo orden, sino que también pueden afectar la productividad.
- El desarrollo de patrones de comportamientos activos: un positivo sentido de identidad basado en valor social y en la contribución individual a logro de bienestar y metas colectivas.

Según otros expertos, la función del apoyo social pareciera ser la de incrementar la

habilidad para hacer frente a una situación de estrés mantenido ⁽⁷⁸⁾. Así, esta nueva dimensión actuaría en el modelo como amortiguador o *buffer* de efecto de alta tensión o alto nivel de estrés, de forma tal que un nivel alto de apoyo social en el trabajo, disminuiría el efecto de alta tensión, mientras que un nivel bajo de soporte, lo aumentaría (*figura N°2*) ⁽⁹¹⁾. Se propone, entonces, que la condición de alta demanda, bajo control y poco apoyo social se consideraría la más perjudicial para la salud ⁽⁸⁴⁾. Según otros autores, el apoyo social reduce el efecto del estrés, redundando en una mejora de la salud del individuo ⁽⁸²⁾. Sin embargo, un tratamiento teórico completo de las repercusiones de las relaciones sociales, tanto sobre el estrés, como sobre el comportamiento en el trabajo, es algo muy complejo que requiere investigaciones más profundas ⁽⁹⁰⁾.

Figura N° 2: Modelo Demanda-Control-Apoyo social



Fuente: Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. 1990.

En el esquema se visualiza que el apoyo social produce su mayor efecto como amortiguador de riesgo psicosocial en la experiencia de trabajo en donde la demanda es alta y el control es bajo; es decir, trabajo de alto estrés. Los autores del modelo reconocen al trabajo pasivo como un segundo problema psicosocial, pues en este el o la trabajador/a se encuentra desmotivado y pasivo, por lo que el apoyo social bajo perjudicaría más la situación. Por eso es de suma importancia la incorporación de esta variable en las investigaciones tendientes a conocer los factores de riesgos psicosociales en el trabajo.

Para finalizar este apartado se puede afirmar que el modelo *Demanda-Control-Apoyo social* ha promovido en los últimos años gran número de estudios. Ha contribuido a documentar de manera más concreta la importancia de los factores psicosociales en la estructura de las profesiones actuales como factor de riesgo en el caso de enfermedades y condiciones sociales más duras de la sociedad industrial ⁽⁹⁰⁾.

1.5.1.2) Modelo Desbalance Esfuerzo – Recompensa (Effort – Reward Imbalance)

Este modelo fue desarrollado por Johannes Siegrist, en 1996 y muchos autores lo han utilizado como complemento del Modelo de Karasek y Theorell ^(94,95,96,97). Siegrist postula que las teorías relacionadas con el estrés en el trabajo y salud son importantes porque ellas entregan nuevas explicaciones a fenómenos que han sido poco entendidos hasta hoy ⁽⁹⁸⁾. A fines del siglo XX se inicia el estudio de estas temáticas y se desarrolla el modelo de desbalance Esfuerzo-Recompensa, en donde se afirma que el rol del trabajo en la adultez es vincular funciones autorreguladoras como son la autoestima y autoeficacia con la estructura de oportunidades sociales. Esto significa que la categoría profesional u ocupacional del trabajador/a es asociada a una opción de retribución y realización, ser recompensado o apreciado y de pertenencia significativa a algún grupo, por ejemplo, colegas de trabajo. Sin embargo, estos efectos potencialmente beneficiosos del rol del trabajo en la autorregulación emocional y motivacional, están supeditados a un requisito fundamental de cambio en la vida social, como es la reciprocidad. Esto es, el esfuerzo que se destina al trabajo como parte de un proceso de intercambio organizado, la sociedad en su conjunto contribuye en términos de recompensa ⁽⁷⁷⁾. Por esta razón, este modelo se basa en los efectos del esfuerzo que instala la persona en la realización de su trabajo en balance con la recompensa. De esta manera, si el trabajador/a percibe que realiza un gran esfuerzo para desarrollar su labor y las compensaciones que obtiene por ellos son bajas, podría provocar alteraciones en su salud como estrés, sobrecarga y fatiga mental, entre otras. Según Siegrist, este modelo reclama la falta de reciprocidad entre costos y ganancias o beneficios, define el estado emocional distresante con especial propensión de activación autonómica y asociado a la reacción al estrés ⁽⁷⁷⁾.

En la *figura N°3* se esquematiza el modelo y se puntualizan algunos de los constructos que

los sustenta.

Figura N°3: Modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensa



Fuente: Siegrist J. Advance Health Effect of High-effort/Low-reward conditions. 1996.

- Esfuerzo: este se consigue como parte de un proceso de intercambio social que para la sociedad en general se retribuye en términos de recompensas. Tiene dos subdimensiones, extrínseco (demandas y obligaciones en el trabajo) e intrínseco (se relaciona con la motivación propia del trabajador/a para enfrentar una situación exigente).

- Recompensa: las “recompensas sociales” se distribuyen en tres dimensiones de gratificaciones laborales: Dinero, autoestima y control de estatus ⁽⁷⁷⁾. La noción de *control de estatus* evolucionó desde el interés del autor por aquellos aspectos de la vida laboral que acechan las funciones de autorregulación de las personas (independiente del sexo), su sentido de dominio, eficacia y autoestima, como evocaciones recurrentes de miedo, rabia o irritación.

De esta manera, se visualiza la importancia de incorporar este modelo para la medición de riesgos psicosociales presentes en los lugares de desempeño laboral, ya que según su creador, el trabajador/a reclama por la falta de reciprocidad, lo cual ocurre en forma frecuente en el campo laboral. La recompensa se ve alterada en términos de altos costos y bajas ganancias para el o la trabajador/a, generando emociones negativas, las cuales provocan activaciones autonómicas y neuroendocrinas y efectos adversos a largo plazo. Finalmente, estos acarrear alteraciones en la salud física, social y mental de los y las trabajadoras ⁽⁹⁸⁾ y se transforman en riesgos psicosociales en el ambiente laboral.

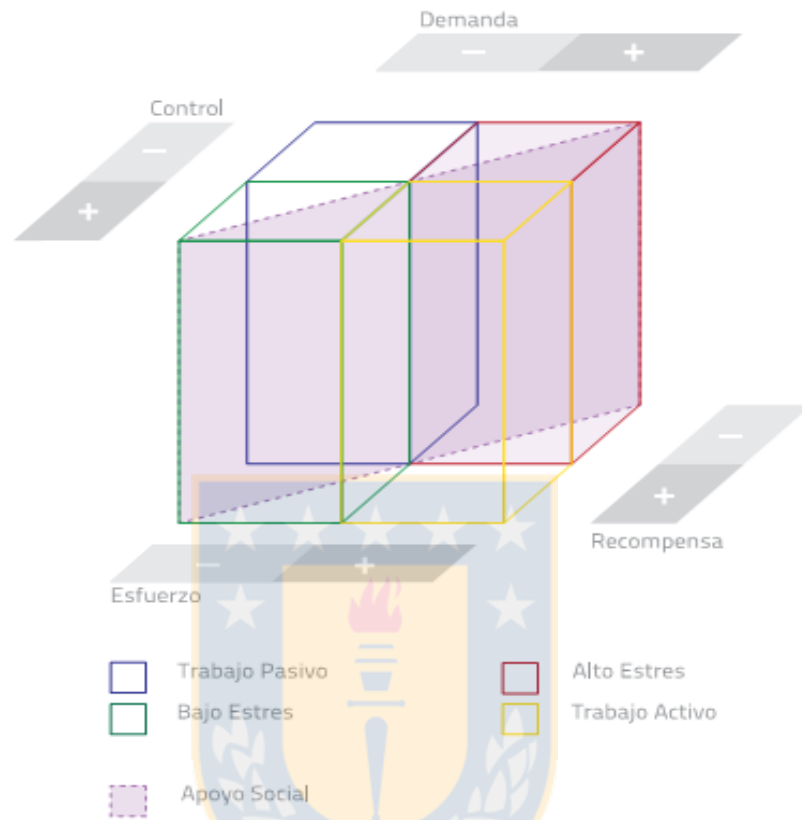
1.5.1.3) *Fundamentación de la utilización de los modelos de Demanda-Control-Apoyo Social y Desbalance Esfuerzo-Recompensa*

La integración de estos modelos ha permitido identificar factores de riesgo psicosocial en el trabajo, relacionados con el estado de salud de los trabajadores, lo que se esquematiza en la *figura N° 4*.

Se distingue en la parte superior de la gráfica el modelo de Demanda-Control-Apoyo, en el cual los y las trabajadores/as que identifiquen su trabajo en el cuadrante superior derecho, se encuentran en presencia de alta tensión en el trabajo, lo que podría llevarle al enfrentamiento de riesgos psicosociales en el desarrollo de su tarea, posiblemente afectado su salud.

Por otra parte, el cuadrante inferior nos permite ver cuáles modelos son complementarios ya que al existir baja recompensa y alto esfuerzo, el o la funcionario/a podría aumentar el riesgo. Es aquí en donde se visualiza que el apoyo social que percibe el o la trabajador/a puede actuar como *buffer*, mermando esta percepción de alta tensión y destacándolo como un aspecto importante. Este aspecto debe ser evaluado con el fin de potenciar el apoyo si existe, o trabajar al respecto para que el o la trabajador/a logre percibirlo por parte de sus compañeros de labor como de sus superiores y/o directivos.

Figura N°4: Articulación de los modelos Demanda-Control-Apoyo y Desbalance Esfuerzo-Recompensa



Fuente: Adaptado de Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life y Siegrist J. Advance Health Effect of High-effort/Low-reward conditions. Por: Ceballos P, Paravic T, Burgos M. *Percepción de Riesgos psicosociales y Carga mental de los trabajadores/as del equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos*, 2014.

1.5.1.4) *Carga mental de trabajo y Modelo de Recursos Múltiples*

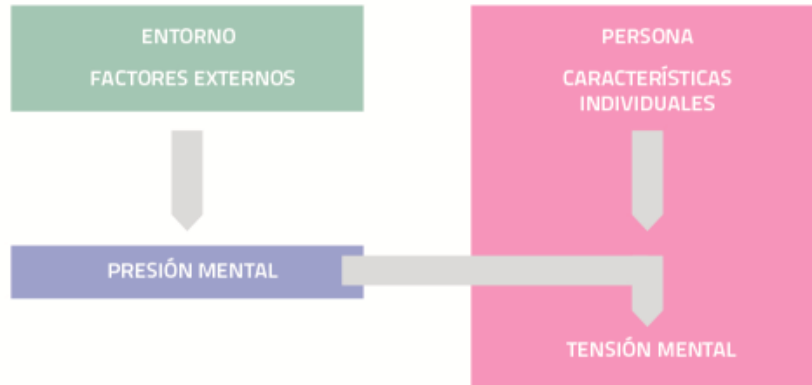
La *Carga mental* constituye un importante factor psicosocial a nivel laboral, representando un constructo que se ha trabajado fuertemente en los últimos 30 años. Sin embargo, aun no existe consenso en su definición especialmente la de tipo operacional. ^(34,54,55) A pesar de ello, los investigadores, refieren la existencia de dos enfoques para su definición, los cuales cuentan con bases teóricas sólidas ^(52,54,99).

a) Enfoque *interacción exigencias-recursos*, el cual intenta explicar las reacciones que distinguen a unos individuos de otros ante condiciones y exigencias idénticas en el plano físico y psicosocial. Desde esta visión, se pueden explicar las diferencias individuales en los patrones de reacciones subjetivas ante determinadas exigencias y condiciones de carga, como ejemplo, en términos de fatiga, monotonía, aversión afectiva, agotamiento, entre otros. Según Dalmau, este enfoque hace referencia a la limitación de las capacidades o recursos que pueden precisar la realización de una o varias tareas simultáneas. Los investigadores que se adscriben a este enfoque, asumen que la persona posee una capacidad atencional finita que puede depositarse en una o varias tareas.

b) El segundo enfoque, *exigencias de la tarea*, considera las demandas de la tarea como una variable independiente externa, a las que los trabajadores deben enfrentarse de forma más o menos eficaz. Este enfoque utiliza como referencia básica el concepto de estrés-tensión, según el cual las demandas de la tarea constituyen el estrés y los trabajadores tratan de adaptarse o enfrentarse a las exigencias impuestas. Expertos indican que este enfoque hace referencia a la conceptualización de la tarea, especialmente en términos de contenido y de cumplimiento de esta, sobre todo en lo relacionado con la estructura y las fases de las acciones destinadas a la consecución de un objetivo. Es decir, desde este enfoque se deriva que la carga mental estaría compuesta por dos elementos: la presión (*stress*) o demandas de la tarea y la tensión (*strain*) o impacto resultante sobre la persona. Sin embargo, no tiene en consideración la aportación que sobre la *carga mental* pudieran tener elementos como la experiencia de la persona en la realización de la tarea. La normativa europea y española que describe la *carga mental de trabajo*, UNE-EN ISO 10075-1⁽¹⁰⁰⁾, puede ser considerada un

ejemplo de este enfoque (*Figura N°5*).

Figura N°5: Relación entre presión-tensión mental



Fuente: Adaptado de UNE-EN ISO 10075-1. Por: Díaz D, Fernández E y Rolo G. En: Guías de intervención. *Carga mental de trabajo*. España, 2012

La tesis recogida en la ISO-10075-1 engloba las propuestas básicas de los dos enfoques descritos por Hacker, quien señala que aunque surgen de contextos diversos, ambos son necesarios y ayudan a entender distintos problemas de forma fundamentada ⁽⁵²⁾. Esto concuerda con la perspectiva de esta investigación, desde donde se postula que la *carga mental de trabajo* debe comprenderse desde una interacción de ambos enfoques, ya que en conjunto, aportan para la comprensión del fenómeno.

De la misma manera, considerando la idea de complementariedad, Young y Stanton proponen en el 2001 que la *carga mental de trabajo* es “*el nivel de recursos atencionales necesarios para equilibrar los criterios de ejecución objetivos y subjetivos, que son modificados por las demandas de la tarea, el soporte externo y la experiencia*” ⁽¹⁰¹⁾. Esta definición resume los elementos explicativos de la *carga mental de trabajo* en: (a) la relevancia de los recursos cognitivo-atencionales de las personas que son limitados; (b) la determinación de los criterios de ejecución, tanto por parte de fuentes externas, como por parte del trabajador/a y (c) la influencia en la carga mental de las demandas y características de la tarea, las variables individuales y otras variables externas de la situación. De este modo, en este estudio se entenderá como *carga mental de trabajo* a la brecha existente entre la capacidad de la persona para realizar una tarea y los

requerimientos de esta, así como a los recursos requeridos por una persona para desarrollarla. En este proceso intervienen las demandas cognitivas, la complejidad de la tarea, las características de la tarea, la organización temporal, el ritmo de trabajo y las consecuencias para la salud de las personas.

Por otra parte, es relevante considerar en la evaluación e intervención de la *carga mental de trabajo* las dos dimensiones que explican este constructo. Una primera dimensión corresponde a *los tipos*, en donde se hace diferencia entre *carga mental cualitativa*, referida al nivel de complejidad cognitiva requerido por las tareas y *carga mental cuantitativa*, entendida como cantidad de tareas a realizar por el/la trabajador/a en un período de tiempo determinado. Y una segunda dimensión que establece los *niveles* de *carga mental* como resultado del desequilibrio generado por las demandas de las tareas y por las capacidades y características de los trabajadores. Estos niveles de *carga mental* oscilan en un continuo en cuyos dos extremos se encuentra la sobrecarga y la subcarga mental de trabajo. La sobrecarga hace referencia a las circunstancias en que el o la trabajador/a se ve sometido a más exigencias mentales de las que puede responder en función de sus capacidades. Mientras que la subcarga mental de trabajo emerge en aquellos contextos en que las tareas a realizar por el o la trabajador/a son escasas y, además, estas tienen bajos niveles de exigencias mentales. Tanto la sobrecarga como la subcarga mental tienen consecuencias negativas para el/la trabajador/a y para la organización; pero mientras se han señalado diversos factores que incrementan el nivel de *carga mental*, existe menos consenso al señalar qué factores producen subcarga mental ⁽⁵⁴⁾.

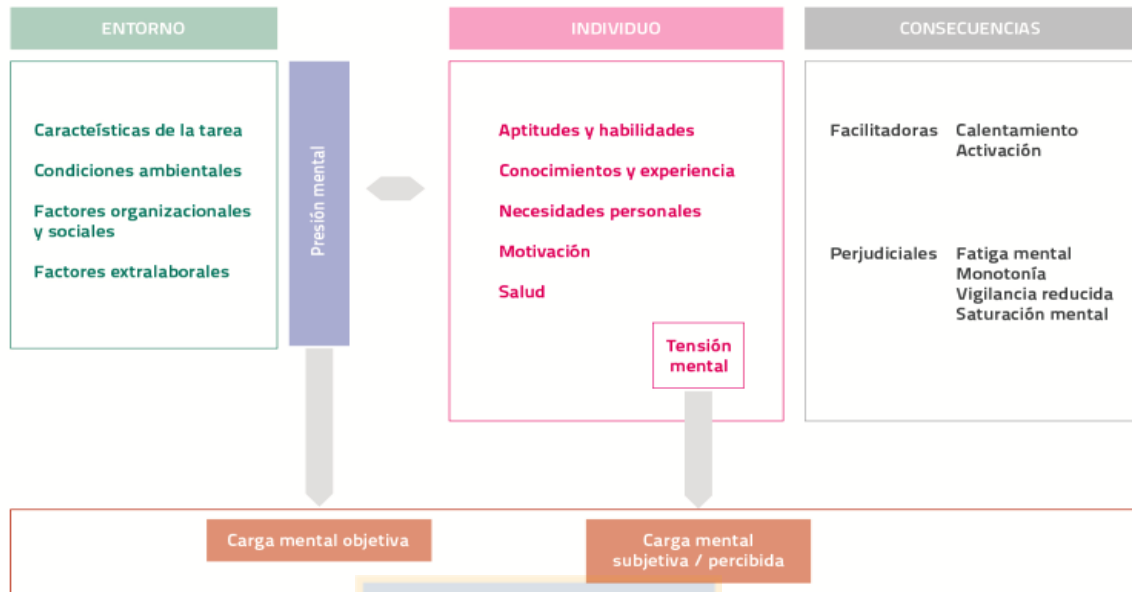
Las dos dimensiones, tipos y niveles, se combinan para dar lugar a cuatro grandes categorías de carga mental de trabajo, las cuales son relevantes diferenciar en sus procesos evaluativos: (a) Sobrecarga mental cuantitativa que surge cuando la presión temporal o un ritmo de trabajo acelerado dificultan el desempeño de una tarea. (b) Sobrecarga mental cualitativa producida cuando las demandas cognitivas requeridas para realizar una tarea son muy complejas sobrepasando los recursos disponibles del trabajador/a y, además, su ejecución es percibida como extremadamente difícil. (c) Subcarga mental cuantitativa, situaciones en las que el/la trabajador/a se enfrenta a pocas tareas con escasas demandas cognitivas y (d) Subcarga mental cualitativa, cuando la tarea a realizar es muy sencilla y se

dispone de tiempo suficiente para realizarla. Asimismo, hay situaciones en que se combinan la *carga mental* cualitativa y cuantitativa, como en aquellos puestos de trabajo en donde las tareas a desempeñar son excesivas o escasas para el tiempo disponible y al mismo tiempo su nivel de complejidad es elevado o, por el contrario, muy bajo ⁽¹⁰²⁾.

Como ya se mencionó, la *Carga mental de trabajo* es un constructo difícil de definir teóricamente; a ello se suma la existencia de varios conceptos relacionados con el término y que el cotidiano utiliza como sinónimos, entre ellos presión, estrés, tensión, fatiga, entre otros. La normativa ISO 10075-1 define presión (*stress*) mental como “el conjunto de todas las influencias apreciables, ejercidas por factores externos, que afectan mentalmente al ser humano”. Esta normativa reconoce como factores externos al individuo aspectos como: requisitos de la tarea, condiciones físicas de trabajo, factores sociales y organizacionales y factores externos a la organización e indica que estos factores pueden ser causa de carga mental ⁽¹⁰⁰⁾. Por otra parte, la tensión (*strain*) mental corresponde al “efecto inmediato de la presión mental en el individuo (a corto plazo), dependiente de sus condiciones previas habituales o actuales, incluyendo todas las formas de reacción” ⁽¹⁰⁰⁾.

Esta tensión es el efecto normal del proceso de enfrentarse a la carga mental de la tarea (objetiva), la cual puede tener efectos facilitadores para el desempeño o perjudiciales cuando se hace mantenido en el tiempo o presenta una alta intensidad. ⁽⁵⁴⁾. Otro concepto relacionado es la fatiga mental, la cual se define como “una disminución funcional tanto física como mental que ocasiona bajo rendimiento, así como sensación de apatía y agotamiento en la persona” ⁽¹⁰²⁾. Y el estrés es la respuesta física y psicológica del organismo ante demandas internas o externas que se perciben como amenazantes ⁽¹⁰³⁾. En la *figura N°6* se esquematizan las relaciones entre los conceptos definidos anteriormente, así mismo, se visibiliza que los requerimientos de las tareas y las condiciones en que estas deben realizarse son los que generan la presión mental y determinan la carga mental asociada al puesto de trabajo (*carga mental objetiva*). Al conjugarse estos factores con las características y el estado de la persona se genera la tensión mental, determinando la carga mental percibida (*carga mental subjetiva*) por el trabajador/a, y generando consecuencias negativas o positivas sobre la salud y el rendimiento ⁽¹⁰²⁾.

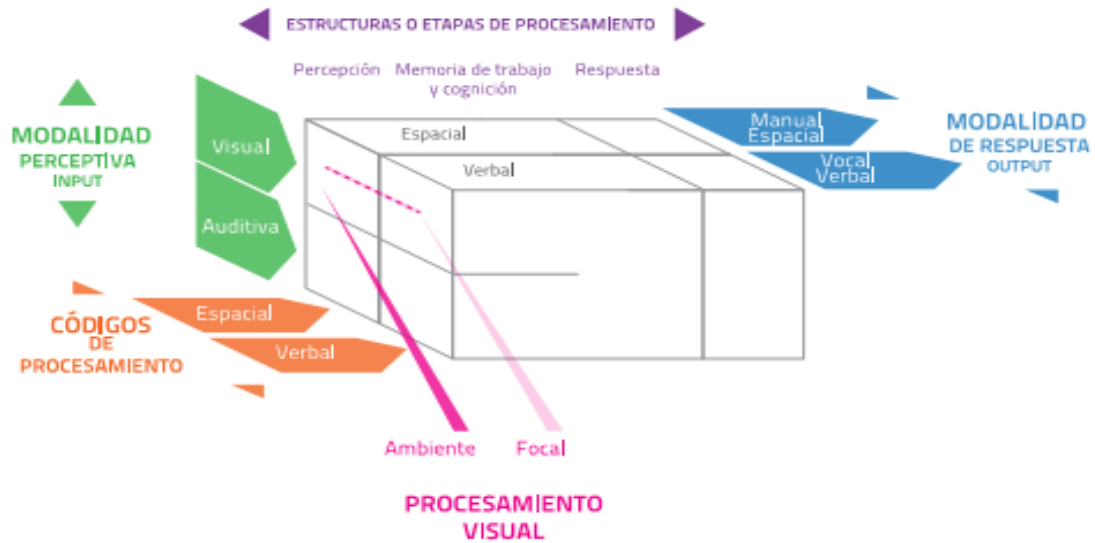
Figura N° 6: Conceptos relacionados con la *Carga mental de trabajo*



Fuente: Adaptado de UNE-EN ISO 10075-1. Por: Díaz D, Fernández E y Rolo G. En: Guías de intervención. *Carga mental de trabajo*. España, 2012

Sin duda alguna, la *Carga mental de trabajo* es un componente importante por tener en cuenta cuando una persona debe realizar actividades en forma simultánea. En 1992, Wickens propone el modelo de recursos múltiples (ver *figura N°7*), el cual ha aportado un marco interesante al estudio de carga mental ^(45,52,53,104,105), ya que trata de explicar cómo los recursos de procesamiento son distribuidos en tareas que se realizan simultáneamente. En este sentido, los recursos que requieren una tarea dependerán de categorías o dimensiones dicotómicas que varían en relación con el desempeño de la persona. Es decir, cada dimensión tiene dos niveles en igualdad de condiciones. Así, dos tareas que demanden en un nivel de dimensión (ej. dos tareas que demanden percepción visual), interferirán más en la carga mental que dos tareas que exijan en niveles separados de la dimensión (ej. una tarea que demande percepción visual y otra que demande percepción auditiva) ⁽¹⁰⁵⁾. Según el autor, existen recursos cognitivos específicos para diferentes tipos de procesamiento mental, teniendo cada conjunto de recursos su propia fuente separada de la capacidad; de esta manera la combinación de los recursos intra y entre dimensiones al llevar a cabo una tarea determinará el nivel de carga mental ⁽⁵³⁾.

Figura N°7: Modelo de distribución de Recursos múltiples



Fuente: Wickens C, McCarley J. Applied Attention Theory. 2008

Según el modelo, la tarea puede requerir que se destinen recursos al sistema perceptual, al procesador central o al sistema de respuestas. También las tareas pueden requerir que las personas procesen diferentes tipos de información dentro de un código espacial o verbal. La información procesada puede ser presentada a la persona dentro de dos modalidades fundamentales, auditiva o visual. Dentro de la modalidad visual existe una subdimensión entre dos aspectos diferenciables de esta modalidad, la visión focal o ambiental (53,104,105,106,107).

Con la finalidad de dar una mayor comprensión de las dimensiones o categorías del modelo se describen a continuación:

- *Estados o etapas de procesamiento*: esta dimensión contempla dos áreas: la perceptiva-cognitiva y la de repuesta. En la primera, tanto los procesos de percepción como los de cognición utilizan los mismos recursos y estos se encuentran funcionalmente separados de los segundos, es decir, de aquellos que subyacen a la selección y ejecución de las respuestas⁽⁵³⁾. Esto ha sido demostrado a partir de resultados de estudios en los que se ha aumentado la demanda de la respuesta a las tareas que desempeñan los y las trabajadores/as, evidenciando que los procesos en el área perceptiva-cognitiva no han sido

afectados ^(104, 105).

- *Modalidades perceptivas*: está representada por inputs visuales y auditivos, procesados por una fuente separada de recursos y capacidad. Igualmente las modalidades de output manual y vocal también tendrían cada una su propia fuente separada de recursos. Así, dos tareas que implican la misma modalidad de input (por ejemplo, auditivo) o la misma modalidad de output (por ejemplo, manual) se interferirán más y producirán más carga mental que dos tareas concurrentes con las modalidades de input y output diferentes ⁽⁵³⁾.

- *Procesamiento visual (visión focal-ambiental)*: dentro de la distinción de modalidades de procesamiento en los últimos años Wickens y cols. han llamado la atención sobre dos aspectos diferenciales del procesamiento visual, a los que ha denominado visión focal y visión ambiental. Ambos parecen definir recursos separados. La visión focal sería necesaria en aquellos casos en que se requiere el examen de los detalles finos de los estímulos, así como el reconocimiento de patrones. Por su parte, la visión ambiental integra fundamentalmente la visión periférica y es empleada en la orientación a través de los sentidos y en el movimiento propio ^(104, 105).

- *Códigos de procesamiento*: representados por procesos verbales y espaciales, dependen de recursos separados desde donde funcionen (percepción, memoria de trabajo o respuesta) ^(53,104,105). Desde esta perspectiva, se produciría interferencia entre dos tareas que requieren código verbal (búsqueda serial de dígitos y comprensión de sentencias) o código espacial (leer un mapa y mantener imagen visual). Sin embargo, si las dos tareas se procesan mediante códigos diferentes no se producirá interferencia ni aumentará la carga mental ⁽⁵³⁾.

Según expertos, el aporte de este modelo y sus dimensiones para la carga mental se relaciona en cuántos recursos de la misma dimensión se necesitan para llevar a cabo algún desempeño y, además, cuántas tareas se ejecutan a la vez. Es decir, si dos tareas comparten la misma fuente de recursos, el aumento de la dificultad o demanda de una de ellas hará que cuando se realicen simultáneamente el nivel de respuesta disminuirá y la carga mental de trabajo aumentará. En esta misma línea, si variadas tareas utilizan fuentes de recursos

diversas, la manipulación de la dificultad no afectará su ejecución ⁽⁵³⁾ y la carga mental de trabajo disminuirá.

1.5.1.5) Fundamentación de utilización de Carga mental de trabajo en la investigación

La integración de los enfoques de carga mental ha permitido visibilizar de forma integral este riesgo psicosocial. Las mediciones realizadas desde esta mirada se enfocan, tanto en las características de las tareas de las personas, como en la manera en que esta persona se desempeña en su entorno de trabajo. Para la presente investigación, el entorno de trabajo se relaciona con un área de atención hospitalaria específica como son las UPC, en donde el trabajo se realiza en un ambiente de alta demanda, numerosos requerimientos visuales, auditivos, cognitivos, es decir, en un ambiente de múltiples tareas, en donde los y las trabajadores/as deben adaptar sus capacidades a los requerimientos de la labor, los cuales son variados, múltiples e inmediatos, aspectos que según lo expuesto interferirán con el nivel de carga mental de los y las trabajadores/as de este Centro de Responsabilidad (CR-UPC). Por eso, conocer el nivel de carga mental en dichos trabajadores/as es oportuno y adecuado, desde el sustento que entrega el modelo de Wickens para de esta manera hacer visible las alteraciones que el desempeño de las tareas pudiera causar t en la salud física y mental.

1.5.1.6) Concepto de percepción

Disciplinas científicas como la Psicología han trabajado para aclarar la manera de cómo los seres humanos dan sentido al mundo que los rodea. Para ello han distinguido dos conceptos claves: sensación y percepción. En este sentido, algunos autores refieren que no puede existir percepción sin sensación ⁽¹⁰⁸⁾. El estudio de la *sensación* se interesa en el contacto inicial entre los organismos y su ambiente físico. Se concentra en describir la relación entre las distintas formas de estimulación sensorial (incluyendo electromagnética, vibratorias y la presión) y como esas entradas son registradas por los órganos de los sentidos como son ojos, oídos, lengua, nariz y piel. Los sistemas sensoriales contienen células receptoras que se especializan en convertir un tipo particular de energía en señales nerviosas. Lo que difiere entre los sistemas sensoriales es el umbral de energía con que se realiza dicha

conversión y además los mecanismos con los que se procesan los datos sensoriales, los cuales son codificados y se envían al cerebro para llevar a cabo su procesamiento ^(109,110). Por otra parte, el estudio de la *percepción* atañe a la identificación de los procesos por medio de los cuales las personas interpretan y organizan la información sensorial para generar experiencia consciente de los objetos y las relaciones entre ellos ⁽¹⁰⁹⁾. Por esto, los expertos la definen como un proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social ⁽¹¹¹⁾.

Las percepciones han sido clasificadas como externas e internas. Las percepciones externas provienen de los estímulos originados en el mundo externo; dentro de ellas están las percepciones de tipo: visuales, auditivas, táctiles, olfativas y gustativas. Así mismo, las percepciones internas provienen de estímulos originados en el mundo interno del organismo, entre ellas se reconocen: la percepción kinestésica, orgánica y estática. La primera nos informa sobre los movimientos provocados al estimular músculos, tendones y articulaciones. La segunda, sobre el estado general del organismo, por ejemplo, hambre. Y finalmente, la percepción estática revela datos sobre el equilibrio general y la posición de la cabeza ⁽¹⁰⁸⁾.

La percepción se caracteriza por los siguientes aspectos conceptuales ^(110,112):

- Obtención de información a partir de los estímulos procedentes del entorno y del cuerpo.
- El aspecto sensorial puede explicarse hipotéticamente por el concepto de sensación.
- Son aspectos esenciales de la percepción, algunos factores relevantes tales como la motivación, los valores, las expectativas, el estilo cognoscitivo, la experiencia y la cultura y la personalidad, ya que todos ellos influyen profundamente en lo que pensamos, vemos y sentimos.

Otros autores indican que la percepción posee otras particulares; es subjetiva pues las reacciones a un mismo estímulo varían de una persona a otra; es selectiva, ya que como está condicionada a lo subjetivo, la persona no puede percibir todo al mismo tiempo, por lo

que selecciona lo que desea percibir en relación con sus necesidades, valores, experiencia y capacidades; no es un proceso lineal de estímulo-respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que están de por medio una serie de procesos de constante interacción en donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en las percepciones; posee un nivel de existencia consciente, pero también inconsciente; es consciente cuando la persona se da cuenta que percibe ciertos acontecimientos y por otro lado en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección y organización de las selecciones; finalmente, es temporal pues es un fenómeno a corto plazo. La manera en que se lleva a cabo este proceso evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, varían sus necesidades o cambian sus motivaciones ^(111,113,114).

Según lo planteado, se fundamenta que el concepto de percepción es un aporte para la evaluación subjetiva de *Riesgos psicosociales* y *Carga mental de trabajo*. Autores postulan que derivados de la percepción y la experiencia de los y las trabajadores/as, emergen los *Riesgos psicosociales* y la *Carga mental de trabajo*, influenciados por los innumerables componentes que afectan a las personas, quienes no reaccionan de igual manera a la exposición a riesgos; por el contrario, sus propias habilidades para manejar las situaciones relacionadas con las actividades que desempeñan y el entorno que les rodea, determinan importantes diferencias entre la posibilidad o no de resultar afectado ⁽¹¹⁵⁾. La complejidad del tema y la importancia real que le otorga el o la trabajador/a, serían los datos iniciales con los que debe afrontarse su estudio e investigación ⁽¹¹⁶⁾. De esto surge la necesidad de un diagnóstico de la percepción de dichos riesgos y carga mental, de los trabajadores/as del equipo de salud que se desempeñan en las UPC.

1.5.1.7) Aplicación del concepto de percepción y los modelos teóricos que sustentan esta investigación

Como se ha indicado en la presentación del problema y fundamentado en el marco referencial presentado, los y las trabajadores/as del equipo de salud de las unidades de paciente críticos, diariamente desempeñan sus tareas en un ambiente de múltiples tareas, altas demandas y requerimientos de diversas índoles. Se postula que estos son percibidos en

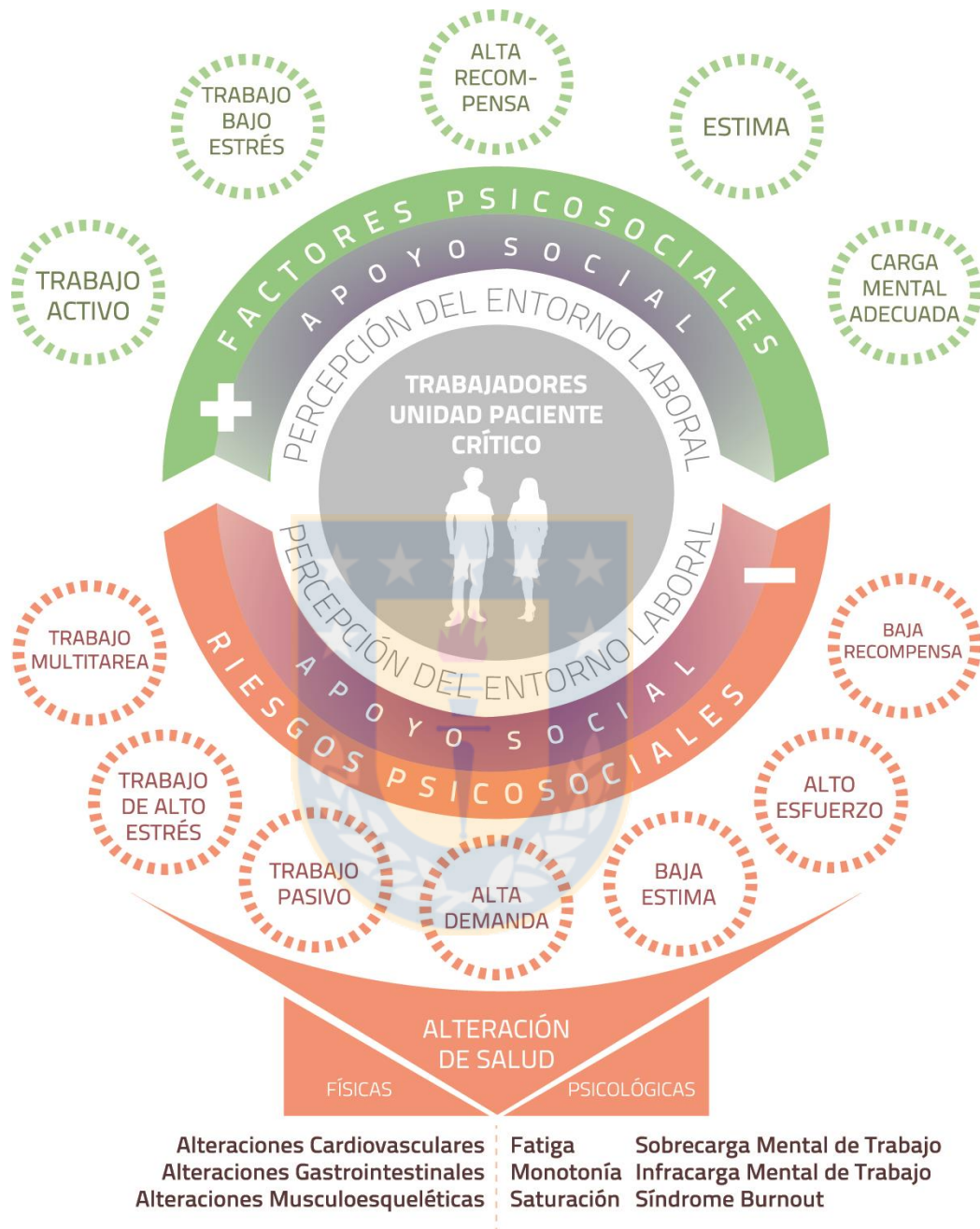
forma subjetiva por cada uno de ellos/as; de esta manera, dicha percepción puede ser positiva o negativa dependiendo de numerosos factores individuales y grupales, los cuales hacen que el entorno psicosocial sea diverso para las personas que laboran en estas unidades. Según los expertos, cuando estos aspectos son percibidos de manera positiva, se reconocen como factores psicosociales; entre ellos se encuentran el trabajo activo (alto control y alta demanda), trabajo de *bajo estrés* (alto control y baja demanda), alta recompensa y carga mental adecuada, entre otros.

Este tipo de percepción permitirá el crecimiento personal de los y las trabajadores/as, ayudará a su bienestar y favorecerá su salud global. Por el contrario, cuando la percepción del entorno es negativo, se transforman en riesgos psicosociales como trabajo de *alto estrés* (alta demanda y bajo control), *trabajo pasivo* (bajo control y baja demanda), baja estima y alto esfuerzo, entre otros factores, los cuales acarrearán alteraciones en la salud de los y las trabajadores/as, a nivel físico y psicológico. Entre las físicas se indican alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales, musculoesqueléticas, por mencionar algunas. Y como alteraciones psicológicas se mencionan saturación, monotonía, fatiga, aburrimiento, las que mantenidas en el tiempo pudieran provocar sobrecarga mental, infracarga mental, *burnout*, entre otras.

Investigadores plantean que el apoyo social percibido en el entorno laboral es un factor diferenciador en relación con la demanda y el control percibido en las unidades. Al visualizar el apoyo social de manera positiva, el entorno psicosocial pudiera percibirse de mejor manera, incluso siendo este negativo; así, el apoyo social actuaría como un amortiguador de los riesgos psicosociales a nivel laboral, lo que se ve claramente explicado en el modelo de Demanda-Control-Apoyo de Karasek ^(76,81).

Lo expuesto se esquematiza en el siguiente modelo creado por la investigadora, el cual explica cómo se aplicaron todos estos conceptos en la presente investigación.

Figura N°8: Integración de los diversos modelos y conceptualizaciones de la investigación



Fuente: Ceballos P, Paravic T, Burgos M. *Percepción de Riesgos psicosociales y Carga mental de los trabajadores/as del equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos*, 2014.

1.5.2) Marco empírico

Para la generación de este apartado, la investigadora efectuó una búsqueda bibliográfica en ISI, PubMed, Lilacs, Scielo y Redalyc, entre los años 2007 – 2014. Se localizaron estudios en relación con *Riesgos psicosociales* y *Carga mental de trabajo*; en ellos se menciona que el estrés, la fatiga, las altas demandas, la carga mental, entre otros son percibidos como problemáticos por los trabajadores/as en el desarrollo de su quehacer. Sin embargo, son escasas las investigaciones en donde se incorpora a todo el equipo de salud, ya que en general se estudian los estamentos en forma separada, según intereses de los autores. Otro aspecto importante se relaciona con los servicios o unidades en donde han sido estudiadas estas problemáticas; en este sentido, son las Unidades de Cuidados Intensivos y Emergencias en donde se han efectuado un mayor número de investigaciones. Se puntualiza la utilización de metodología cualitativa y cuantitativa en los estudios localizados. Las evaluaciones de riesgos psicosociales fueron realizadas con variados instrumentos (MBI, ERI, JCQ, ISTAS 21, DECORE, entre otros) y para carga mental, se midió con NASA-TLX, ESCAM, entre otros. Finalmente, se localizaron investigaciones actuales desarrolladas en diversos continentes, las cuales fueron orientadas a los trabajadores/as del área de servicios, especialmente en docentes y personal sanitario.

En lo referente a los *factores* y *riesgos psicosociales* a nivel laboral se han realizado investigaciones a nivel mundial, las cuales evidencian su presencia en diversos lugares de trabajo.

- Alavinia y cols. realizaron un estudio en Holanda con el objetivo de evaluar la contribución relativa de las características individuales, estilos de vida, factores de riesgos en el trabajo y capacidad de trabajo en la ocurrencia de ausentismos en el trabajo por enfermedad. En este estudio participaron 5867 trabajadores de la construcción. Dentro de los resultados se destaca que los trabajadores con ausencias de menos de dos semanas reportan percepción de falta de control en un 36,2%, de altas demandas en un 61,1% y un bajo soporte social en 13,5%. Por otra parte, los que presentaron licencias entre 2 – 12 semanas indican un 45,3% de falta de control, 62% de altas demandas de trabajo y perciben un 14,6% de bajo apoyo social. Finalmente, los empleados con ausencias de más de 12

semanas, también perciben bajo control, alta demanda y bajo apoyo social. Los autores concluyeron que una serie de medidas preventivas dirigidas a cargas psíquicas, tabaquismo, factores psicosociales en el trabajo, así como las capacidades para el trabajo, contribuyen a la reducción de la incidencia de ausentismos o bajas por enfermedad ⁽¹¹⁷⁾.

- Un estudio realizado en España por Martín y cols., con el objetivo de buscar la posible relación entre salud, calidad de vida de los trabajadores y los diferentes factores psicosociales. Para ello se utilizó la última versión del cuestionario DECORE para medir riesgos psicosociales. Esta investigación se llevó a cabo en una muestra de 614 trabajadores de diversas áreas de ocupación (educación, administración y bancos, correos y telégrafos, defensa, entre otros). Entre sus resultados se destaca que los empleados fatigados, estresados e insatisfechos percibieron su entorno laboral de modo más adverso. Reportaron además que los trabajadores que han tenido baja laboral han sufrido un accidente de trabajo o están enfermos, tienden a percibir como más adversos los factores psicosociales de su entorno laboral ⁽⁴³⁾.

- Otro estudio español efectuado por Catalina y cols. se llevó a cabo con 6822 personas que se desempeñaban en el sector agrícola, industria, construcción y servicios, de la comunidad autónoma de Madrid. Para la medición de riesgos psicosociales fue utilizada la versión breve de método ISTAS 21 (adaptación española). Dentro de sus resultados se destaca la existencia de un nivel mayor de riesgo psicosocial entre las mujeres trabajadoras de la Comunidad Autónoma de Madrid. Las mujeres de la muestra reportaron condiciones laborales caracterizadas por menores niveles de autonomía, menos oportunidades para desarrollar y poner en práctica las propias capacidades y habilidades, mayor inseguridad respecto al empleo y a las condiciones de trabajo y mayores obstáculos para conciliar la vida familiar con la laboral ⁽¹¹⁸⁾.

- Lo expuesto en el estudio anterior se contrapone a los resultados obtenidos por Cifre y cols. en una investigación realizada a 1444 trabajadores españoles pertenecientes a diversos sectores ocupacionales, utilizando el cuestionario Recursos-Experiencias-Demandas (RED). Se observó en este estudio que las mujeres percibieron significativamente mayores

demandas relacionadas con sobrecarga mental y el conflicto entre vida laboral y familiar, mientras que los hombres percibieron mayores demandas relacionadas con el estrés del rol e indicadores de *mobbing*. Se concluyó que son los hombres los que sufren un mayor riesgo (mayores demandas, menores recursos) y daño (síndrome de quemarse por el trabajo) que las mujeres de esta muestra, por lo que postuló avanzar hacia una política de igualdad en relación a los riesgos psicosociales ⁽¹¹⁹⁾.

- Uno de los estudios más actuales es el de López y cols. Fue realizado con 285 trabajadores de la construcción de la Comunidades Autónomas de España (más del 98% de los encuestados fueron hombres). La medición se efectuó mediante el cuestionario de estrés laboral (JSQ) y el malestar físico se midió con la escala de Malestar físico de OSI (Occupational Stress Indicator). Dentro los principales resultados se observó que el control y el apoyo modulan estresores diferentes, aspecto muy interesante el cual abre vías de investigaciones futuras. Plantearon que las empresas de la construcción debieran tomar medidas como controlar las demandas de los puestos, fomentar el control que los trabajadores tienen sobre sus puestos de trabajo, y formar a supervisores/as y compañeros/as sobre la importancia del apoyo social ⁽⁸⁴⁾.

- Otro estudio realizado por Niedhammer y cols. a 24486 trabajadores/as de la población francesa. Los trabajadores completaron de forma autoadministrada el JCQ (*Job Content Questionnaire*). El 56,1 % de los encuestados fueron hombres y el 43,9% mujeres. Entre los principales resultados se destaca que el bajo control, alta demanda psicológica y bajo apoyo social fueron asociados con una baja percepción de salud y/o ausentismo por larga enfermedad. Además, la alta demanda también incrementa el riesgo de lesiones o daños en el trabajo. En esta investigación no se observan grandes diferencias entre factores de riesgos psicosociales y el sexo de los participantes ⁽¹²⁰⁾.

- En Japón se reportaron estudios relacionados con riesgos psicosociales en toda la población trabajadora, entre los cuales se destacan: una investigación realizada por Watanabe y cols. en donde se encuestó a 1096 hombres que trabajaban en una industria manufacturera en Japón. Se realizó una medición con ERI (*Effort-Reward Imbalance*

Questionnaire) y HRQL (*Health-related Quality of Life*). Entre los resultados más importantes se destacó una asociación negativa entre la proporción de alto desbalance esfuerzo-recompensa y funcionamiento físico y mental de los trabajadores japoneses de esta muestra, lo que se asoció a complicaciones en la salud, como alteraciones psicosomáticas o de salud mental ⁽¹²¹⁾.

- Inoue y cols. realizaron un estudio comparativo a 756 empleados japoneses con el objetivo de comparar la tensión de trabajo que sufren los empleados con contrato indefinido y los que están a contrata. Esta investigación tuvo dos mediciones, la primera en el 2007 y en el 2008 la segunda. Entre sus resultados se destacó que el desbalance esfuerzo-recompensa es más elevado en los trabajadores a contrata y esto puede acarrear consecuencias negativas en la salud mental de estos trabajadores ⁽¹²²⁾.

En América Latina y el Caribe se encontraron estudios. Uno fue realizado por Juárez, en Ciudad de México. Por medio de preguntas abiertas, el autor intentó identificar los principales factores de riesgo psicosocial, estrés percibido y estilos de afrontamiento de trabajadores de diversas ocupaciones (administrativos/as, docentes, obreros/as y enfermeras/os) en una muestra de 216 personas. Dentro de los resultados destacaron que el grupo profesional de enfermeras reportó mayores problemas de salud y estrés en comparación con los demás grupos de trabajadores/as ⁽¹²³⁾.

- Gómez realizó una investigación en Colombia con el objetivo de identificar la prevalencia de los factores psicosociales en el trabajo por medio de una muestra de 251 profesores de escuelas privadas de Bogotá; la muestra fue mixta y como instrumento de medición se utilizaron el JCO, ERI y GHQ. Sus principales resultados revelaron que el 35,5% de la muestra calificó a su trabajo como de alta tensión y el 21,6% lo distinguió como pasivo. Por lo que el 57,1% de la muestra visualizó su trabajo como estresor, lo que podría provocar alteraciones en la salud por riesgos psicosociales a nivel laboral. Además, el 22,3% de los participantes reconoció en su trabajo un desbalance entre el esfuerzo y la recompensa. Concluyó que las condiciones psicosociales laborales generan malestar en los y las docentes estudiados/as ⁽¹²⁴⁾.

-Así mismo, Henrique y Da Rocha realizaron un estudio en el 2007 en Brasil a 242 docentes de educación básica, con el propósito de investigar el impacto de los aspectos psicosociales del trabajo en la calidad de vida de los profesores. Dentro de los principales resultados y de acuerdo con el modelo de Karasek, el 32.1% consideró su desempeño como trabajo activo, lo que se contrapone a los resultados del estudio colombiano. Según las conclusiones del estudio brasileño, asuntos relacionados con los aspectos psicosociales en el trabajo y la calidad de vida de los profesores deberían recibir más atención por los profesionales de la salud, quienes deben desarrollar estrategias y acciones dirigidas a la promoción de salud de estos trabajadores ⁽¹²⁵⁾.

- En Venezuela en el 2008, Rodríguez realizó un estudio de casos, con el objetivo de determinar los factores psicosociales de riesgos a los cuales estaban expuestos los trabajadores del departamento de finanzas de una empresa de químicos. La muestra fue de 10 trabajadores y como instrumento de recolección de información se utilizó ISTAS 21 (versión corta). Dentro de sus resultados se subrayó que en un 90% los trabajadores sienten que su trabajo no es reconocido, ni reciben trato justo y adecuado. Además, el 70% percibió un nivel de exposición psicosocial desfavorable para su salud e inseguridad en su quehacer. El investigador recomendó a la institución investigada revisar los aspectos alterados en el estudio, ya que pueden incidir en la salud de los trabajadores ⁽¹¹⁵⁾.

- A nivel nacional, por medio de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud realizada en el 2006, en relación con los riesgos psicosociales se indicó que cerca del 65% de los trabajadores encuestados señaló que su calidad de vida se ve afectada por la gran responsabilidad en el trabajo; el 53% porque su desempeño le demanda gran atención y concentración, el 31% refirió falta de oportunidades de promoción e incentivos, el 29% por inestabilidad en el trabajo, entre otras. Se concluyó que los problemas de gran responsabilidad, gran atención y concentración son los más declarados por los trabajadores, los cuales afectan a hombres y mujeres en igual forma, independiente de la edad y nivel socioeconómico ⁽¹²⁶⁾.

- Alvarado y cols. efectuaron en el 2009 en Chile, una investigación con el objetivo de

describir las propiedades psicométricas del cuestionario ISTAS 21 (versión española). La medición se realizó a 1087 trabajadores de diversas empresas de servicio (educación, comercio, administración pública y salud). Los resultados obtenidos permitieron concluir que el cuestionario es útil para la medición de factores de riesgos psicosociales en el trabajo en el país ⁽¹²⁷⁾.

Se han llevado a cabo investigaciones relacionadas con los factores riesgos psicosociales en variados sectores productivos como la construcción, educación, finanzas, entre otros. Sin embargo, para esta investigación son de gran importancia los estudios efectuados en trabajadores y trabajadoras de ámbito sanitario, entre ellas:

- En Japón el 2008 Sakata y cols. realizaron un estudio en médicos residentes (post-graduados en 1° y 2° año) que se desempeñan en 16 hospitales de Japón, con el objetivo de determinar la asociación entre factores psicosociales en el trabajo, según lo definido por el modelo Desbalance Esfuerzo-Recompensa y la depresión. La muestra estuvo compuesta por 196 médicos/as que respondieron 3 instrumentos (variables sociodemográficas, ERI y CES-D, este último para medir síntomas de depresión). Según los resultados más destacados, el 12,2 % de los participantes percibe un desbalance entre su esfuerzo y la recompensa, lo que no tuvo diferencias estadísticamente significativas, según especialidad. Por otra parte, los residentes con síntomas de depresión mostraron una puntuación más baja de soporte social; así el 29,2% de los residentes de primer año y el 27,6% del segundo año presentaron síntomas de depresión. No se encontraron diferencias significativas entre la prevalencia de síntomas de depresión y el género de los y las residentes. Finalmente, se demostró una correlación estadísticamente significativa entre la percepción de desbalance esfuerzo-recompensa y los síntomas de depresión ($p \leq 0,001$) y también el bajo soporte social con dichos síntomas ($p < 0,005$) ⁽¹²⁸⁾.

- En el 2009, en Lituania se llevó a cabo una investigación en profesionales de Enfermería, cuyo objetivo fue explorar la asociación entre características psicosociales en el trabajo, apoyo social y recursos internos como determinantes del estado de salud mental en una muestra de 372 enfermeras del distrito de Kaunas, quienes complementaron los

instrumentos GHQ-12 y JCQ. Según los resultados, el 53,5% de la muestra percibió altas demandas en su trabajo. El 42,7% refirió tener bajo control en la realización de sus tareas y el 44% indicó tener bajo soporte social en su trabajo. Finalmente, el 32,3% de las enfermeras reconocieron tener un trabajo estresante según el modelo de Karasek y bajo apoyo social. Concluyeron que el agotamiento mental entre las enfermeras del distrito de Kaunas fue asociado a características psicosociales adversas en el trabajo. El trabajo de alto estrés y el bajo apoyo social fue considerado por los profesionales como un potente factor de riesgo para agotamiento mental ⁽¹²⁹⁾.

- En Alemania, en el 2011 Klein y cols. divulgaron su estudio, el cual tuvo por objetivo examinar la asociación entre estrés en el trabajo y la percepción de calidad de la atención en clínicas quirúrgicas. La muestra fue mixta con un total de 1311 personas. El estrés fue evaluado con ERI y JCQ y la calidad de vida por psicólogos. Dentro de los hallazgos, el 25% de los encuestados refirió desbalance esfuerzo-recompensa. El 22,4% indicó que su trabajo es de alta demanda y bajo control y el 30,9% evaluaron su trabajo como de bajo control y poca demanda, según el modelo de Karasek, por lo que el 53,5% de esta muestra percibió un entorno psicosocial de riesgo. Concluyeron que los médicos/as expuestos/as al estrés tienen mayor riesgo de reportar una baja en la calidad de la atención ⁽⁹⁶⁾.

- En el contexto latinoamericano se encuentran estudios como el realizado en Brasil por Barcellos y cols., quienes mostraron las frecuencias de los diferentes tipos de riesgos ocupacionales referidos por los y las trabajadores/as de unidades de Urgencia y Emergencia. Los profesionales encuestados reconocieron como principal riesgo en su desempeño diario, el psicosocial en un 50%, seguido de riesgos biológicos con un 32,9% ⁽¹³⁰⁾.

- En el 2007, en México, Juárez desarrolló un estudio con el objetivo de determinar si la tensión laboral (según el modelo de Karasek) y la seguridad en el empleo se asocian con indicadores cardiovasculares. La investigación se realizó con 109 enfermeras de un hospital público de la Ciudad de México, a quienes se les aplicó el cuestionario JCQ. Según los resultados, las enfermeras mencionaron tener más inseguridad en conservar su empleo y/o

la combinación de alta demanda y bajo control; reportaron mayores síntomas cardiovasculares y mayor nivel de presión arterial ⁽¹³¹⁾. Esto demostró que los trabajos estresantes pueden generar alteraciones en la salud de las trabajadoras sanitarias.

- En el 2011, Enríquez y cols. llevaron a cabo una investigación en México, con el interés de determinar los factores de riesgos psicosociales relacionados con estrés en el personal de Enfermería del tercer nivel de atención. Fue un estudio de tipo analítico-trasversal, con una muestra de 218 enfermeras/os adscritas/os a un hospital pediátrico; un 95% de la muestra fue constituida por mujeres. Para la recolección de los datos se utilizó el inventario *Seppo Aro*. Entre los hallazgos más relevantes del estudio se encontró estrés en el 24% de la muestra asociado al trabajo, y los factores psicosociales son calificados como desfavorables el 37% de la muestra total ⁽¹³²⁾.

- En Brasil en el 2007, Pinho y cols. efectuaron una investigación con una muestra de 80 profesionales de Enfermería. Esta indicó como objetivo estimar la prevalencia de trastornos mentales comunes (TMC) y analizó su asociación con factores psicosociales en el trabajo, en el equipo de Enfermería de una unidad de emergencia de un hospital del municipio de Bahía. Se subrayó entre sus resultados, la prevalencia de trastornos mentales comunes entre los profesionales de Enfermería participantes. Un 33% en el grupo de alta exigencias, lo que confirma la asociación positiva entre trabajo de alta exigencia y trastornos mentales, referente con el modelo de Karasek, en que el trabajo en condiciones de bajo control y alta demanda es un factor nocivo para la salud de los trabajadores ⁽¹³³⁾.

- Lo percibido por los y las trabajadores/as en la unidad de emergencia se suma a los hallazgos de otra investigación realizada por Camelo y cols. en Brasil, en el 2007. Esta investigación se planteó como propósito identificar la presencia de riesgos psicosociales en el desempeño de 24 trabajadores de equipos de salud de familia y la muestra fue en un 87,5%, compuesta por mujeres. Con un diseño cualitativo y por medio del análisis de discurso de las entrevistas semiestructuradas se confirmó como riesgos psicosociales en el trabajo la falta de capacitación o preparación, sobrecarga de roles, largas jornadas de trabajo, conflictos en el trabajo de equipo, dificultades para conciliar el trabajo y la familia,

recursos humanos y materiales insuficientes, entre otros. Concluyeron que los riesgos psicosociales en el trabajo comprometen el bienestar del trabajador/a, trayendo consecuencias para el servicio, por los que deben ser identificados, contextualizados, eliminados o reducidos para construir un ambiente saludable de trabajo ⁽¹³⁴⁾.

- Los hallazgos del estudio anterior son similares a los de Stumm y cols., quienes en el 2008 realizaron un estudio cualitativo con el propósito de identificar estresores y síntomas de estrés padecidos por profesionales en un centro quirúrgico en Brasil. La muestra contó con 29 participantes (enfermeras/os, cirujanos/as, anestelistas y auxiliares de enfermería) y el 65,5% de ellos fueron hombres. Por medio de entrevistas semiestructuradas, se pesquisó que los profesionales experimentan variados estresores como los derivados de las relaciones interpersonales, la falta de materiales y equipamientos, número insuficientes de profesionales capacitados, elevada demandas de cirugías y la propia condición de los pacientes. Indicaron que estos factores pueden repercutir en la salud de las personas que se desempeñan en el centro quirúrgico y concluyeron con base en los resultados que los profesionales participantes sufren la influencia del ambiente intenso y rutinario, interfiriendo esto en su competencia y responsabilidad ⁽¹³⁵⁾.

- Leitao y cols. realizaron un estudio descriptivo-exploratorio, con el propósito de analizar los riesgos ocupacionales del equipo de Enfermería de una UTI de adultos de un hospital público de Brasil. La muestra se constituyó con 19 personas y los datos fueron recolectados por medio de entrevistas semiestructuradas. Entre los resultados se destaca que uno de los principales riesgos ocupacionales identificados fue la presencia de ruidos molestos y temperatura inadecuada. Además, la exposición diaria a factores psicosociales como estrés, fatiga mental, carga mental, entre otras ⁽¹³⁶⁾.

- Por otra parte, Da Costa y cols. elaboraron una investigación documental con el objetivo de identificar las causas de ausentismo debido a enfermedades en los trabajadores de Enfermería de un hospital público en Brasil. De tipo descriptiva – exploratoria, la investigación se llevó a cabo revisando datos en relación con las licencias médicas presentadas por los trabajadores del hospital entre enero del 2000 a agosto del 2004. Se

trabajó con 565 registros, los cuales correspondieron a 143 trabajadores. Se destaca entre los hallazgos que el 61,5% de los trabajadores con licencia en este período fueron auxiliares de Enfermería; además, el 81,1% de la muestra total fueron mujeres. Según el estudio, las y los trabajadores de la UTI presentaron mayor número de licencias con un 16,1%. Como dato relevante, la principal causa de licencias en el total de la muestra fueron las enfermedades del sistema osteomuscular y conjuntivo, con un 24%, luego las patologías de causas respiratorias con un 14,3% y tercero las cardiovasculares con un 8,5%. Los trastornos mentales y del sistema nervioso corresponden a un 7,5% ⁽¹³⁷⁾.

- Guerrero y Pulido, en el 2010 efectuaron un estudio en Colombia, con el objetivo de definir y comparar las condiciones de trabajo y salud del personal auxiliar y profesional de Enfermería, según la modalidad contractual y demás condiciones sociolaborales relevantes. En esta investigación participaron 290 personas a quienes se les aplicó una entrevista psicosocial derivada de instrumentos diseñados o adaptados por un grupo de expertos de la Universidad Nacional de Colombia. De acuerdo con los principales resultados, el 89% de las participantes correspondieron al género femenino. Se encontró sobrecarga cuantitativa y exigencias de atención y concentración; los principales afectados fueron los hombres (enfermeros profesionales o auxiliares) y las enfermeras profesionales que se desempeñan en áreas de hospitalización, servicios quirúrgicos y emergencias ⁽¹³⁸⁾.

- A nivel nacional, una investigación de tipo descriptivo exploratorio realizada por Aguirre en el 2009 tuvo por objetivo averiguar causas de estrés en los trabajadores de un centro de rehabilitación de salud mental. Para la recolección de la información se utilizó el instrumento SUSESO-ISTAS21. La muestra se configuró con 18 funcionarios. Dentro de los principales resultados se indicó que más del 57% de los entrevistados percibió en todas las dimensiones del instrumento (exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social y liderazgo, compensaciones y doble presencia) un riesgo alto ⁽¹³⁹⁾.

- El 2012, Godoy y cols. informaron los resultados de una investigación sobre la percepción de profesionales de Medicina y Enfermería que trabajan en hospitales públicos de mediana

y alta complejidad, de la Región Metropolitana. Se trabajó sobre las condiciones de trabajo, de los estilos de gestión presentes en los lugares de trabajo y el malestar psicofisiológico. El estudio se planteó desde un diseño trasversal, descriptivo, asociativo y correlacional. La muestra fue de 190 personas, de los cuales 80 fueron profesionales de Medicina y 110 de Enfermería. La recolección de los datos se efectuó con el cuestionario de condiciones de trabajo (qCT). Entre los principales hallazgos se destacan: el 25% de los entrevistados evidenciaron que la carga de trabajo impacta negativamente en el trato y en el cuidado de los pacientes, lo que se manifestó con atenciones más breves y despersonalizadas. Otro aspecto relevante es que el bienestar psicosocial en el trabajo es medio alto ($M=5,37$; $DE: 0,99$, en un rango de 1 a 7), lo que indicó una percepción globalmente positiva respecto de la actual experiencia laboral y de la satisfacción con la actividad que realizaban. Al realizar una comparación entre ambos grupos, las enfermeras/os refirieron un mayor porcentaje de desgaste emocional, saturación mental, tensión, muscular, dolores de cabeza, entre otros aspectos. En esta misma línea, concluyeron que aunque las condiciones de trabajo de los profesionales de Enfermería son más negativas que las del personal de Medicina (en términos de salario, estatus, reconocimiento), lo cual podría explicar el mayor reporte de malestar psicológico y físico, este grupo de profesionales habría experimentado algunos cambios positivos en el actual contexto, tales como reconocimiento de la profesión, mayor autonomía, mayores responsabilidades y mayor valoración en el mercado laboral ⁽¹⁴⁰⁾.

-En Chile se publicaron los resultados obtenidos en el estudio de Díaz y cols., donde se incluyó aleatoriamente a 117 trabajadores/as de la salud. El objetivo de esta investigación fue identificar riesgos psicosociales en el trabajo y sus efectos en la salud mental de los/as trabajadores/as. Por la escasa cantidad de hombres, los autores decidieron publicar sólo los datos obtenidos en el sub-grupo mujeres (98 casos). La información se colectó con ERI, JCQ y los ítems de la subdimensión exigencias emocionales de SUSESO-ISTAS 21. Entre los principales resultados se destacaron diferencias de percepción de riesgos psicosociales, según ocupación; al parecer la situación de menor exposición corresponde a las profesionales, ya que el 54% reportó percepción alta, al mismo tiempo alto control (69%) y alto soporte social (82%). Por el contrario, las auxiliares reportaron un alto porcentaje de bajo control (63%) sumado a ellos baja demanda (70%). Sin embargo, reportaron un alto

porcentaje de apoyo social (78%), lo que debiera amortiguar los efectos negativos del trabajo pasivo, según el modelo de Karasek. En todos los niveles se mostraron altas exigencias emocionales para llevar a cabo el trabajo (en los profesionales 48,8%, técnicos 55,8% y auxiliares y asistentes 54,5%). En relación con el desbalance esfuerzo-recompensa, el porcentaje más alto lo reportaron las auxiliares o asistentes en salud, con un 54,5%, luego se posicionaron con un 43% las profesionales, y finalmente las TENS con 38%. Es importante indicar que el 68,6% de la muestra reconoció estrés moderado o elevado. Se concluyó que el grupo más afectado por los riesgos psicosociales en esta muestra es el de las auxiliares, luego las TENS, por lo que las menos expuestas son las mujeres profesionales en salud. ⁽¹⁴¹⁾

Al rastrear referencia empírica en relación con la *Carga mental* en población trabajadora en general se encuentran las siguientes investigaciones.

-En Europa, se localizaron estudios relacionados con la evaluación psicométrica de instrumentos que miden Carga mental. Estudio de Rolo y cols, realizado el 2009, tuvo como objetivo analizar las características psicométricas de un instrumento multidimensional de la carga mental subjetiva (ESCAM). La muestra estuvo constituida por 474 personas, de ellos 293 (60,7%) eran trabajadores que se desempeñan en diversos puestos en varias empresas; el resto de los participantes fueron estudiantes de 3^{er} nivel de la carrera de Psicología. Por medio de análisis factorial, se obtuvieron cinco dimensiones de carga mental: demandas cognitivas y complejidad de la información, consecuencias para la salud, características de la tarea, organización temporal y ritmo de trabajo. Los resultados mostraron la consistencia interna para cada una de las cinco dimensiones del instrumento, así como la fiabilidad de la escala, con un α de Cronbach de 0.75. ESCAM permite hacer diferencias en la carga de trabajo de grupos disimiles en sus tareas ⁽⁵⁵⁾.

- De la misma manera, otro estudio realizado en el 2010 por Díaz y cols. con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas del instrumento de evaluación de la Carga mental de trabajo NASA-TLX en distintos grupos profesionales españoles. La muestra estuvo compuesta por 398 trabajadores, los cuales pertenecían a siete sectores profesionales

(administrativos, concejales, personal de seguridad personal docente, periodistas, personal sanitario y personal de mantenimiento); del total de la muestra el 61,5% fueron hombres y el 38,5% mujeres. Los resultados mostraron una consistencia interna aceptable, con un $\alpha=0,69$. Y por otra parte, se mostró que NASA-TLX fue eficaz para discriminar la carga mental experimentada por grupos profesionales que se enfrentan a diario a diversas demandas, según el cargo que desempeñe ⁽¹⁴²⁾.

- Johnson y Widyanti, en el 2011 dieron a conocer los resultados de una investigación realizada con estudiantes de Holanda e Indonesia, con el propósito de dilucidar las diferencias relacionadas con aspectos culturales, que pueden explicar las desigualdades en el reporte de la carga mental de trabajo. En la investigación participaron 175 estudiantes (hombres y mujeres), 88 holandeses y 87 de Indonesia. La recolección de información se realizó con variados instrumentos; para carga mental se utilizó NASA-TLX. Entre los resultados se destacó que para el análisis de carga mental de trabajo se utilizó ANOVA, ya que mostró más sensibilidad a los niveles de demanda de tarea en los holandeses, que los estudiantes indonesios. Sugieren que la cultura tiene la capacidad de moderar la efectividad de las medidas subjetivas de carga mental de trabajo ⁽¹⁴³⁾.

- En México, Noriega y cols. desarrollaron una investigación con el propósito de realizar un análisis sobre la exposición múltiple a exigencias en el trabajo y explorar la presencia de un mayor número de daños a la salud en este contexto. El estudio se efectuó en 830 trabajadores de una empresa siderúrgica. Para la recolección de la información se utilizó una encuesta que incluyó el índice médico Cornell y el índice Yoshitake. Los resultados indicaron que la fatiga se percibió en el grupo de producción y en el de administrativos; sin embargo, es casi el doble en el primero ($0,503, p \leq 0,005$) lo que se explica con la alta exposición a exigencias en la tarea (rotación de turnos, excesiva atención, ritmo intenso, demasiado trabajo, trabajo monótono, supervisión estricta, entre otros). Interesante que los trastornos mentales se presentaron asociados, en su gran mayoría, con aquellas exigencias que tienen que ver con el tiempo de trabajo, en interacción con exigencias de sobrecarga cuantitativa, como por ejemplo, exceso de trabajo, atención excesiva ⁽¹⁴⁴⁾.

- González y cols. realizaron una investigación con el objetivo de determinar cómo influyen algunos factores individuales, organizacionales y ergonómicos en la relación estrés y carga mental de trabajo en funcionarios de una empresa electrónica en México. En este estudio participaron 95 trabajadores/as (55,8 mujeres y 44,2% hombres). La recolección de datos se realizó con varios instrumentos; para evaluar factores ergonómicos del trabajo se utilizó la lista de evaluación ergonómica (LEE), para medir carga mental, NASA-TLX y para estrés y apoyo en el trabajo se empleó el *Survey* de Salud Mental, estrés y trabajo (SWS). Entre los principales resultados, el 26,3% presentó un nivel alto de estrés en el trabajo y 17,9% altos niveles de carga mental de trabajo. Al explorar la contribución que tienen los factores sociodemográficos en la presencia de estrés laboral, se observó que los factores de riesgos con significancia estadística correspondieron a: pertenecer al género femenino, tener 20 – 29 años, tener pareja y tener estudios de nivel preparatoria o superior, todos con un 95% de confianza. En cuanto al papel que la carga mental de trabajo juega en la presencia de estrés, se encontró que tres elementos son los que constituyen factores de riesgos: la demanda mental, la demanda temporal y la frustración de la tarea ⁽¹⁴⁵⁾.

- Vilaret y cols. realizaron un estudio con el objetivo de determinar la presencia de carga mental y su relación con el Síndrome de *Burnout* en 134 docentes a tiempo completo de una universidad privada de Quito. Entre los resultados se destaca que la carga mental de trabajo percibida por estos docentes fue de media a alta. Por dimensión, la que obtuvo un promedio más alto fue *Característica de la tarea* (4,0) y se correlacionó de manera significativa ($p \leq 001$) con las dimensiones Agotamiento emocional y despersonalización del *Burnout*. Luego se presentaron las *Demandas cognitivas* (3,9) que se relacionaron significativamente ($p \leq 001$) con las mismas dimensiones del *Burnout*. Concluyeron que en este grupo de docentes se verificó la presencia de *Burnout* y sobrecarga de trabajo mental, lo que genera que las dimensiones de ambos constructos se relacionen entre sí, con significancia estadística ⁽¹⁴⁶⁾.

Por otra parte, se obtienen estudios de Carga mental de trabajo, orientados al sector sanitario, entre los cuales están:

- En Europa se realizó un estudio con una muestra de 228 profesionales de Enfermería procedentes de siete hospitales y servicios sanitarios de Madrid; dichos profesionales se desempeñaban en servicios de hemodiálisis, urgencias generales, UCI adultos, reanimación, UCI pediátrica, neonatología y urgencias intrahospitalarias. El estudio se realizó con el objetivo de analizar los procesos de la carga mental y la fatiga laboral en la profesión de Enfermería, prestando atención especial a algunos factores laborales y sociodemográficos. El 86,8% de la muestra son mujeres. Para la recolección de información sobre carga mental de trabajo se utilizó NASA TLX. Entre los resultados se destaca que el nivel profesional y la duración de la jornada laboral están asociados significativamente al nivel de Carga mental. Esto puso de manifiesto la necesidad de tomar en consideración las condiciones de trabajo como factores relacionados con la carga mental percibida por los profesionales de enfermería ⁽⁴⁵⁾.

- En Alemania, en el 2012, Weigl y cols. publicaron los resultados de un estudio de Carga mental realizado en médicos/as cirujanos/as e internistas. El objetivo fue examinar la relación entre las interrupciones en el flujo de trabajo de los médicos de un hospital y la carga de trabajo percibida durante los turnos clínicos. Estudio de tipo prospectivo, donde se observó a 29 médicos en 43 turnos completos. Las interrupciones de flujo fueron medidas por medio de la observación y la carga mental por medio de tres dimensiones de NASA-TLX (demanda mental, esfuerzo y frustración). Dentro de los resultados se indicó que los médicos fueron interrumpidos 3,66 veces por hora. Las interrupciones más frecuentes fueron por el equipo de Enfermería (1,07), teléfono o *bipper* (1.05) y por otros médicos/as (0.63). Los médicos más antiguos reportaron una carga mental más alta que los médicos jóvenes. Se concluyó que las interrupciones frecuentes pueden incrementar la carga mental de trabajo. Los ambientes hospitalarios necesitan reducir las interrupciones y distracciones innecesarias para que los y las médicos/as puedan gestionar el trabajo clínico de forma eficiente y segura ⁽¹⁴⁷⁾.

En América Latina se dan a conocer variadas publicaciones en relación con la temática, entre las que se destacan:

- Estudio de abordaje cualitativo realizado en el 2006 en una UCI de Río de Janeiro. El objetivo fue identificar los principales factores estresantes presentes en esta unidad. Entre los resultados se destacan las mismas consideraciones encontradas en los otros estudios, insatisfacción laboral, sobrecarga de trabajo, manejo de tecnología, comunicación ineficaz, entre otras ⁽¹⁴⁸⁾.

- En el 2009 se realizó un estudio descriptivo con abordaje cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas, a enfermeros/as que se desempeñaban en UCI, en Brasil. Los resultados destacan que los participantes en el estudio refirieron sentimientos de sufrimiento por causas como la cercanía con la muerte, la carga de trabajo, insatisfacción laboral, entre otras. Todas ellas dificultan la realización del trabajo, ya que interfieren en la asistencia del paciente, a los familiares y a la salud psíquica de los profesionales ⁽¹⁴⁹⁾.

- Desde el mismo abordaje anterior, Salomé y cols. realizaron un estudio con el propósito de conocer el significado del trabajo en una unidad de urgencia para los profesionales de Enfermería. La recogida de datos se hizo por medio de entrevistas a 14 profesionales. Los resultados revelaron que los profesionales de Enfermería percibieron sentimientos de fatiga, agotamiento, angustia y rebelión para la sobrecarga de trabajo. Además, indicaron que en su trabajo cotidiano experimentan momentos estresantes, cansancio y frustración. Los factores que generaron estos sentimientos son: la acumulación de funciones, actividades burocráticas y la falta de tiempo para las tareas asistenciales. Existe la percepción de que la mayoría de los profesionales se siente gratificados/as al cuidar a los pacientes; sin embargo, esto hace que experimenten angustias intensas y estrés, sobre todo por tener que realizar un gran número de procedimientos complejos ⁽¹⁵⁰⁾.

- Mauro y cols. efectuaron un estudio para identificar y discutir las condiciones de trabajo del equipo de Enfermería en un hospital universitario con la participación de 296 trabajadores (37 enfermeros/as, 98 técnicos y 161 auxiliares). La recolección de los datos

se realizó con instrumentos adaptados por los y las investigadores. El 81,6% de la muestra fueron mujeres. Los resultados indicaron que el equipo percibió la exposición a variados tipos de riesgos. Dentro de ellos los ergonómicos, evidenciados por algunos factores organizacionales como: recursos insuficientes para hacer el trabajo (53,5%), ritmo de trabajo acelerado (44,1%). Se concluyó que este ritmo laboral del equipo de Enfermería contribuyó al desgaste psíquico en el ambiente hospitalario, interfiriendo en el proceso salud-enfermedad. Lo que se adicionó a la acumulación de tareas, en función de la inadecuación de recursos humanos y materiales, lo que exige al trabajador/a una energía mucho mayor para ejercer sus actividades, generando una sobrecarga con repercusiones físicas y psíquicas en su cuerpo ⁽¹⁵¹⁾.

- En el 2010, Secco y cols. llevaron a cabo un estudio de abordaje cualitativo, con el objetivo de analizar las cargas psíquicas de trabajo del equipo de Enfermería en un hospital y su relación con los desgastes de estos trabajadores. Se efectuaron 7 entrevistas semi-estructuradas a gerentes de Enfermería y para el estudio de los datos se utilizó el análisis de contenido. Entre sus hallazgos, el desgaste emocional a consecuencia de la tarea, es notorio en Enfermería. Esto desencadenó sobrecarga emocional, sentimientos de angustia, estrés emocional, síndromes depresivos entre otros problemas, asociados muchas veces a problemas físicos. En relación con el trabajo en la UTI, uno de los aspectos que más destacan como generador de estrés es la muerte de los usuarios/as ⁽⁵¹⁾.

- En el 2010, Paula y cols. publicaron un estudio, el cual tuvo como propósito identificar las condiciones laborales en los centros hospitalarios que llevan al profesional de Enfermería a sufrir enfermedades psíquicas. Estudio de tipo descriptivo y explicativo exploratorio con enfoque cuali-cuantitativo. Se entrevistó a 40 personas, de las cuales el 77,5% fueron mujeres. Este estudio presentó resultados disímiles a los presentados anteriormente, ya que evidenció un grupo de profesionales satisfechas/os (80%), realizadas/os profesionalmente (65%), con un trabajo seguro (80%), con relaciones interpersonales satisfactorias y con liderazgo (55%) ⁽¹⁵²⁾.

- Shimizu y cols. realizaron un estudio descriptivo, transversal en Brasil en el 2011, a los

trabajadores de una Unidad de Cuidados Intensivos de un Hospital Base; demostraron que el trabajo que ellos desarrollan produjo sentimiento de sufrimiento en el equipo de Enfermería. La causa de esto es el desgaste emocional intenso, además de producir sentimientos de insatisfacción y agotamiento emocional ⁽¹⁵³⁾.

- Mininel y cols. en el 2011 realizaron un estudio con el objetivo de identificar el proceso de trabajo, las cargas psíquicas y los desgastes generados en trabajadores de Enfermería. El estudio se llevó a cabo en 5 hospitales brasileños, con una muestra de 62 trabajadores. Los datos fueron recolectados por medio de *Focus Group*, seguido de la aplicación de encuestas colectivas. Se destaca que los trabajadores refirieron exposición a diversos tipos de cargas psíquicas, las cuales generan estrés, fatiga, gastritis y cefaleas. Puntualizaron que los trabajadores/as de Enfermería están expuestos/as a las diversas cargas de trabajo en el ambiente hospitalario, especialmente a cargas psíquicas, lo que desencadena alteraciones de salud y en su calidad de vida ⁽⁶⁰⁾.

- En Chile, Aguirre realizó un estudio en un centro de rehabilitación en salud mental, con el objetivo de averiguar las causas de estrés en los trabajadores de ese centro. La investigación se llevó a cabo con una muestra de 18 trabajadores. La Carga mental se midió con NASA-TLX. De forma general, el 77,8% de los trabajadores percibió *alta* la carga mental de trabajo y el 22,2% refirió una percepción *media*. Al analizar por dimensión y estamentos, los profesionales y técnicos indicaron mayores porcentajes en exigencia mental (57,1%) y frustración (35,7%); por el contrario, los administrativos refirieron mayor porcentaje en exigencia temporal (50%) y rendimiento y exigencia mental (25%). La investigadora concluyó que las instituciones de salud deben preocuparse por la estructura organizacional y capacitar a los trabajadores en técnicas de resolución de conflictos, manejo de trabajo emocional, entrenamiento asertivo, técnicas de prevención de estrés y promoción de estilos de vida saludable ⁽¹³⁹⁾.

2) SUJETOS Y MÉTODO

2.1) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó desde un diseño explicativo, transversal y comparativo (154,155,156), con abordaje cuantitativo.

2.2) UNIDAD DE ANÁLISIS

Trabajador/a del equipo de salud que se desempeña en la Unidad de Paciente Crítico de los Hospitales Regionales de la sexta, séptima y octava región, Chile.

2.3) POBLACIÓN

Estuvo integrada por trabajadores/as (enfermeras(os), médicos(as), kinesiólogos(as), TENS, auxiliares y administrativos/as) que se desempeñan en las Unidades de Pacientes Críticos del Hospital Regional de Rancagua (*Hospital 1*); Hospital Regional de Talca (*Hospital 2*) y Hospital Guillermo Grant Benavente (*Hospital 3*). Esto se grafica en la *Tabla N° 1*.

Tabla N° 1: Población de trabajadores y trabajadoras de UPC, sexta, séptima y octava región, Chile.

Unidades de Paciente Crítico	N° Médicos/as	N° Enfermeras/os	N° Kinesiólogos/as	N° TENS	N° Auxiliares	N° de Administrativos/as	Total de Trabajadores/as
Hospital 1*	37	49	10	65	18	3	182
Hospital 2**	19	36	5	48	17	3	128
Hospital 3***	23	44	6	59	18	3	153
Total	79	129	21	172	53	9	463

Se efectuó el cálculo muestral de manera probabilística, a través del muestreo aleatorio estratificado, considerando un nivel de confianza del 95%, un error del 0,05 y con afijación proporcional al tamaño de cada subgrupo, el cual resultó muy cercano al *N* de la población. Por esta razón, se decidió llevar a cabo censo poblacional de trabajadores de las Unidades

* Fuente: Unidad de Paciente Crítico, Hospital Regional Rancagua.

** Fuente: Unidad de Paciente Crítico, Hospital Regional de Talca.

***Fuente: Departamento de Recursos Humanos, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

de Pacientes Críticos de los hospitales ya mencionados.

Entre los meses de mayo y octubre del 2013, se censó a 382 trabajadores/as de Unidades de Pacientes Críticos (UPC) de tres hospitales chilenos de un total de 436 funcionarios que cumplían con los criterios de inclusión. Luego de una depuración estadística de los datos, evaluando el supuesto de ausencia de valores atípicos multivariados, la población de trabajo quedó configurada en 379 personas, lo que corresponde al 86.9% del total de trabajadores. El 13.1% restante no cumplió con los criterios de inclusión o negó su participación en este estudio.

2.3.1) Criterios de inclusión

Para esta investigación se incluyeron las personas que cumplieron con los siguientes requisitos:

- Trabajador/a de UPC sin ningún tipo de licencia médica o permiso legal al momento de la aplicación del instrumento.
- Trabajador/a de UPC que realice turnos diurnos o rotativos en dicha unidad.
- Trabajador/a de UPC que haya aceptado la participación en este estudio, otorgando consentimiento informado.

2.3.2) Criterios de exclusión

Para esta investigación se excluyeron a:

- Trabajador/a de UPC que al momento de la aplicación del instrumento se encontraba con algún tipo de licencia médica o permiso legal
- Trabajador/a de UPC que no aceptó la participación en este estudio.

2.4) DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR DE DATOS:

El instrumento utilizado para la recolección de los datos constó de tres partes:

2.4.1) *Parte I: Cuestionario de variables biopsicosociodemográficas* creado por la tesista (*Anexo B*), con el cual se recolectaron las variables biosociodemográficas, variables laborales, aspectos de apoyo doméstico, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con la salud del entrevistado.

2.4.2) *Parte II: Cuestionario de evaluación de Riesgos psicosociales en el trabajo SUSESO-ISTAS 21 (Anexo C)*. Es una escala multidimensional que permite identificar y medir la existencia de riesgo psicosocial de acuerdo con los estándares chilenos, en cualquier tipo de trabajo o actividad económica. Su uso es público para la versión breve; está compuesta por veinte preguntas que evalúa iguales dimensiones que la versión completa y sus autores indican que ambas versiones son equivalentes y capaces de discriminar de igual forma el riesgo. El instrumento evalúa las dimensiones *exigencias psicológicas, trabajo activo y desarrollo de habilidades, apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo, compensaciones*, más la dimensión *doble presencia*, la cual incorpora la perspectiva de género al considerar las tareas que se presentan de manera simultánea con las tareas laborales y domésticas ⁽⁸⁵⁾. La interpretación de SUSESO-ISTAS 21 se adjunta en el *Anexo E*. Para la utilización del cuestionario SUSESO-ISTAS 21, se solicitó autorización a la Superintendencia de Seguridad Social, vía correo electrónico y correo certificado (*Anexo J*).

2.4.3) *Parte III: Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM), (Anexo D)*, desarrollada por el equipo integrado por las profesoras Díaz-Cabrera, Rolo y Hernández-Fernaud, de la Universidad de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España ⁽⁵⁵⁾. Para el uso de ESCAM se solicitó autorización a las autoras vía mail (*Anexo K*). Dicha solicitud tuvo una respuesta positiva y por la vía ya indicada facilitaron el instrumento para ser utilizado en el estudio e incluyeron la forma de codificar y sugerencias para analizar los datos obtenidos; ESCAM es una escala multidimensional de valoración de la carga mental de trabajo a partir de la percepción de los trabajadores y cuyas dimensiones son *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea, Características de la tarea, Organización temporal*

del trabajo, Ritmo de trabajo y Consecuencias para la salud ^(55,99). Se adjunta en el *anexo F* la interpretación de ESCAM.

2.5) CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS

2.5.1) Prueba piloto

Con el fin de determinar el grado de comprensión de los instrumentos recolectores de datos se aplicó una prueba piloto a 56 personas de ambos sexos y con edades entre 24 y 62 años, trabajadores/as de dos facultades de una institución universitaria chilena, durante los meses de abril y mayo 2012. Esta aplicación fue autorizada por los decanos/as de ambas facultades. Durante la ejecución de la prueba piloto se obtuvo buena disposición para participar en el estudio. Los y las funcionarios/as universitarios prefirieron la aplicación del instrumento por medio de entrevista. Respecto de la comprensión de las escalas y cuestionarios, no se encontraron dificultades. El tiempo de aplicación para la totalidad del instrumento fue de aproximadamente 15 a 20 minutos. Las entrevistas fueron realizadas en las oficinas de cada uno de los trabajadores/as que aceptaron participar.

2.5.2) Validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados

SUSESO-ISTAS 21 fue adaptado, estandarizado y validado para Chile en el 2008 por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Además, es el instrumento reconocido por la Superintendencia de Salud para la evaluación de riesgos psicosociales a nivel nacional. ^(72,85) En relación con la consistencia interna de SUSESO-ISTAS 21, esta fue reportada con Alpha de Cronbach por dimensión: *Exigencias psicológicas* ($\alpha=0,86$), *Trabajo activo y desarrollo de habilidades* ($\alpha=0,86$), *Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo* ($\alpha=0,92$), *Compensaciones* ($\alpha=0,83$) y *Doble presencia* ($\alpha=0,64$). Así mismo, en el análisis test-retest todas las correlaciones fueron estadísticamente significativas, lo que muestra una alta estabilidad temporal ⁽¹²⁷⁾.

La Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM) es un instrumento relativamente nuevo, fácil de aplicar, con una confiabilidad medida con un Alpha de Cronbach total de la escala de 0,75 ⁽⁵⁵⁾, lo que indica una consistencia interna aceptable. La validación en Chile de esta escala fue realizada por la investigadora durante el primer

semestre del 2012; la evaluación entregó un α de 0,8 ⁽¹⁵⁷⁾.

2.6) CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Para cada etapa de este estudio se consideraron los siete requisitos éticos de E. Emanuel ⁽¹⁵⁸⁾.

• Valor

Esta investigación aporta desde el valor social y el valor científico. El *valor social* que se pretende entregar con esta investigación, se relaciona con la posibilidad de evaluar *Riesgos psicosociales* y *Carga mental de trabajo* en el equipo de salud, con la finalidad de cuantificar el fenómeno, visibilizarlo y en conjunto entregar herramientas que permitan proponer medidas de mejora para optimizar la salud laboral de dichos actores. Además, pretende poner el tema en el tapete para que las autoridades visibilicen la problemática y tomen medidas referentes a aspectos legales, ya que según el teórico estas temáticas no están consideradas en la legislación vigente.

El *valor científico* deriva del análisis psicométrico de ESCAM, pues permitirá a otros/as investigadores/as hacer uso de este instrumento, el cual es de fácil aplicación, de fácil comprensión para quien lo contesta y contiene aspectos relevantes, especialmente para los trabajadores que se desempeñan en áreas críticas.

• Validez científica

Esta investigación se realizó desde la rigurosidad del método científico. Se plantea como una investigación no experimental, explicativa, transversal, comparativa desde la metodología cuantitativa, ya que esta se postula como la que mejor responde a las preguntas de investigación planteadas para este proyecto. Para la medición de ambas variables dependientes se utilizaron instrumentos con una consistencia interna aceptable, ambos descritos en la metodología. Se presenta con objetivos claros, alcanzables y de alto impacto para el equipo de salud y la sociedad en general y con un fundado marco referencial el que sustentó los supuestos, desde lo teórico, empírico y metodológico.

- **Selección equitativa de los sujetos**

Según E. Emanuel y cols. ⁽¹⁵⁸⁾, se deben tener presente algunas facetas para cumplir este requisito ético en las investigaciones científicas. (a) La elección de este grupo de personas fue para responder a las interrogantes investigativas, sin existir conflicto de intereses. (b) Esta investigación englobó a la población de estudio, ya que se realizó un censo en las UPC participantes y, además, se incorporó a todo el equipo de salud, tanto hombres como mujeres, no existiendo selección. (c) Los resultados de esta investigación ofrecen beneficios a sus participantes, los cuales fueron explicitados en el consentimiento informado y en las relevancias del estudio.

- **Razón riesgo/ beneficio favorable**

Esta investigación se realizó respetando la declaración de Helsinki ^(♦), la que indica en el punto N°18: *“Toda investigación en seres humanos debe ser precedida de una cuidadosa comparación de los riesgos y costos para las personas y comunidades que participen en la investigación”*.

Como se indicó anteriormente, la investigadora plantea que este estudio tiene un bajo riesgo, ya que en esta tesis no se realizarán intervenciones, como administración de sustancias, exámenes de laboratorios, entre otras. Además, al ser este un estudio no experimental, el posible daño a los participantes del estudio parece ser escaso versus los beneficios que podrían acarrear los resultados al bienestar laboral de los funcionarios de las UPC en forma directa y a los usuarios de estas, en forma indirecta.

A pesar de lo anterior, se reconoce que durante la aplicación de las encuestas, las personas participantes pudieran evidenciar el efecto de los riesgos psicosociales y la carga mental a nivel laboral, aspecto que podría provocar alguna alteración. Otro aspecto por resguardar es que como producto la entrevista, los participantes puedan recordar eventos negativos ocurridos en el trabajo, provocando un episodio de disconformidad, de estrés, de ansiedad, etc. Para evitar esta situación, el o la entrevistador/a debe estar

♦ Declaración de Helsinki 2008, disponible en: http://www.cei.fmed.edu.uy/archivos/05%20-%20Declaracion_de_Helsinki_2008_ESPANOL.pdf

preparado/a para dar contención en el momento a través de una escucha empática y activa que permita al o la trabajador/a sentirse bien con su problemática y así disminuir la posible molestia. Al no ser esto suficiente, existieron los resguardos para que el trabajador/a afectado/a fuera derivado a un/a psicólogo/a.

- **Evaluación independiente**

El proyecto es revisado por una comisión que no tiene intereses comprometidos en la investigación; además, está aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Por otra parte, se presentó el proyecto de investigación a los Comités Éticos-Científicos (CECs) de cada una de las instituciones de salud participantes, los cuales evaluaron y autorizaron su ejecución (*Anexos L, M, N, O*).

- **Consentimiento informado (C.I)**

El proyecto también cumple con uno de los requerimientos de la declaración de Helsinki, específicamente desde el punto 24 al 29. En este estudio participaron los funcionarios/as de forma voluntaria. De manera individual cada trabajador/a leyó y firmó de manera libre e informada un consentimiento que acreditó la comprensión de los supuestos metodológicos de la investigación, sus objetivos, tipo de colaboración y explicitó el papel de la investigadora principal. Además, incluyó todos los resguardos para los participantes, dejándoles claro sus derechos y deberes (*Anexos G, H, I*).

- **Respeto por los sujetos inscritos**

Esta investigación suma al consentimiento informado, la incorporación de aspectos referentes al respeto por los y las trabajadores/as participantes en este estudio; por ello fueron explicitados y clarificados en el protocolo de investigación y en el consentimiento informado, entre estos aspectos se destacan las siguientes aclaraciones:

* Si alguno o alguna de los participantes cambia de opinión con respecto a la participación en esta investigación y decide su retiro o solicita información adicional, no recibirá sanciones o represalias por parte de la investigadora o de la institución en la cual se desempeña.

* Además, los datos entregados por cada uno de ellos serán tratados con la mayor confidencialidad y no se utilizarán para otro objetivo que los planteados en la investigación. La investigadora dio a conocer los objetivos a los participantes.

* De existir alguna diferencia en los planteamientos teóricos o de ejecución de la investigación, en relación con las presentadas a los participantes, esta será informada de manera factible, lo que fue considerado en el consentimiento informado.

* Finalmente, el análisis de los datos encontrados y cada una de las conclusiones resultantes de esta investigación, serán informados a cada una de las instituciones de salud participantes.

2.7) MODALIDAD DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cursados y autorizados los permisos éticos por la Universidad de Concepción y entregados los permisos de las instituciones participantes, entre abril y mayo del 2013 se gestionaron contactos y reuniones con los encargados/as del Departamento de Recursos Humanos (RR.HH) de cada hospital (Hospital 1, Hospital 2 y Hospital 3) con el fin de acordar criterios de la aplicación de encuestas y la solicitud del listado de trabajadores/as para conocer la población real de estudio. Simultáneamente, se efectuaron encuentros con cada una las jefaturas de los CR-UPC para solicitar colaboración, presentar objetivos, formas de trabajo, acordar criterios de aplicación e incorporar sus sugerencias.

Posterior a estas gestiones, la investigadora principal aplicó los instrumentos a modo de entrevista individual entre mayo y octubre del 2013. Estas se efectuaron dentro de la Unidad de Pacientes Críticos, según disponibilidad de los y las integrantes del equipo de salud y dentro de su horario de trabajo. Luego de explicar los objetivos del estudio y de que el o la funcionario/a aceptó participar, se firmó el consentimiento informado. Se aplicaron los instrumentos de la siguiente manera: primero se cumplimentaron los antecedentes biosociodemográficos; luego SUSESO-ISTAS 21 y finalmente ESCAM. Cada una de las entrevistas duró entre 15 a 20 minutos.

2.8) PROCESAMIENTO DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS

La organización, el procesamiento y análisis estadístico de los datos, se realizó con el software SPSS versión 15 y 18 para Windows XP.

2.9) PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Tabla N°2: Plan de análisis estadístico de los datos

Objetivos	Variables	Tipo de análisis	Estadísticos utilizados
Describir el perfil biopsicosociodemográfico, variables laborales, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud del equipo de las Unidades de Paciente Crítico (UPC).	Variables biopsicosociodemográficas, variables laborales, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud	Descriptivo	Frecuencias relativas y absolutas \bar{x} , DT y rangos
Determinar la percepción e intensidad de los <i>Riesgos psicosociales</i> en los y las integrantes del equipo de salud de las UPC.	<i>Factores de riesgos psicosociales</i>	Descriptivo	Frecuencias relativas y absolutas \bar{x} , DE y rangos
Determinar la percepción e intensidad de la <i>Carga mental de trabajo</i> por los miembros del equipo de salud de las UPC.	<i>Carga mental de trabajo</i>	Descriptivo	Frecuencias relativas y absolutas \bar{x} , DE y rangos
Determinar si la percepción de <i>Riesgos psicosociales</i> se relaciona con percepción de la <i>Carga mental de trabajo</i> por parte de los miembros del equipo de salud de las UPC.	<i>Riesgos psicosociales y Carga mental de trabajo</i>	Correlacional	Correlación de Pearson
Relacionar las dimensiones de <i>Riesgos psicosociales</i> con las variables laborales, variables biopsicosociodemográficas, las condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud	<i>Riesgos psicosociales</i> , variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones de trabajo y aspectos relacionados con salud	Correlacional	Prueba de <i>t</i> , ANOVA y Correlación de Pearson
Relacionar los factores de <i>Carga mental de trabajo</i> con las variables laborales, las variables biopsicosociodemográficas, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud	<i>Carga mental de trabajo</i> , variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones de trabajo y aspectos relacionados con salud	Correlacional	Prueba de <i>t</i> , ANOVA y Correlación de Pearson
Determinar cuánto influye cada una de las dimensiones de <i>Riesgos psicosociales</i> en la percepción de <i>Carga mental de trabajo</i> de los y las trabajadores/as de UPC	<i>Riesgos psicosociales y Carga mental de trabajo</i>	Explicativo	Análisis de regresión múltiple

Continuación *Tabla N°2*: Plan de análisis estadístico de los datos

Determinar cuánto influyen las variables laborales, las biopsicosociodemográficas, los aspectos relacionados con salud y las condiciones del ambiente de trabajo en la percepción de <i>Riesgos psicosociales</i> de los miembros del equipo de salud de las UPC.	<i>Riesgos psicosociales</i> , variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones de trabajo y aspectos relacionados con salud	Explicativo	Análisis de Regresión Múltiple
Determinar cuánto influyen las variables laborales, las biopsicosociodemográficas, los aspectos relacionados con salud y las condiciones del ambiente de trabajo en la percepción de la <i>Carga mental de trabajo</i> de los miembros del equipo de salud de las UPC.	<i>Carga mental de trabajo</i> , variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones de trabajo y aspectos relacionados con salud	Explicativo	Análisis de Regresión múltiple
Comparar la percepción de cada una de las dimensiones de <i>Riesgos psicosociales</i> de los y las trabajadores/as entre las diversas instituciones de salud participantes	<i>Riesgos psicosociales</i> e instituciones de salud participantes	Explicativo	ANOVA con análisis posteriori de Scheffe
Comparar las percepciones de cada una de <i>Riesgos psicosociales</i> de los y las trabajadores/as que se desempeñan en las UPC, según grupos de trabajo	<i>Riesgos psicosociales</i> y grupos de trabajo	Explicativo	MANOVA
Comparar las percepciones de <i>Carga mental de trabajo</i> de los y las trabajadores/as de las instituciones de salud participantes	<i>Carga mental de trabajo</i> e instituciones de salud participantes	Explicativo	ANOVA con análisis posteriori de Scheffe
Comparar las percepciones de <i>Carga mental de trabajo</i> de los y las trabajadores/as que se desempeñan en las UPC, según grupos de trabajo	<i>Carga mental de trabajo</i> y grupos de trabajo	Explicativo	MANOVA

3) RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan los resultados y discusión, según los objetivos específicos del estudio.

3.1) ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

3.1.1) Perfil biopsicosociodemográfico

3.1.1.1) Variables laborales

Tabla N°3. Características laborales de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Pacientes Críticos participantes en el estudio

Variables laborales		Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Servicio o unidad en que se desempeña									
Unidades de Cuidados Intensivos	UCI	61	41.5	26	25.5	83	63.8	170	44.9
Unidades de Cuidados Intermedios	UCIM	23	15.6	13	12.7	27	20.8	63	16.6
	UCIC	20	13.6	21	20.6	0	0	41	10.8
	Neurocirugía	24	16.3	0	0	14	10.8	38	10.0
	Coronaria	0	0	17	16.7	0	0	17	4.5
Ambas Unidades (*)		19	12.9	25	24.5	6	4.6	50	13.2
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Categoría ocupacional									
Enfermera/o		40	27.2	28	27.5	43	33.1	111	29.3
Médico/a		26	17.7	14	13.7	15	11.5	55	14.5
Kinesiólogo/a		9	6.1	4	3.9	5	3.8	18	4.7
Nutricionista		0	0	1	1.0	0	0	1	0.3
Técnico de Enfermería		57	38.8	39	38.2	49	37.7	145	38.3
Auxiliar de servicio		12	8.2	15	14.7	16	12.3	43	11.3
Administrativo/a		3	2.0	1	1.0	2	1.5	6	1.6
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Antigüedad en el puesto en años									
$\bar{x} = 7.38$ años (D.E = 7.75; Rango: 0 - 35)									
Menos de 1 año		27	18.4	19	18.6	32	24.6	78	20.6
1 a 5 años		63	42.8	37	36.3	41	31.5	141	37.2
6 a 10 años		31	21.1	12	11.8	24	18.5	67	17.7
11 a 15 años		10	6.8	6	5.9	14	10.8	30	7.9
16 a 20 años		4	2.7	14	13.7	16	12.3	34	8.9
Más de 20 años		11	7.5	14	13.7	3	2.3	28	7.4
No responde		1	0.7	0	0	0	0	1	0.3
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Tipo de contrato									
Indefinido		46	31.3	42	41.2	29	22.3	117	30.9
A plazo fijo/Contrata		79	53.7	51	50.0	52	40.0	182	48.0
Honorarios		4	2.7	2	2.0	18	13.8	24	6.3
Reemplazantes (A plazo fijo)		18	12.3	7	6.8	31	23.8	56	14.8
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	

*Al momento de la toma de datos, hay trabajadores/as que refieren rotar durante el turno en unidades de intermedio y de intensivo, como kinesiólogos/as, médicos/as, enfermeras/os supervisores y TENS volantes, por lo que se decidió dejarlos/as como **ambas unidades**.

Continuación *Tabla N°3*. Características laborales de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Paciente Críticos participantes en el estudio

Variables laborales		Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Tipo de turno									
Diurno		18	12,2	13	12,7	29	22,3	60	15,8
Cuarto turno		107	72,8	76	74,6	91	70,0	274	72,3
24 horas		22	15,0	13	12,7	10	7,7	45	11,9
		<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Desempeña otra funciones a las asistenciales									
Sí		32	21,8	15	14,7	39	30,0	86	22,7
No		115	78,2	87	85,3	91	70,0	293	77,3
		<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Administrativas	Si	24	75,0	14	93,3	38	97,4	76	88,4
	No	8	25,0	1	6,7	1	2,6	10	11,6
		<i>n</i> = 32		<i>n</i> = 15		<i>n</i> = 39		<i>n</i> = 86	
Docencia	Si	3	9,4	1	6,7	5	12,8	9	10,5
	No	29	90,6	14	93,3	34	87,2	77	89,5
		<i>n</i> = 32		<i>n</i> = 15		<i>n</i> = 39		<i>n</i> = 86	
Investigación	Si	6	18,8	0	0	8	20,5	14	16,3
	No	26	81,3	15	100	31	79,5	72	83,7
		<i>n</i> = 32		<i>n</i> = 15		<i>n</i> = 39		<i>n</i> = 86	
Trabaja en otra institución									
Sí		42	28,6	21	20,6	33	25,4	96	25,3
No		106	72,1	81	79,4	97	74,6	284	74,7
		<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Cargo clínico y/o asistencial	Si	34	81,0	11	52,4	12	36,4	57	59,4
	No	7	16,7	10	47,6	21	63,6	38	39,6
	N.R	1	2,3	0	0	0	0	1	1,0
		<i>n</i> = 42		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 33		<i>n</i> = 96	
Docencia	Si	5	11,9	7	33,3	16	48,5	28	29,2
	No	36	85,7	14	66,7	17	51,5	67	69,8
	N.R	1	2,4	0	0	0	0	1	1,0
		<i>n</i> = 42		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 33		<i>n</i> = 96	
Otro tipo de actividades	Si	3	7,1	3	14,3	4	12,1	10	10,5
	No	38	90,5	18	85,7	29	87,9	85	88,5
	N.R	1	2,4	0	0	0	0	1	1,0
		<i>n</i> = 42		<i>n</i> = 21		<i>n</i> = 33		<i>n</i> = 96	

En relación *con la unidad donde se desempeña*, el 44.8% trabaja en Unidades de Cuidados Intensivos, y el 41.9% labora en unidades de intermedio (UCIM, UCIC, entre otras). Además, existe un 13.2% que se desempeña en ambas unidades, intensivo e intermedio, durante el turno. Aquí se incluyen principalmente kinesiólogos, nutricionistas y algunos/as médicos/as, quienes durante su turno deben atender usuarios/as de las diversas unidades que integran la UPC.

En relación con la **categoría ocupacional**, los y las participantes ejercen puestos de médico/a, enfermera/o, kinesiólogo/a, nutricionista, técnicos de enfermería (TENS), auxiliar de servicio, administrativo/a. De esta manera, al realizar comparación por categorías ocupacionales, se indica que en esta investigación el mayor porcentaje de trabajadores/as corresponde a los y las Técnicos en Enfermería (TENS), seguidos por los profesionales de Enfermería. Estos resultados se condicen con estudios con la realidad sanitaria a nivel mundial, ya que son estos los estamentos que ocupan mayor porcentaje de equipo de salud ^(159,160). Las diversas categorías ocupacionales que trabajan en UPC conforman el equipo de salud para el logro de los objetivos de cada una de estas unidades.

En relación a la **antigüedad en el puesto** se observa una media de 7,38 años. Al respecto, hay estudios que indican promedios menores (4,2 años, *D.E*=6,0) y otros mayores (9,85 años, *D.E*=7,05) ^(161,162). En general, las personas que trabajan en UPC dejan este puesto antes de los 10 años; la explicación es el desgaste generado por el trabajo. Expertos destacan algunos aspectos laborales que pueden ser perjudiciales para estos trabajadores/as como: características organizacionales propias del ámbito sanitario, exigencias mentales constantes y elevadas, desempeño rutinario, número insuficiente de recursos humanos, trabajo directo con personas, sentimientos de muerte y sufrimiento y trabajo a turnos y turnos nocturnos, entre otros factores ^(163,164). La literatura indica que dichos factores pueden generar alteraciones emocionales (p.ej., irritabilidad), presencia de sintomatología somática (p.ej., cefaleas, problemas gastrointestinales), insatisfacción, *burnout*, estrés ⁽¹⁶⁵⁾ o fatiga mental ⁽⁶⁰⁾, alteraciones que pueden alterar el bienestar de los trabajadores/as, además de ser causa de problemas de salud. Se postula que una de las razones por lo que las personas se mantienen por más tiempo en estos puestos, serían los beneficios extra otorgados como mejores salarios, feriados legales compensatorios, entre otros aspectos.

En relación con el **tipo de contrato**, un alto porcentaje de los trabajadores/as de UPC tiene contrato a plazo fijo o a contrata (48,0%); existe un 6,3% que se encuentra a honorarios y un 14,8% que trabaja como reemplazante. Es decir, casi un 70% de este grupo de trabajadores/as tiene un contrato con término, poco seguro e inestable. Este dato es similar al obtenido por investigadores colombianos donde el 54,5% de los funcionarios tiene un contrato a término

(prestación de servicios). Según refieren los trabajadores participantes, esta situación inestable afecta su calidad de vida y la calidad del cuidado entregado, ya que les genera altos niveles de estrés, pudiendo afectar su salud física y mental ⁽¹⁶⁶⁾.

La inestabilidad laboral pudiera ser explicada por el mercado del trabajo actual que prefiere tener contratos más flexibles con la finalidad de evaluar el logro de metas ⁽¹⁶⁷⁾. Sin embargo, esto genera desánimo en los trabajadores/as, pues su trabajo no se ve recompensado con un cargo definitivo que le otorgue una mayor estabilidad laboral. Según Siegrist, desde el modelo *Esfuerzo-Recompensa*, este aspecto puede ocasionar un sinnúmero de alteraciones, tanto físicas, como mentales, como problemas cardiovasculares, fatiga mental, entre otras ^(24,77,86).

Con respecto a los *tipos de turnos*, se observa que un alto porcentaje de las personas que trabajan en estas unidades realiza cuarto turno, un sistema de turnos rotatorios. Según la OIT, los sistemas de trabajo por turnos pueden adoptar un número de formas prácticamente infinito; sin embargo, principalmente se dividen en dos categorías básicas: sistemas de turnos fijos en cuyo marco un determinado grupo de trabajadores labora siempre en el mismo turno y un sistema de turnos rotantes, según los cuales los trabajadores se asignan por turnos de trabajo que varían regularmente a lo largo del tiempo y «rotan» las 24 horas. Sumado a ellos, si una empresa funciona las 24 horas durante los siete días de la semana, el trabajo por turnos se considera «continuo». Por su propia naturaleza, este trabajo continuo exige que al menos algunos grupos de trabajadores laboren de noche o en fin de semana ⁽¹⁶⁸⁾.

En las tres UPC participantes, la mayoría del personal sanitario realiza turnos rotatorios de 12 horas, adscribiéndose al denominado sistema de *cuarto turno*; esta modalidad da cuenta de realizar un día un turno de 8:00 a 20:00 horas (denominado turno de largo), al día siguiente turno de 20.00 a 8:00 horas (denominado turno de noche) y posteriormente el trabajador/a cuenta con dos días libres para regresar a un próximo turno de largo. Otro sistema de turno presente en estas unidades es el llamado *Turno de 24 horas*, realizado por médicos que desempeñan su labor trabajando 24 horas de manera continuada. Ambos turnos se realizan durante los siete días de la semana, considerando también los días festivos. Además, existen turnos diurnos que corresponde a turnos fijos de lunes a viernes en horario de 8:00 a 17:00 horas.

Esta gama de distribución horaria para el personal permite la atención continua de los usuario/as, según guías elaboradas por expertos/as a solicitud del MINSAL para este tipo de unidades ⁽¹⁶⁹⁾. Independiente del tipo de turno, todos/as los trabajadores/as de estas unidades tiene una jornada semanal de 44 horas. Sin embargo, por experiencia profesional estos trabajadores/as realizan además turnos de reemplazo en la misma institución u otras en los espacios libres de sus jornadas.

Por la variabilidad de organización del trabajo en estas unidades en otros contextos y otros países, se complejiza la comparación de resultados con otras investigaciones pues cada unidad se adscribe a la normativa interna de las instituciones de salud ^(170,171,172).

Se destaca que otros estudios indican que trabajar en turnos, en especial los nocturnos, proporcionan déficit de sueño, alteran el humor, repercuten en la familia del trabajador/a e incluso predisponen a riesgos en la asistencia a los usuarios, alterando la calidad de vida de los profesionales ⁽¹⁷³⁾.

Referente a la variable *desempeña otras funciones que la asistencial*, 22,7% de los/as encuestados/as refiere realizar otras actividades además de las funciones asistenciales que le fueron asignadas en la unidad. Según un 88,4% son de tipo administrativas, como jefaturas de turno, participación en comité o comisiones, entre otras. Un 16,3% indica que aporta a la unidad con actividades investigativas y solo un 10,5% realiza actividades de docencia. Por experiencia de la tesista, los/as trabajadores/as asumen estas funciones ya que otorgan un reconocimiento del equipo de trabajo, aunque esto signifique una mayor exigencia para quien las asume.

Un 25% de los participantes indica que *trabaja en otra institución*. Estudios realizados en diversos países reportaron disimiles resultados respecto a esta variable ^(166,174). Por un lado, el trabajo en turnos permite la flexibilidad horaria de tener otro empleo, incluidos en ellos turnos part-time, supervisión de estudiantes por períodos, clases por horas, entre otros, que les permite aumentar sus ingresos. Por otro lado, como ya se mencionó, las personas que trabajan en las UPC son generalmente jóvenes, algunos sin hijos, lo que les permite poder asumir trabajos en otras instituciones; es decir asumir una doble jornada, lo que pudiera aumentar su

carga de trabajo, aspecto que incluso pudiera impactar en la calidad de la atención entregada en ambos lugares de desempeño.

3.1.1.2) Variables biopsicosociodemográficas

Tabla N°4: Características biopsicosociodemográficas de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Pacientes Críticos participantes

Variables biopsicosociodemográficas	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo								
Hombres	51	34.7	38	37.3	16	12.3	105	27.7
Mujeres	96	65.3	64	62.7	114	87.7	274	72.3
	n = 147		n = 102		n = 130		n=379	
Edad en años								
	$\bar{x} = 37,36$ (D.E: 10,53; Rango: 21 - 64)							
21-30 años	42	28.6	20	19.6	50	38.5	112	29.6
31-40 años	50	34.0	39	38.2	42	32.2	131	34.5
41-50 años	34	23.1	23	22.5	21	16.2	78	20.6
51-60 años	17	11.6	16	15.7	16	12.3	49	12.9
61 años y más	1	0.7	2	2.0	0	0	3	0.8
No responde	3	2.0	2	2.0	1	0.8	6	1.6
	n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Nivel de estudios								
Medio	7	4.8	12	11.8	10	7.7	29	7.7
Técnico	63	42.9	42	41.2	55	42.3	160	42.2
Universitario	77	52.4	48	47.1	65	50.0	190	50.1
	n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Situación de pareja								
Soltero/a sin pareja	30	20.4	8	7.8	28	21.5	66	17.4
Casado/a sin pareja	2	1.4	1	1	6	4.6	9	2.4
Separado/a o divorciado/a sin pareja	4	2.7	5	4.9	5	3.8	14	3.7
Viudo/a sin pareja	1	0.7	1	1.0	1	0.8	3	0.8
Soltero/a con pareja	47	32.0	39	38.2	40	30.8	126	33.2
Casado/a con pareja	53	36.1	41	40.2	38	29.2	132	34.8
Separado/a o divorciado/a con pareja	9	6.1	6	5.9	10	7.7	25	6.6
Viudo/a con pareja	0	0	0	0	1	0.8	1	0.3
No responde	1	0.7	1	1.0	1	0.8	3	0.8
	n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	

Continuación *Tabla N°4*: Características biopsicosociodemográficas de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Pacientes Críticos participantes

Variables biopsicosociodemográficas		Hospital 1		Hospita2		Hospital 3		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Número de hijos/as									
0		41	27.9	27	26.5	50	38.5	118	31.1
1		39	26.5	24	23.5	31	23.8	94	24.8
2		43	29.3	33	31.4	27	20.8	103	27.2
3		14	9.5	17	16.6	21	16.2	52	13.7
4		7	4.8	0	0	1	0.8	8	2.1
5		1	0.7	1	2.0	0	0	2	0.5
No responde		2	1.4	0	0	0	0	2	0.5
		<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Edad hijo/a menor		$\bar{x} = 11,10$ (D.E: 8,24; Rango: 0-30; <i>n</i> =165)							
Edad hijo/a mayor		$\bar{x} = 14,81$ (D.E: 9,21; Rango: 0-38; <i>n</i> =259)							
Hijos/as a su cargo									
SÍ		102	69.4	72	70.6	80	61.5	254	67.0
No		43	29.3	30	29.4	50	38.5	123	32.5
No responde		2	1.4	0	0	0	0	2	0.5
		<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Colaboradores al cuidados de los hijos/as									
Pareja o Cónyuge	Sí	28	26.9	47	65.3	27	33.8	102	39.8
	No	65	62.5	23	31.9	53	66.2	141	55.1
	No responde	11	10.6	2	2.8	0	0	13	5.1
		<i>n</i> = 104		<i>n</i> = 72		<i>n</i> = 80		<i>n</i> =256	
Asesora del hogar	Sí	10	9.6	12	16.7	24	30.0	46	18.0
	No	83	79.8	58	80.6	56	70.0	197	77.0
	No responde	1	10.6	2	2.08	0	0	13	5.0
		<i>n</i> = 104		<i>n</i> = 72		<i>n</i> = 80		<i>n</i> =256	
Familiares	Sí	39	37.5	23	31.9	42	52.5	104	40.6
	No	54	51.9	47	65.3	38	47.5	139	54.3
	No responde	11	10.6	2	2.8	0	0	13	5.1
		<i>n</i> = 104		<i>n</i> = 72		<i>n</i> = 80		<i>n</i> =256	
Otros	Sí	9	9.7	10	13.9	9	11.3	28	11.0
	No	83	79.8	60	83.3	71	88.7	214	83.6
	No responde	12	10.6	2	2.8	0	0	14	5.4
		<i>n</i> = 104		<i>n</i> = 72		<i>n</i> = 80		<i>n</i> =256	
Familiares a su cargo									
Sí		34	23.1	20	19.6	23	17.7	77	20.3
No		112	76.2	82	80.4	107	82.3	301	79.4
No responde		1	0.7	0	0	0	0	1	0.3
		<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Pareja o Cónyuge	Sí	8	22.9	0	0	0	0	8	10.3
	No	26	74.3	20	100	22	95.7	68	87.2
	No responde	1	2.9	0	0	1	4.3	2	2.6
		<i>n</i> = 35		<i>n</i> = 20		<i>n</i> = 23		<i>n</i> = 78	
Padres (Madre o Padre)	Sí	13	37.1	13	65.0	13	56.5	39	50.0
	No	21	60.0	7	35.0	9	39.1	37	47.4
	No responde	1	2.9	0	0	1	4.3	2	2.6
		<i>n</i> = 35		<i>n</i> = 20		<i>n</i> = 23		<i>n</i> = 78	

Continuación *Tabla N°4*: Características biopsicosociodemográficas de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Pacientes Críticos participantes

Variables biopsicosociodemográficas		Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Nietos/as	Sí	5	14.3	4	20.0	2	8.7	11	14.1
	No	29	83.9	16	80.0	20	87.0	65	83.3
	No responde	1	2.9	0	0	1	4.3	2	2.6
		n = 35		n = 20		n = 23		n = 78	
Otros/as	Sí	13	37.1	3	15.0	10	43.5	26	33.3
	No	21	60.0	13	85.0	12	52.2	50	64.1
	No responde	1	2.9	0	0	1	4.3	2	2.6
		n = 35		n = 20		n = 23		n = 78	
Colaboradores al cuidado de familiares									
Pareja o cónyuge	Sí	6	17.6	10	50.0	3	13.0	19	24.7
	No	26	76.5	10	50.0	20	87.0	56	72.5
	No responde	2	5.9	0	0	0	0	2	2.6
		n = 34		n = 20		n = 23		n = 77	
Asesora del hogar	Sí	4	11.8	3	15.0	5	21.7	12	15.6
	No	28	82.4	17	85.0	18	78.3	63	81.8
	No responde	2	5.9	0	0	0	0	2	2.6
		n = 34		n = 20		n = 23		n = 77	
Familiares	Sí	23	67.6	7	35.0	15	65.2	45	58.4
	No	9	26.5	13	65.0	8	34.8	30	39.0
	No responde	2	5.9	0	0	0	0	2	2.6
		n = 34		n = 20		n = 23		n = 77	
Otros	Sí	3	8.8	3	15.0	3	13.0	9	11.7
	No	29	85.3	17	85.0	20	87.0	66	85.7
	No responde	2	5.9	0	0	0	0	2	2.6
		n = 34		n = 20		n = 23		n = 77	
Apoyo en las tareas domésticas									
Sí		98	66.7	81	79.4	102	78.5	281	74.1
No		44	29.9	21	20.6	28	21.5	93	24.5
No responde		5	3.4	0	0	0	0	5	1.3
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Pareja o cónyuge	Sí	46	31.3	50	49.0	40	30.8	136	35.9
	No	83	56.5	50	49.0	90	69.2	223	58.8
	No responde	1	12.2	2	2.0	0	0	20	5.3
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Hijos/as	Sí	15	10.2	17	16.7	12	9.2	44	11.6
	No	114	77.6	83	81.3	118	90.8	315	83.1
	No responde	18	12.2	2	2.0	0	0	20	5.3
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Asesora del hogar	Sí	13	8.8	8	7.8	23	17.7	44	11.6
	No	116	78.9	92	90.2	107	82.3	315	83.1
	No responde	18	12.3	2	2.0	0	0	20	5.3
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Familiares	Sí	22	15.0	14	13.7	24	18.5	60	15.9
	No	107	72.8	86	84.3	106	81.5	299	78.8
	No responde	18	12.2	2	2.0	0	0	20	5.3
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	

La *Tabla N°4* permite observar el comportamiento de las variables biopsicosociodemográficas en los/as participantes del estudio.

Referente a la variable *sexo*, se observa que un alto porcentaje de mujeres trabaja en Unidades de Pacientes Críticos, siendo la UPC del hospital 3, la que tiene un mayor porcentaje de mujeres. Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con otras investigaciones realizadas con trabajadores sanitarios en Chile y en Latinoamérica en los cuales un importante porcentaje de la muestra fueron mujeres ^(141,175-176). Al respecto, la OIT señala que el 76,1% de las trabajadoras en América Latina y el Caribe se desempeñan en el sector servicio. Un alto porcentaje trabaja como empleadas domésticas, y otras mujeres se desempeñan en servicios sociales, como la pedagogía y el ámbito sanitario ⁽¹⁷⁷⁾. En el presente estudio se observa un porcentaje destacable de hombres (30%) que se asocia a la categoría ocupacional de médicos/as y auxiliares de servicio ⁽¹⁷⁸⁾.

En este grupo de trabajadores/as, el promedio de *edad* obtenido fue semejante a los estudios realizados con el personal sanitario (UPC y UCI) en Chile y Brasil, en donde las medias fueron de 35 años y 39,5 años, respectivamente, con variaciones de rango entre 21 a 63 años ^(56,171). El hospital 3 refiere un mayor porcentaje de funcionarios/as de menor edad (entre 21-30 años). Se postula que el nivel de requerimientos, tanto físicos como mentales, que plantean estas unidades, hacen necesario la inclusión de personas jóvenes, las cuales en general se forman en estos centros de alta complejidad, realizan pasantías, cursos de perfeccionamiento, entre otros. Además, a los y las jóvenes en general les motiva plantearse retos; por ello, muchas veces los profesionales y técnicos jóvenes prefieren estas unidades. Al respecto, estudios indican que los y las jóvenes que trabajan en UPC buscan instancias donde existan estímulos críticos ⁽¹⁷⁹⁾.

En relación con el *nivel de estudios*, casi la totalidad de los y las participantes de la investigación reportan estudios universitarios o técnicos compatibles con las categorías ocupacionales. Los que reportan menor nivel de estudios son los auxiliares de servicios. Otros estudios efectuados con el personal sanitario, muestran que un alto porcentaje de la muestra informan estudios superiores al bachillerato ⁽¹⁸⁰⁾. Expertos indican que los y las trabajadores/as

que se desempeñan en estas unidades, requieren de altos niveles de formación en saberes fisiológicos, humanos, tecnológicos y gestión entre otros, tanto a nivel profesional como a nivel técnico ⁽¹⁸¹⁾, dada la especificidad y complejidad que requieren los usuarios/as que ingresan a este tipo de unidades.

En cuanto a *situación de pareja*, la mayoría de los participantes manifiestan tener pareja, independiente de su estado civil; siendo la UPC del hospital 2 la que reporta el mayor porcentaje de trabajadores en pareja. Este resultado es coincidente con otro estudio en personal sanitario, en el cual más del 50% de los/as participantes refieren tener pareja ⁽¹⁵¹⁾. El alto porcentaje de los y las trabajadores de estas unidades que se encuentra en pareja, pudiera relacionarse con la etapa del ciclo vital en la que se encuentran, considerando que se trata en su mayoría de personas jóvenes, sexualmente activas, que además del ámbito profesional buscan la realización personal, y que en la cultura occidental está ligado a la constitución de una familia, entre otros aspectos. Se postula que el tener pareja pudiera ser un amortiguador en relación con el trabajo de alto estrés (alta demanda y bajo control), ya que debiera ser quien apoya en las tareas domésticas, cuidado de los hijos/as y entregaría soporte emocional al trabajador/a cuando se encuentra en su hogar.

En relación con el *número de hijos/as* el rango varía de 0 a 5, existiendo un alto porcentaje de trabajadores sin hijos/as. Se destaca la UPC del hospital 3 que reporta un mayor porcentaje de trabajadores/as sin hijos, aspecto relacionado con la institución con mayor porcentaje de trabajadores/as jóvenes. Investigaciones realizadas con personal sanitario, dan cuenta de resultados similares, en relación con esta variable de estudio ^(135,137,178). En relación con el promedio de hijos/as por trabajador/a es muy similar a la media nacional, calculándose 1,89 hijos/as por mujer ⁽¹⁸²⁾.

Por otra parte, la *edad de los hijos/as* fluctúa en promedio de 11 años para los hijos/as menores y de 14 años para los hijos/as mayores. Este período corresponde a la etapa de la adolescencia, fase de transición de la niñez a la adultez. Autores indican que en este período las personas aún están en formación por lo deben ser protegidos, pues sus responsabilidades civiles no se asemejan a las del adulto. Sumado a ello indican que en esta etapa no hay plena

madurez ni responsabilidad, por lo cual es preciso supervisión y guía por parte de los padres o algún adulto ⁽¹⁸³⁾. Lo planteado permite indicar que los hijos/as de estos/as trabajadores/as aún requieren de cuidados, generando un aumento de la carga de trabajo, en este caso doméstico.

Así, emerge la necesidad por parte del trabajador/a de contar con ***colaboradores al cuidado de los hijos/as***. En este grupo de estudio se observa que en mayor porcentaje los trabajadores/as refieren a familiares (mamá, hermanas, otras) como cuidadoras de los/as hijos/as. Seguido de un 39,8% que refiere al cónyuge o pareja como colaborador/a. En este sentido, en nuestra sociedad persiste una división de roles en el hogar, responsabilizando las tareas de la crianza de los hijos/as preferentemente a la mujer, situación considerada como un factor de riesgo, ya que aumenta la carga de trabajo no remunerado ⁽¹⁸⁴⁾, pudiendo ocasionar alteraciones de salud físicas o mentales.

Además de los y las hijos/as, un porcentaje no despreciable refiere tener ***familiares a su cargo***, que viven junto al trabajadores/as y que preferentemente corresponden a madre, padre o ambos. Este aspecto puede ser analizado desde las características socioculturales, en las que en Latinoamericana, las familias jóvenes, no siempre se independizan de sus padres, por lo que cohabitan todos en una misma casa ⁽¹⁸⁵⁾. Así, cuando los padres van teniendo más edad, son ellas/os las/os que naturalmente asumen las responsabilidades del hogar quedando los padres a su cargo.

En relación con lo anterior, se estudió la variable ***colaboradores/as al cuidado de los familiares***. Al respecto es posible señalar que los/as trabajadores/as reconocen a otros/as familiares y/o a sus cónyuges como colaboradores en el cuidado de sus familiares a cargo. Este aspecto pudiera ser analizado desde los cuidados informales, entendidos como “los cuidados proporcionados por la familia, amigos, vecinos u otras personas al interior del hogar en un mundo privado, a personas ancianas, enfermas y dependientes” ^(186,187). Además, los cuidados informales siempre implican una relación afectiva definida por el proveedor y la persona receptora de cuidados por el que no se recibe remuneración económica ⁽¹⁸⁸⁾. En este sentido, la literatura destaca la relación entre alteraciones de salud y el acto de cuidar, indicando que estas responsabilidades externas al trabajo formal producen impacto en la salud

y calidad de vida, constituyéndose como un factor de riesgo para la propia salud del proveedor/a de los cuidado ^(187,189,190).

Referente al *apoyo en tareas domésticas*, un 35,9% indica a sus parejas o cónyuges como apoyo. Así, un porcentaje destacable refiere a familiares (mamá, hijas/os, hermanas/os, entre otros), como colaboradores en dichas tareas. De esta manera, según las variables revisadas la mayoría del personal participante en el estudio presenta *Doble presencia*, esto es la suma de carga laboral y carga doméstica. Como se ha destacado anteriormente, el grupo estudiado está conformado en su mayoría por mujeres, las que en la sociedad actual deben responder frente a las demandas laborales remuneradas y las responsabilidades domésticas y familiares ⁽¹⁵¹⁾.

3.1.1.3) Condiciones ambientales de trabajo

Tabla N°5. Percepción de las condiciones ambientales de trabajo de los y las participantes de la investigación

Condiciones ambientales de trabajo	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Condiciones ambientales de trabajo (temperatura, iluminación, ruido, espacio e higiene)								
Inadecuadas	40	27.2	18	17.6	31	23.8	89	23.5
Intermedias/Regulares	72	49.0	57	55.9	60	46.2	189	49.9
Adecuadas	35	23.8	27	26.5	39	30.0	101	26.6
	n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
La temperatura en su puesto de trabajo es								
Inadecuada	25	17.0	28	27.5	34	26.2	87	23.0
Intermedia/Regular	50	34.0	39	38.2	62	47.6	151	39.8
Adecuada	72	49.0	35	34.3	34	26.2	141	37.2
	n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
La iluminación en su puesto de trabajo es								
Inadecuada	28	19.0	18	17.6	26	20.0	72	19.0
Intermedia/Regular	36	24.5	31	30.4	33	25.4	100	26.4
Adecuada	83	56.5	53	52.0	71	54.6	207	54.6
	n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
El ruido en su puesto de trabajo es								
Inadecuado	53	36.1	29	28.4	34	26.2	116	30.6
Intermedio/Regular	70	47.6	50	49.1	52	40.0	172	45.4
Adecuado	24	16.3	23	22.5	44	33.8	91	24.0
	n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	

Continuación *Tabla N°5*. Percepción de las condiciones ambientales de trabajo de los y las participantes de la investigación

Condiciones ambientales de trabajo	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
	<i>F</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
El espacio en su puesto de trabajo es								
Inadecuado	76	51.7	39	38.2	56	43.1	171	45.1
Intermedio/Regular	31	21.1	34	33.3	35	26.9	100	26.4
Adecuado	40	27.2	29	28.4	39	30.0	108	28.5
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Las condiciones de higiene en su puesto de trabajo son								
Inadecuadas	48	32.7	21	20.6	27	20.8	96	25.3
Intermedias/Regulares	59	40.1	35	34.3	37	28.5	131	34.6
Adecuadas	40	27.2	46	45.1	66	50.8	152	40.1
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	

En la *Tabla N°5* se presentan los resultados obtenidos en relación con la percepción de las **condiciones ambientales de trabajo** de los y las trabajadores/as de las UPC participantes. Se observa que en general, un alto porcentaje de trabajadores percibe dichas condiciones como regulares; esta evaluación coincide con los resultados de otras investigaciones desarrolladas en contextos similares ⁽⁵⁶⁾; sin embargo, al realizar un análisis individual de las condiciones ambientales incorporadas en este estudio se visualizan diferencias.

Mayoritariamente los y las trabajadores/as de UPC, consideraron **la temperatura** en su puesto de trabajo como de regular a adecuada. La temperatura, dentro de las UPC; se conserva por medios artificiales entre 24 a 28°C ya que esta permite al usuario/a mantener una termorregulación sin gasto de energía (ambiente terapéutico neutro). En la búsqueda bibliográfica se encontraron contradicciones respecto del resultado obtenido en esta investigación, ya que otros estudios indican que los trabajadores/as de unidades críticas perciben como inadecuada la temperatura en su puesto de trabajo, señalando que esta debiera ser menor ^(56,136). La percepción adecuada de los trabajadores encuestados, pudiera relacionarse con la estación del año en que se recolectaron los datos.

Se destaca que un estudio realizado en la región de la Araucanía, Chile, analizó algunos factores protectores de estrés laboral en profesionales de UPC, evidenciando que la percepción de una temperatura agradable en la unidad pudiera ser un protector ⁽¹⁹¹⁾.

Por otra parte, la **iluminación** fue evaluada como adecuada. Resultado concordante con estudios efectuados en otras unidades críticas ⁽¹⁹²⁾. Todas las unidades evaluadas contaban con espacios iluminados con luz natural y cuando se requería luz artificial esta era adecuada. En este sentido, una investigación efectuada en Chile, evidenció la disponibilidad de luz natural como un protector ante el estrés que genera el trabajo hospitalario ⁽¹⁹¹⁾.

Al consultar sobre la percepción del **ruido en el puesto de trabajo**, un porcentaje no despreciable (30,6%) de los y las trabajadores/as participantes lo refieren como inadecuado. Dicho resultado coincide con otras investigaciones en donde un alto porcentaje de trabajadores/as sanitarios percibió condiciones inadecuadas de ruido en las unidades donde se desempeñaban, interfiriendo con sus actividades e incluso poniendo en riesgo la seguridad de las personas ⁽¹⁹²⁻¹⁹³⁾. Al respecto, estudios de abordaje cualitativo indican que los trabajadores/as de unidades de cuidados intensivos visualizan como generadores de ruidos a las bombas de infusión continua y las alarmas de los ventiladores mecánicos, los cuales causan desconcentración, irritabilidad y generan dificultades de comunicación entre los miembros del equipo, aspectos que perjudican el desempeño profesional ⁽¹³⁶⁾.

En relación con la percepción del **espacio en el puesto de trabajo**, un alto porcentaje lo consideró inadecuado en este grupo de trabajadores/as. El resultado concuerda con otros estudios, en donde el espacio físico de trabajo es percibido como inadecuado en una gran mayoría ^(175,192). La tesista postula que esta percepción negativa puede estar sesgada, ya que las tres instituciones de salud participantes se encontraban en proceso de reconstrucción por efectos del terremoto del 2010. De esta manera, todas las unidades participantes se encontraban en dependencias transitorias, las cuales se adecuaron para continuar con la atención y el cuidado de los usuarios que ingresan a dichas unidades.

Finalmente, las **condiciones de higiene** se reportaron como adecuadas en un alto porcentaje. Sin embargo, los funcionarios/as del hospital 1, las califican en mayor porcentaje como regulares. Estudios reportan resultados diferentes de lo encontrado en esta investigación, ya que para un 36,9% de los trabajadores/as el orden y limpieza en su unidad es inadecuada e insuficiente ⁽¹⁵¹⁾. La explicación a esta contraposición de resultados pudiera ser que en el

estudio referenciado, se incorporaron las percepciones de todos/as los trabajadores/as de un hospital y no solo la de las unidades críticas, las cuales son cerradas, tiene personal destinado a mantener adecuadas condiciones higiénicas, entre otros aspectos.

Así mismo, en todas las unidades participantes las condiciones de higiene son calificadas en general como adecuadas. La institución de salud, por ley ⁽¹⁹⁴⁾ está obligada a mantener en los lugares de trabajo las condiciones sanitarias y ambientales necesarias para proteger la vida y la salud de los trabajadores, destacando que estos trabajadores/as se desempeñan en un medio en donde las condiciones higiénicas debieran ser óptimas por la condiciones de vulnerabilidad de los usuarios/as.

De manera global, investigadores refieren que las condiciones de trabajo ⁽¹⁹⁵⁾ inadecuadas impactan negativamente en la calidad de la asistencia debido a la desmotivación, inseguridad y bajo rendimiento que estas percepciones generan en los trabajadores/as ⁽¹⁹⁶⁻¹⁹⁷⁾. Por ello, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) incorporó dentro de sus ejes transversales de trabajo *la importancia del entorno laboral*. Según esta organización, las enfermeras/os como promotores de la salud, deben incorporar en su quehacer actividades que aporten a la mejora del ambiente hospitalario, para favorecer la satisfacción laboral ⁽¹⁹⁸⁾ y mejorará la entrega de cuidados. Lo que también podría repercutir positivamente en la imagen social que hoy generan las instituciones de salud chilenas, especialmente las públicas. Es decir, todos los actores, usuarios internos y externos y las instituciones de salud, se beneficiarían con la mejora del entorno laboral.

3.1.1.4) Aspectos relacionados con salud

Tabla N°6. Aspectos relacionados con salud de los/as participantes del estudio

Aspectos relacionados con salud		Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Consulta médica en los últimos 12 meses									
Sí		110	74.8	67	65.7	97	74.6	274	72.3
No		37	25.2	35	34.3	33	25.4	105	27.7
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Causa de la consulta médica (*)									
Cardiovasculares	Si	13	11.8	3	4.5	3	3.1	19	6.9
	No	91	82.7	60	89.36	93	95.9	244	89.1
	No responde	6	5.5	4	6.0	1	1.0	11	4.0
		n = 110		n = 67		n = 97		n = 274	
Músculo-esqueléticas	Si	29	26.4	15	22.4	23	23.7	67	24.5
	No	75	68.2	48	71.6	73	75.3	196	71.5
	No responde	6	5.5	4	6.0	1	1.0	11	4.0
		n = 110		n = 67		n = 97		n = 274	
Digestivas	Si	10	9.1	5	7.5	10	10.3	25	9.1
	No	94	85.5	58	86.6	86	88.7	238	86.9
	No responde	6	5.5	4	6.0	1	1.0	11	4.0
		n = 110		n = 67		n = 97		n = 274	
Respiratorias	Si	12	10.9	20	29.9	16	16.5	48	17.5
	No	92	83.6	43	64.2	80	82.5	215	78.5
	No responde	6	5.5	4	6.0	1	1.0	11	4.0
		n = 110		n = 67		n = 97		n = 274	
Salud mental	Si	6	5.5	4	6.0	6	6.2	16	5.9
	No	98	89.0	59	88.0	90	92.8	247	90.1
	No responde	6	5.5	4	6.0	1	1.0	11	4.0
		n = 110		n = 67		n = 97		n = 274	
Ginecologías	Si	16	14.5	7	10.4	11	11.3	34	12.4
	No	88	80.0	56	83.6	85	87.6	229	83.6
	No responde	6	5.5	4	6.0	1	1.0	11	4.0
		n = 110		n = 67		n = 97		n = 274	
Otras Causas	Si	28	25.5	15	22.4	35	36.1	78	28.5
	No	76	69.0	48	71.6	61	62.9	185	67.5
	No responde	6	5.5	4	6.0	1	1.0	11	4.0
		n = 110		n = 67		n = 97		n = 274	
Licencia médica									
Sí		78	53.1	60	58.8	79	60.8	217	57.3
No		69	46.9	42	41.2	51	39.2	162	42.7
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	
Duración de la licencia médica									
Menos de 7 días		34	43.6	19	31.7	41	51.9	94	43.3
Entre 7 y 21 días		30	38.5	23	38.3	18	22.8	71	32.7
Más de 21 días		13	16.6	14	23.3	20	25.3	47	21.7
No responde		1	1.3	4	6.7	0	0	5	2.3
		n = 78		n = 60		n = 79		n = 217	
Enfermedad diagnosticada									
Si		67	45.6	43	42.2	54	41.5	164	43.3
No		80	54.4	59	57.8	76	58.5	215	56.7
		n = 147		n = 102		n = 130		n = 379	

(*) El o la trabajador/a puede indicar más de un motivo de consulta.

Continuación *Tabla N°6*. Aspectos relacionados con salud de los participantes del estudio

Aspectos relacionados con salud		Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Causa de enfermedad diagnosticada (*)									
Alt. Cardiovasculares	Si	24	35.8	11	25.6	17	31.5	52	31.7
	No	43	64.2	31	72.1	36	66.7	110	67.1
	No responde	0	0	1	2.3	1	1.9	2	1.2
		<i>n</i> = 67		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 54		<i>n</i> = 164	
Alt. Músculo-esqueléticas	Si	14	20.9	14	32.6	10	18.5	38	23.2
	No	53	79.1	28	65.1	43	79.6	124	75.6
	No responde	0	0	1	2.3	1	1.9	2	1.2
		<i>n</i> = 67		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 54		<i>n</i> = 164	
Alt. Respiratorias	Si	7	10.4	3	7.0	9	16.7	19	11.6
	No	60	89.6	39	90.7	44	81.5	143	87.2
	No responde	0	0	1	2.3	1	1.9	2	1.2
		<i>n</i> = 67		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 54		<i>n</i> = 164	
Alt. Salud mental	Si	5	7.5	2	4.7	4	7.4	11	6.7
	No	62	92.5	40	93.0	49	90.7	151	92.1
	No responde	0	0	1	2.3	1	1.9	2	1.2
		<i>n</i> = 67		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 54		<i>n</i> = 164	
Alt. Endocrinas	Si	20	29.9	10	23.3	17	31.5	47	28.7
	No	47	70.1	32	74.4	36	66.7	115	70.1
	No responde	0	0	1	2.3	1	1.9	2	1.2
		<i>n</i> = 67		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 54		<i>n</i> = 164	
Otras alteraciones	Si	15	22.4	10	23.3	17	31.5	42	25.6
	No	52	77.6	32	74.4	36	66.6	120	73.2
	No responde	0	0	1	2.3	1	1.9	2	1.2
		<i>n</i> = 67		<i>n</i> = 43		<i>n</i> = 54		<i>n</i> = 164	
Percepción de salud del trabajador/a									
Mala		1	0.7	0	0	0	0	1	0.3
Regular		20	13.6	13	12.7	12	9.2	45	11.9
Buena		78	53.1	67	65.7	81	62.3	226	59.6
Muy Buena		44	29.9	22	21.6	37	28.5	103	27.2
No responde		4	2.7	0	0	0	0	4	1.1
		<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	

En la *Tabla N° 6* se observan datos relacionados con la situación de salud de los y las participantes de la investigación.

Un alto porcentaje de trabajadores/as (72,3%) refiere haber *consultado médico/a en los últimos 12 meses*. En esta variable se incluyeron todos los tipos de consulta médica, incluso controles de salud. De esta manera se podría inferir que la mayoría de los y las trabajadores/as participantes, chequea su estado de salud a lo menos una vez al año o que cuando presenta síntomas de algún tipo realiza consulta médica. Aspecto destacable puesto que en el ambiente

* El o la trabajador/a puede indicar más de una alteración de salud diagnosticada.

hospitalario el autodiagnóstico y automedicación es una práctica bastante reconocida (199,200,201).

Por otra parte, entre las principales *causas de consultas médicas* se refieren las *musculoesqueléticas*. Este resultado es coincidente con variadas investigaciones en donde se destacan en los trabajadores/as sanitarios la presencia de alteraciones como lumbalgias, tendinitis, entre otras (27,202). Existe un consenso entre los científicos para indicar que son muchos los factores que pueden influir en el desarrollo de los problemas musculoesqueléticos, pues son multicausales. Pueden influir en su aparición aspectos de la organización del trabajo (ej. recursos insuficientes, largos turnos de trabajo, exceso de horas extraordinarias, entre otras), condiciones ambientales de trabajo (ej. inadecuada iluminación, insuficiente espacio físico) y aspectos de tipo ergonómicos (ej. trabajo repetitivo, posturas viciosas, fuerzas desmedidas y los años de exposición), entre otros factores que debieran ser considerados en estos los contextos sanitarios de trabajo (151,203-204).

Las causas de tipo *respiratorias* son otro motivo importante de consulta en este grupo de trabajadores/as. Resultado coincidente con otros estudios realizados en personal de salud en Latinoamérica (205). Los usuarios/as requieren dentro de la sala un ambiente terapéutico neutro (24 a 28°C); por eso, el trabajador/a está expuesta/o a cambios bruscos de temperatura al momento de salir hacia otros lugares de la unidad o de la institución de salud. Este cambio puede incidir en la aparición de síntomas de tipo respiratorios, esto según lo observado por la tesista. Otro aspecto que podría estar vinculado a esta problemática es el hábito tabáquico. La prevalencia de tabaquismo en funcionarios de salud en Chile es de 40,7%, siendo los hombres más fumadores que las mujeres, 43% vs 39,6% ($p < 0,001$) (206). Estudios efectuados en trabajadores de UPC indican que el trabajo, especialmente a turnos nocturnos, con altos niveles de exigencias o demandas especialmente cognitivas, con interrupciones permanentes, entre otros, pueden influir en el hábito tabáquico de estos trabajadores/as lo que incidiría en el aumento de alteraciones respiratorias (207), aspecto no abordado en esta investigación, lo que entrega luces para nuevas investigaciones en relación a los estilos de vida de estos trabajadores/as.

Por otra parte, casi un 60% de los trabajadores/as participantes, refieren haber presentado ***licencia médica en los últimos 12 meses***. Este resultado es concordante con estudios realizados en personal sanitario, en donde el 56% y 57,1% de los trabajadores participantes presentaron al menos una licencia en un año ⁽²⁰⁸⁻²⁰⁹⁾. Este dato permite reflexionar sobre el ausentismo con el que deben lidiar los trabajadores/as de estas unidades, quienes además de ejercer un trabajo que ocasiona desgaste por cargas físicas y mentales, deben asumir las ausencias no programadas de sus compañeros. Según la duración de estas ausencias, muchas veces no se reemplazan y los/as mismos/as funcionarios/as del turno deben cubrir al trabajador/a ausente produciendo una mayor carga de trabajo. Investigaciones concluyen que el ejercicio continuo de este tipo de actividad puede causar desgaste físico y mental a los/as trabajadores/as, generando ausencias por enfermedad ⁽²⁰⁸⁾, dando origen a las licencias médicas.

Referente a la ***duración de la licencia médica***, un alto porcentaje de trabajadores/as refiere haber presentado licencia por menos de 7 días. Situación similar a la reportada por Torres et al. en donde la frecuencia de duración de licencia se situó en los 7 días ⁽²¹⁰⁾. Se adiciona un estudio en profesionales de Enfermería que concluye que los/as trabajadores se ausentan de sus puestos de trabajo con licencias médicas por períodos inferiores a 15 días ⁽²¹¹⁾. Para este estudio podría asociarse el menor número de días de licencia médica, a la edad de este grupo de trabajadores/as que es mayoritariamente joven (edad promedio 37 años) y las causas de consultas médicas, generalmente por alteraciones de salud agudas o transitorias.

Al consultar a los trabajadores/as sobre la existencia de alguna ***alteración de salud diagnosticada por médico***, un alto porcentaje refiere tener al menos una. Entre las causas más mencionadas se observa con un 31,7% las alteraciones cardiovasculares como hipertensión arterial y dislipidemias; este tipo de alteraciones se respaldan desde lo teórico y lo empírico. Los modelos de *Demanda-Control* y *Esfuerzo-Recompensa* ⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾, sustentan que la percepción de un bajo control y una baja recompensa son experiencias igualmente estresantes en el contexto del trabajo, pues requiere un alto nivel de esfuerzo. Ambas experiencias provocan emociones negativas y requieren respuestas al estrés con consecuencias adversas para la salud a largo plazo; de esta manera, este entorno psicosocial del trabajo podría propiciar el

desarrollo de alteraciones como las cardiovasculares ^(98,212). Con estos antecedentes, las alteraciones cardiovasculares presentarse en este grupo de personas pudiera ser una mezcla entre el comportamiento de morbilidad a nivel nacional ⁽²¹³⁾ y el desgaste generado por el trabajo desempeñado.

Un 28,7% de los entrevistados/as identifican como causa de la enfermedad diagnosticada *alteraciones endocrinas* como diabetes e hipotiroidismo. A nivel nacional existe para la Diabetes Mellitus tipo 2 una prevalencia de 9,4% y de 19,4% para trastornos tiroideos ⁽²¹³⁾. La evidencia a nivel internacional reporta porcentajes más bajos en torno a estas patologías ^(208,214). La explicación a estos contrastes pudieran ser aspectos hereditarios y culturales, relacionados directamente con estas alteraciones de salud. Por otra parte, los efectos adversos ocasionados por las demandas laborales a nivel hormonal, debieran ser un foco de estudio por su directa relación en el aumento de estas complicaciones de salud, aspecto que al parecer se le ha prestado escasa atención; de esta manera, el resultado obtenido en este estudio pudiera ser el inicio de una línea interesante a indagar. Expertos señalan que a nivel endocrino el cortisol es la hormona relacionada con el estrés; además, es causante del aumento de la glicemia. Lo anterior daría fundamentos para cimentar estas alteraciones, pero concluyen que son necesarios más estudios para certificar su efecto, así como el de otras hormonas ⁽²¹⁵⁾.

Un 23,2% de las alteraciones diagnosticadas corresponden a *problemas musculoesqueléticos*; los entrevistados/as destacan lumbagos y hernias. Estudios realizados en Brasil reportan porcentajes similares ^(204,211,214). Otros investigadores concluyen que los funcionarios hospitalarios sufren alteraciones osteomusculares, las que afectan a trabajadores/as de diversas profesiones y puestos de trabajo. Subrayan que dichas complicaciones pueden ser relacionadas con insuficiencias ergonómicas del puesto de trabajo como sobrecarga física, levantamiento o transporte de usuarios/as y objetos pesados, muebles y equipos averiados, obsoletos y dañados, así como la realización de movimientos repetitivos, entre otras ⁽²¹⁶⁾. En este sentido, según la experiencia de la tesista, estas alteraciones pueden ser relacionadas con las condiciones en que el equipo de salud desarrolla sus actividades. En general, la atención directa requiere desgaste físico, en este caso, se agudiza ya que los usuarios/as tiene una alta dependencia por estado de gravedad. Por eso, es necesario programar actividades como baño en cama, cambios de posición permanente, instalación de dispositivos, etc. Estas acciones son

ejecutadas por todos/as los miembros del equipo según su categoría profesional, lo que genera un riesgo permanente a diversos tipos de alteraciones musculoesqueléticas.

En cuanto a la *percepción de salud del trabajador/a*, un importante porcentaje de los participantes percibe su salud como buena o muy buena en forma general. Este resultado es llamativo, pues las variables anteriores muestran un alto porcentaje de consultas por diversas causas, sumado a un gran número de licencias médicas y, además, un número importante de personas indica tener alteraciones de salud diagnosticadas; de esta forma, resulta contradictorio lo referido por este grupo de trabajadores/as en relación con la percepción de su estado de salud. Lo anterior pudiera tener explicación desde aspectos teóricos desarrollados por la Psicología Social, según la cual la percepción no solo tiene una mirada individual, sino que es interferida por aspectos internos y externos relacionados con su entorno. En ese sentido, investigaciones han reportado en forma sistemática que las emociones afectan los juicios respecto a uno mismo y a los demás, ya que las personas cuando se encuentran en un estado de ánimo positivo elaboran juicios positivos y cuando presentan un estado de ánimo negativo, elaboran juicios en este tenor ⁽²¹⁷⁾. Al ser este un estudio de abordaje transversal, pudiera ser posible que al momento de ser encuestados, la mayoría de los y las trabajadores/as participantes se encontraran en un estado anímico con tendencia hacia lo positivo o entregaron respuestas socialmente correctas.

Otro aspecto destacable es que en esta investigación los trabajadores/as se encuentran rodeados de problemas de salud invalidantes, usuarios/as en estado grave, familias en crisis por tener un ser querido en riesgo vital, entre otras variables, por lo que al consultarles sobre sus problemáticas, estas se minimizan al compararlas con otros/as que se encuentran objetivamente más graves. Según la Psicología Social este proceso se denomina comparación social y en este caso el o la trabajador/a lo hace para favorecerse o sentirse mejor ⁽²¹⁸⁾.

Además, ante la posibilidad de ser criticado o visualizado como “un problema” en el entorno laboral, casi instintivamente las personas indican estados más positivos de los que realmente perciben, ya que la mayoría está preocupada por generar buenas impresiones en los otros ⁽²¹⁹⁾. Investigaciones que incorporan la variables situación de salud autoreferida muestran un menor porcentaje de trabajadores/as que perciben su salud como buena; de igual manera indican que

los estudios basados en medidas autoreferidas pueden ser influenciados por factores como sesgo de memoria, respuesta socialmente deseables y sesgos de sospecha diagnóstica ⁽⁹⁵⁾.

3.1.2) Análisis descriptivo de Riesgos psicosociales

3.1.2.1) Percepción de Riesgos psicosociales por dimensión

Los resultados que se presentan en la *Tabla N°7* se utilizaron para determinar la percepción e intensidad de los *Riesgos psicosociales* por dimensión de los y las integrantes del equipo de salud de las UPC participantes.

Tabla N°7. Nivel de percepción de *Riesgos psicosociales* de los y las funcionarios/as de las Unidades de Pacientes Críticos participantes del estudio

<i>Riesgos psicosociales por dimensiones</i>	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Dimensión Exigencias psicológicas $\bar{x} = 11.78$ (DE=2.54 ; Rango=3 - 18)								
Bajo (0 - 8)	16	10.9	7	6.9	16	12.3	39	10.3
Medio (9 - 11)	39	26.5	45	44.1	52	40.0	136	35.9
Alto (12 - 20)	92	62.6	50	49.0	62	47.7	204	53.8
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Dimensión trabajo activo y desarrollo de habilidades $\bar{x} = 6.77$ (DE=2.54 ; Rango=0 - 15)								
Bajo (0- 5)	36	24.5	40	39.2	39	30.0	115	30.3
Medio (6 - 8)	72	49.0	42	41.2	68	52.3	182	48.0
Alto (9 - 20)	39	26.5	20	19.6	23	17.7	82	21.6
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Dimensión Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo $\bar{x} = 6.50$ (DE=2.85 ; Rango=0 - 14)								
Bajo (0- 3)	18	12.2	19	18.6	18	13.8	55	14.5
Medio (4 - 6)	49	33.3	36	35.3	55	42.3	140	36.9
Alto (7 - 20)	80	54.4	47	46.7	57	43.8	184	48.5
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Dimensión Compensaciones $\bar{x} = 4.70$ (DE=3.03 ; Rango=0 - 12)								
Bajo (0- 2)	27	18.4	42	41.2	36	27.7	105	27.7
Medio (3 - 5)	53	36.1	33	32.4	44	33.8	130	34.3
Alto (6 - 12)	67	45.6	27	26.5	50	38.5	144	38.0
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Dimensión Doble presencia $\bar{x} = 3.64$ (DE=2.10 ; Rango=0 - 8)								
Bajo (0- 1)	30	20.4	19	18.6	18	13.8	67	17.7
Medio (2 -3)	40	27.2	32	31.4	39	30.0	111	29.3
Alto (4 - 8)	77	52.4	51	50.0	73	56.2	201	53.0
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	

En relación con las dimensiones de *Riesgos psicosociales*, se observa de manera global que este grupo de trabajadores perciben un alto nivel de exposición al riesgo en 2 de las 5 dimensiones que evalúan *Riesgos psicosociales* en el trabajo (*Exigencias psicológicas* y *Doble presencia*), lo que es considerado un Riesgo Alto/Nivel 1. El hospital 1 reporta tres dimensiones con más del 50% de los trabajadores con riesgo alto, por lo se catalogaría a esta institución en Riesgo Alto/Nivel 3 (ver *Anexo E*). El análisis por dimensión se presenta a continuación.

La dimensión *Exigencias psicológicas* que contempla demandas de tipo cognitivas, emocionales y sensoriales fueron percibidas por un 53,8% de los trabajadores/as con un alto nivel de exposición al riesgo psicosocial y un 35,9% con un nivel de riesgo medio. Otros estudios han reportado resultados similares, destacando un alto nivel de riesgo psicosocial percibido por el personal sanitario ^(96,138-139). Estos resultados pueden estar relacionados con las características del trabajo en estas unidades críticas, en las que según expertos, se presentan actividades demandantes, imprevistas, con insuficiente tiempo para ejecutar todas las tareas, requieren la toma permanente de decisiones inmediatas, sustentadas en sólidos conocimientos y experticia procedimental, entre otros ^(134,193).

Otro aspecto relevante que pudiera tributar al aumento de la exigencia psicológica es el trabajar en contacto directo con personas vulnerables y sus familias. Estudios indican que aspectos como el contacto con el sufrimiento y la muerte, transmitir malas noticias, interrupciones permanentes, alto nivel de responsabilidad por sus tareas y la posibilidad de cometer errores que pongan en riesgo la vida de los que están bajo su responsabilidad, entre otros, producen en el equipo de salud de unidades críticas una alta exigencia debido al trabajo emocional que esto les genera ^(163-164,178).

En este contexto y desde la perspectiva de los postulados de modelo de Karasek y Theorell ^(76,80), es posible señalar que este grupo de trabajadores pudiera presentar un *alto estrés* y constituirse en un grupo vulnerable a presentar alteraciones de salud por esta causa o exacerbar las existentes. Igualmente, estos autores identifican que las actividades en estas unidades son realizadas con constante supervisión y estructura rutinaria de las tareas, lo que generaría la percepción de un *trabajo pasivo*, desmotivando a la persona y provocando de una percepción de riesgo psicosocial ⁽⁹⁰⁾.

El ***Trabajo activo y desarrollo de habilidades***, es percibido con un alto nivel de exposición al riesgo por un 21,6%, y con un nivel medio de exposición al riesgo por un 48% de los trabajadores/as. Esta dimensión contempla aspectos como la influencia sobre la cantidad de trabajo, posibilidad de generar pausas, posibilidad de aprender cosas nuevas y la importancia de la institución de salud para el trabajador. Desde la perspectiva teórica, estos aspectos de alta exigencia con alto control provocan en los trabajadores/as motivación y consecución de metas, denominado también, estrés positivo ^(78,90). Estudios efectuados a trabajadores/as de unidades críticas en España y Brasil reportaron que al desarrollar su quehacer, las personas perciben autonomía, desarrollo de conocimiento y competencias a nivel laboral y personal, reconocimiento y prestigio social entre otros aspectos. Además, visualizan el trabajo realizado como una asistencia integral lo que genera gratificación. Sostienen que el trabajo en UPC permite desenvolverse ampliamente, demostrar y poner en práctica los conocimientos adquiridos en la formación y en la experiencia clínica, aspectos que diferencia este trabajo al de otras unidades ^(181,220). Expertos postulan que este contexto pudiera ser protector ante el estrés laboral pues promueve un ambiente positivo para la salud, ya que tienden al bienestar y satisfacción de los y las trabajadores/as en estas unidades ^(191, 221).

El ***apoyo social en la empresa y la calidad de liderazgo*** fue percibido con un alto nivel de exposición al riesgo por un 48,5% de los funcionarios/as y un 36,9% percibió un nivel medio de exposición a este riesgo psicosocial. Esta dimensión incorpora aspectos relacionados con apoyo social en el trabajo, calidad del liderazgo y claridad de rol. En investigaciones realizadas en Chile y España se reportaron valores aún más altos (sobre 50%) y las principales causas refirieron falta de apoyo social e injusticia organizacional ^(139,222).

Como esta dimensión une la evaluación de dos constructos como son apoyo social y calidad del liderazgo, para su análisis se evaluaron las puntuaciones de los cuatro ítems de la dimensión; por eso las preguntas relacionadas con el apoyo social fueron bien evaluadas. Por el contrario, las relacionadas con la calidad del liderazgo fueron evaluadas negativamente por los trabajadores/as de las UPC participantes.

En relación con lo anterior, según el modelo de *Demanda-Control-Apoyo social*, el concepto de apoyo social, específicamente el socio-emocional y social-instrumental, actúa como un amortiguador en la percepción de desgaste especialmente en trabajos de *alto estrés* ⁽⁸¹⁾, como

son considerados los trabajos desarrollados en las unidades de pacientes críticos. De acuerdo con este hallazgo, el apoyo social a nivel laboral es percibido positivamente por estos trabajadores/as, lo que actuaría como un *buffer* que minimizaría los niveles de exposición al resto de riesgos psicosociales, ayudando a la reducción de algunas alteraciones de salud ya identificadas. Estudios realizados en hombres y mujeres, a nivel internacional, dieron cuenta de que a mayor percepción de apoyo social se evidencian menores riesgos de salud ⁽²²³⁻²²⁴⁾. Por lo tanto, este aspecto debe ser reforzado y visibilizado ante las autoridades de cada una de las UPC y ante los trabajadores/as como un aspecto positivo del contexto de trabajo.

Además, las percepciones con mayor exposición a riesgos en esta dimensión se relacionan con la calidad del liderazgo. Así, los profesionales que se desempeñan en estas unidades descuidan la formación en esta área ya que se centran preferentemente en la formación de la especialidad ⁽²²⁵⁾. De esta manera, es relevante incorporar dentro de las curriculas de formación, al inicio y luego al insertarse dentro de las instituciones de salud, aspectos gerenciales basados en un liderazgo efectivo ⁽²²⁶⁾, con el fin de facilitar el desarrollo de las habilidades de los miembros del equipo, respetar los roles y funciones, generar canales de comunicación efectivo; es decir, mantener un ambiente de trabajo efectivo y positivo.

El cuestionamiento que emerge con este resultado es ¿qué acontece, entonces, con el liderazgo ejercido en los servicios críticos? Algunos estudios revelan que el tipo de liderazgo ejercido en las unidades críticas es muy jerárquico, rígido y autoritario ⁽²²⁷⁻²²⁸⁾, dificultando el trabajo colaborativo, generando desgaste y exponiendo a este grupo de personas a riesgos psicosociales por mala calidad de liderazgo ⁽²²⁹⁻²³⁰⁾. Lo anterior es un llamado de atención, ya que según los expertos, cuando un liderazgo no es adecuado puede ser abusivo y generador de desgaste, lo que puede contribuir al surgimiento de experiencias negativas de los empleados y perjudicar su bienestar ⁽²³¹⁾ y su salud, como es el caso de este grupo de trabajadores/as. De esta manera, no solo es relevante adquirir competencias de liderazgo, sino que es central ejercerlo de una forma adecuada, ya que un liderazgo efectivo puede actuar como catalizador de algunos conflictos laborales ⁽²³²⁾. Al respecto, investigadoras postulan que un liderazgo protector de estrés debe promover el respeto al trabajo de los otros/as, utilizar la comunicación eficaz y la empatía y además, es inclusivo, entre otros aspectos ⁽¹⁹¹⁾. Empoderar a los trabajadores/as en relación con el trabajo en equipo y potenciar en todo nivel aspectos de

liderazgo, puede disminuir el nivel de exposición al riesgo psicosocial percibido y mejorar la salud de estas personas.

La dimensión *Compensaciones* fue percibida con un alto nivel de exposición al riesgo psicosocial por un 38% de los trabajadores/as de las UPC participantes y un 34,3% percibió un nivel medio de exposición. Esta dimensión incorpora ítems relacionados a estar preocupado/a por la seguridad en el trabajo (contrato), por el cambio de tareas en contra de su voluntad y la percepción de reconocimiento por parte de los/as superiores.

Los resultados descriptivos obtenidos en la presente investigación en relación con el tipo de contrato, mostraron que un porcentaje importante (69,1%) de los trabajadores/as tiene un contrato a término, lo que coincide con el resultado de otros estudios en UPC a nivel mundial, en donde un alto porcentaje de funcionarios/as tiene un contrato a término ⁽¹⁶⁶⁾. Este tipo de contrato puede producir en los trabajadores/as algún grado de inseguridad laboral afectando la percepción de este riesgo psicosocial.

En relación con el cambio de tareas, dentro de las unidades de la UPC pueden existir variaciones en relación con el número de usuarios/as por atender, algunas normativas internas de cada unidad, manejo de algunos equipos exclusivos, entre otros aspectos; estos son más bien secundarios para este grupo de personas, pues se han formado teórica y empíricamente para hacer frente a estas exigencias y además se sienten con la capacidad de realizarlo. Sin embargo, lo que les genera “ruido” en relación al cambio de tarea se relaciona con el resultado de la dimensión anterior, el apoyo social, ya que dentro de los turnos se generan lazos colaborativos claves y relevantes para estos trabajadores; es decir, lo que les genera conflicto es trabajar o adaptarse al trabajo con otro grupo de personas. Investigadores indican que para trabajar de manera colaborativa, las personas requieren conocerse y derribar obstáculos para desarrollar la confianza entre ellos/as ⁽²³³⁾; por lo tanto, que el trabajador/a considere permanentemente la posibilidad de cambio de grupo podría aumentar la exposición a riesgos psicosociales. Así, este aspecto ayudaría a fundamentar lo planteado. Se indica entonces que las jefaturas deben considerar la importancia de mantener la cohesión grupal y tener en cuenta los efectos de las rotaciones permanentes en los trabajadores/as.

Respecto al reconocimiento o recompensa, un estudio realizado en España dio cuenta que los profesionales de equipo de salud reconocen como una de sus principales recompensas la

recuperación de un usuario/a grave ⁽²³⁴⁾, pues lo consideran como un incentivo a seguir adquiriendo habilidades y conocimientos para entregar una atención de calidad. Así mismo, otros estudios realizados en unidades de cuidados intensivos brasileñas reportaron que los trabajadores/as percibían escaso reconocimiento por parte de sus superiores, lo que les generaban sentimientos de desvalorización desde sus autoridades y que los trabajadores/as que reconocieron no tener incentivos, reportaron mayores niveles de exposición a riesgos psicosociales ^(153,192).

Una reciente investigación realizada con enfermeras/os estadounidenses, dio cuenta de la importancia del reconocimiento significativo para este grupo de trabajadoras/as por parte de otras enfermeras y su jefatura. Además, se generaron estrategias para ayudarlos a dar mayor importancia a su trabajo y fortalecerse como grupo, entre otros aspectos ⁽²³⁵⁾. Según el parecer de los expertos/as, las retribuciones verbales, los refuerzos positivos por el trabajo realizado, entre otros, se denominan “compensaciones psicológicas”, las cuales son clave para los funcionarios/as, pues se relacionan directamente con la contribución del trabajador/a al logro de los objetivos de la unidad y de la institución; así mismo, este tipo de reconocimiento favorece el bienestar y potencia su estado de salud de las personas ⁽¹⁹¹⁾. Al respecto, el modelo desbalance Esfuerzo-Recompensa ⁽⁷⁷⁾, ha demostrado que el desequilibrio entre las exigencias y las compensaciones de todo tipo, aporta a la percepción de desgaste por causa del trabajo, pudiendo causar alteraciones de salud tanto físicas como mentales ^(86-87,95). Según los resultados obtenidos en esta investigación, este grupo de personas tiene alta prevalencia de alteraciones cardiovasculares, musculoesqueléticas y endocrinas a nivel físico y a nivel mental; desbalance de la *carga mental de trabajo* en las tres UPC participantes.

Finalmente, la ***Doble presencia*** fue percibida por un 53% de las personas con un alto nivel de riesgo y un 29,3% lo percibió con un nivel de riesgo medio. Esta dimensión da cuenta del trabajo doméstico o familiar del trabajador/a y de la preocupación generada. Como ya se ha mencionado, los equipos sanitarios están mayoritariamente compuestos por mujeres, aspecto que hace muy coincidente los resultados de las investigaciones en relación a la doble presencia ^(134,139,173).

Es de conocimiento mundial el aumento de la fuerza femenina en los lugares de trabajo, la que se inserta principalmente en el sector de servicios y ambas características se presentan en este

grupo de trabajadores/as. Sin desconocer los factores favorables en relación con la satisfacción, logro de objetivos, aumento de estima, entre otros, el trabajo remunerado de la mujer provoca interferencias entre el trabajo y la familia, lo que actualmente se conoce como doble presencia. Esta situación ocasiona un aumento en las cargas de trabajo; según datos arrojados en una investigación a nivel nacional, las cargas de trabajo más elevadas se presentan en las trabajadoras del sector de salud y en un 79%, sobrepasa las 60 horas semanales ⁽¹⁴¹⁾. Dicha situación viene a demostrar que en este grupo de trabajadores/as un alto porcentaje debe dividirse entre las responsabilidades del trabajo y las tareas domésticas, aspectos que producen un aumento de las exigencias personales y discomfort en las trabajadoras. Estudios indican que lo expuesto genera mayor exposición a riesgos para la salud y un menor cuidado de sí; por eso, es necesario realizar estudios en los diversos lugares de trabajo para visibilizar esta situación y proponer acciones de promoción de la salud en este grupo de personas ^(151,236).

En general, los trabajadores/as de estas unidades, realizan su trabajo por variadas causas, dentro de las cuales pudieran encontrarse la posibilidad de formación continua, compensaciones psicológicas, turnicidad, entre otras. Sin embargo, lo efectúan por un período determinado, migrando posteriormente hacia otros lugares de trabajo. Al respecto, la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva indica que la pérdida de trabajadores/as ha sido la tónica en unidades críticas a causa de los pesados sistemas de turnos, la presión técnica, la crudeza de las patologías que se manejan, los sueldos limitados, el atractivo de hacer carrera en especialidades individuales más rentables y la protección de la estructura familia, lo que ha hecho estragos con las cortas carreras de enfermeros/as y médicos/as ⁽²³⁷⁾. Por eso, es imprescindible promover estrategias de retención de personal para que este se sienta compensado e incentivado para mantenerse en sus unidades.

3.1.3) Análisis descriptivo de Carga mental de trabajo

3.1.3.1) Percepción de Carga mental de trabajo global

Tabla N°8. Percepción de *Carga mental de trabajo global* de los y las funcionarios/as de las UPC participantes en el estudio.

<i>Carga mental de trabajo Global</i>	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
$\bar{x} = 3,38$ (DE=0.43 ; Rango=2,1 - 4,9)								
Baja (2,00-3,10)	24	16,3	35	34,3	35	26,9	94	24,8
Media-Baja (3,11-3,34)	39	26,5	23	22,5	31	23,8	93	24,5
Media-Alta (3,35 –3,64)	43	29,3	19	18,6	32	24,6	94	24,8
Alta (3,65 – 5)	41	27,9	25	24,5	32	24,6	98	25,9
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	

Se observa que el promedio de *Carga Mental de Trabajo Global* (CMTG) es media-alta. Por otra parte, un 25,9% de los participantes refiere un nivel de puntuación sobre el percentil 75, por lo que un porcentaje importante de trabajadores en este estudio percibe sobrecarga mental cuantitativa y cualitativa. Otros estudios en unidades críticas en España, Brasil y Colombia encontraron una *Carga mental* en un nivel medio con exigencias de atención y concentración, ritmo excesivo, exceso de tareas, horario inflexible, entre otros ^(56,138,176). Se observan diferencias entre las puntuaciones de CMTG percibida entre las diversas instituciones de salud. Llama la atención que los y las trabajadores de los hospitales 2 y 3 perciban en un mayor porcentaje una carga mental baja. Y por otra parte, los funcionarios del hospital 1 reportan en un mayor porcentaje una CMTG media-alta.

Al observar los datos descriptivos, los hospitales 2 y 3 presentan un mayor número de participantes en las categorías ocupacionales más bien técnicas y el hospital 1 tiene un mayor número de participantes en las categorías profesionales. Esto nos podría hacer pensar que las categorías técnicas perciben un trabajo cognitivamente menos exigente, en donde se ejercen tareas rutinarias y monótonas, que el tiempo destinado para la realización de su trabajo es suficiente, entre otros aspectos, lo que los lleve a evaluar su trabajo con una carga mental baja o subcarga. Lo contrario sucede con las categorías profesionales, en donde se visualiza que el desempeño de su trabajo genera una carga mental alta o sobrecarga mental. Se plantea que estos supuestos serán aclarados en el análisis relacional. Teóricamente, las exigencias cognitivas, por una parte, y aspectos de trabajo rutinario y monotonía por otra, son las principales fuentes de *Carga mental*; ambas pueden afectar negativamente la percepción de

esta, derivando en efectos perjudiciales para la salud de los/as trabajadores/as y para el logro de los objetivos de la organización ^(99,102). En relación con la salud de los y las trabajadores/as esta investigación muestra que existe un porcentaje importante de funcionarios/as que refiere padecer alteraciones de salud, validando así los fundamentos teóricos de este estudio.

3.1.3.2) Percepción de Carga mental de trabajo por factores

Tabla N°9. Percepción de *Carga mental de trabajo* por factores de los y las trabajadores/as de las UPC participantes en el estudio.

<i>Carga mental de trabajo por factor</i>	Hospital 1		Hospital 2		Hospital 3		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Factor 1. Demandas cognitivas y complejidad de la tarea $\bar{x} = 3.79$ (DE=0.56 ; Rango=1.8 – 5.0)								
Baja (1,75 – 3,49)	29	19.7	20	19.6	39	30.0	88	23.2
Media-Baja (3,50-3,82)	24	16.3	28	27.5	31	23.8	83	21.9
Media-Alta (3,83 –4,15)	36	24.5	23	22.5	25	19.2	84	22.2
Alta (4,16 – 5)	58	39.5	31	30.4	35	26.9	124	32.7
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Factor 2. Organización temporal $\bar{x} = 2.72$ (DE=0.76 ; Rango=1.0 – 5.0)								
Baja (1,00-1,99)	8	5.4	10	9.8	6	4.6	24	6.3
Media-Baja (2,00-2,65)	45	30.6	42	41.2	50	38.5	137	36.1
Media-Alta (2,66 –3,32)	42	26.6	33	32.4	44	33.8	119	31.4
Alta (3,33 – 5)	52	35.4	17	16.7	30	23.1	99	26.1
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Factor 3. Consecuencias para la salud $\bar{x} = 3.67$ (DE=0.85 ; Rango=1.3 – 5.0)								
Baja (1,20 – 2,99)	31	21.1	26	25.5	23	17.7	80	21.1
Media-Baja (3,00-3,74)	33	22.4	26	25.5	32	24.6	91	24.0
Media-Alta (3,75 –4,49)	41	27.9	26	25.5	41	31.5	108	28.5
Alta (4,49 – 5)	42	28.6	24	23.5	34	26.2	100	26.4
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Factor 4. Características de la tarea $\bar{x} = 3.71$ (DE=0.66 ; Rango=1.8 – 5.0)								
Baja (1,75 – 3,24)	20	13.6	27	26.5	26	20.0	73	19.3
Media-Baja (3,25-3,74)	28	19.0	27	26.5	35	26.9	90	23.7
Media-Alta (3,75 –4,24)	37	25.2	25	24.5	38	29.2	100	26.4
Alta (4,25 – 5)	62	42.2	23	22.5	31	23.8	116	30.6
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	
Factor 5. Ritmo de trabajo $\bar{x} = 3.03$ (DE=0.85; Rango=1.0 - 5.0)								
Baja (1,75 – 3,24)	36	24.5	24	23.5	32	24.6	92	24.3
Media-Baja (3,25-3,74)	26	17.7	16	15.7	17	13.1	59	15.6
Media-Alta (3,75 –4,24)	49	33.3	28	27.5	41	31.5	118	31.1
Alta (4,25 – 5)	36	24.5	34	33.3	40	30.8	110	29.0
	<i>n</i> = 147		<i>n</i> = 102		<i>n</i> = 130		<i>n</i> = 379	

El factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea* se presenta con el promedio más alto de los cinco factores que evalúan CMT. Un 32,7% de los y las participantes obtiene una puntuación sobre el percentil 75, es decir, este grupo de trabajadores percibe que deben

realizar un gran esfuerzo cognitivo para desempeñar su puesto generando sobrecarga mental. Este factor da cuenta del esfuerzo y concentración mental, de la cantidad de memorización de información, del grado de complejidad de la información, del nivel de esfuerzo mental para evitar errores y número de las decisiones a tomar para la realización de su trabajo. El resultado obtenido en la muestra total de este estudio es concordante con investigaciones realizadas en trabajadores sanitarios y docentes universitarios, quienes obtienen promedios que indican un nivel sobrecarga para este factor ^(139,146).

Según otros estudios realizados a funcionarios/as sanitarios, la demanda asistencial, sentirse responsable de otras vidas, la necesidad de lidiar con equipamiento sofisticado, evaluaciones clínicas constantes y toma de decisiones inmediatas, escasez de material, la necesidad de mantenerse actualizados, entre otros aspectos, genera sobrecarga mental ^(174,178,238-239). Expertos/as en la temática indican que cuando el trabajador/a maneja un alto número de datos o información, atiende múltiples fuentes de información, realiza cálculos complejos, debe tomar decisiones entre variadas opciones, estar atento/a de no cometer errores relevantes, entre otros, requiere un grado importante de activación de algunos procesos mentales como percepción, memorización, para dar respuesta a los requerimientos del entorno. Al respecto, el modelo de recursos múltiples postula que la sobrecarga se genera cuando los desempeños utilizan las mismas fuentes de recursos ⁽¹⁰⁴⁻¹⁰⁵⁾. Según lo planteado, los trabajadores/as de UPC saturan permanentemente las fuentes de recursos (percepción, atención, memorización) exponiéndose a una sobrecarga mental permanente. Investigadoras puntualizan que estos aspectos mantenidos en el tiempo tendrán efectos negativos en el nivel de fatiga mental del trabajador/a, pudiendo generar alteraciones de salud ^(99,102).

El factor *Organización temporal*, es el percibido con el promedio más bajo (2,72) de los cinco factores que evalúa la *Carga mental de trabajo*; sin embargo, un 26,1% de los evaluados/as estima con puntuaciones sobre el percentil 75, lo que indica percepción de sobrecarga mental producto del tiempo con el que cuentan para desempeñar sus actividades. De esta manera, un porcentaje significativo de trabajadores valora como escaso el tiempo del que dispone para ejecutar cada una de sus tareas, para ejecutar su trabajo de manera general y para tomar decisiones exigidas por su desempeño. Estudios realizados en Brasil indican que los trabajadores/as de unidades críticas reconocen que su trabajo está marcado por actividades que

se realizan con el tiempo mínimo disponible, ya que todo es urgente ^(180,233,240); estos aspectos pudieran ser un factor de desgaste y causa de alteraciones en salud.

En ***Consecuencias para la salud***, el 26,4 % de los y las trabajadores/as indican puntuaciones sobre el percentil 75. Este factor toma en cuenta aspectos intrínsecos del trabajador/a como sentirse agotado después de la jornada de trabajo, sentirse agotado/a cuando se levanta por la mañana, el cansancio que le genera su trabajo y las dificultades para relajarse después del trabajo. Este resultado se relaciona con el contexto en donde se desempeñan estos trabajadores/as, con características particulares como: (a) trabajo directo con seres vulnerables; (b) alto nivel de responsabilidad sobre sus tareas y sobre las consecuencias de posibles errores; (c) necesidad de afrontar lo impredecible, el sufrimiento, el dolor y la muerte; (d) desarrollo de un juicio crítico sobre las acciones derivadas del diagnóstico médico; (e) tratar con las familias de las personas a cuidar y (f) mantener el equilibrio entre trabajo y vida personal ^(163-164,241), lo cual podría explicar el desgaste que estos evidencian y sus eventuales repercusiones en la salud.

Estudios realizados en Europa y Latinoamérica a personal de unidades críticas concuerdan con los resultados obtenidos en este estudio, los cuales apuntan a que el trabajo realizado por el equipo de UPC genera desgaste y podría ser un factor de riesgo para agotamiento mental y emocional ^(133,153). Dichas cargas psíquicas durante un tiempo prolongado pueden causar consecuencias en el estado de salud de los y las trabajadores/as de UPC, generando problemas físicos como gastritis, cefaleas, alteraciones cardiovasculares y alteraciones psíquicas, como ansiedad, fatiga, sobrecarga ^(60,151). Estas alteraciones generan ausentismo y bajas, por lo que es necesario incentivar la promoción de ambientes saludables en estas unidades con el fin de mantener niveles de carga mental adecuados.

En ***Características de la tarea***, el 30,6% de los y las funcionarios/as evalúa este factor por sobre el percentil 75, es decir, perciben sobrecarga producto de elevadas dificultades para la ejecución de sus actividades, como son numerosas interrupciones y distracciones por parte de la jefatura, compañeros/as de trabajo u otras. Según experiencia de la tesista, este factor se puede asociar nuevamente desde el entorno en donde se desarrolla el trabajo en dichas unidades. Durante un turno son variados los cambios en las indicaciones médicas y de enfermería producto de la gravedad de los usuarios. Por otra parte, se presentan distractores

como ruido de las alarmas de ventiladores mecánicos, bombas de infusión continua, monitores, entre otros. Sumado a solicitud de exámenes, llamadas telefónicas de otras unidades o de familiares de los usuarios, uso de teléfonos celulares y otras actividades que perturban el trabajo programado ^(193,242). En este sentido, la literatura reporta que médicos/as y enfermeras/os declaran que las interrupciones frecuentes incrementan la percepción de Carga mental de trabajo ^(147,243).

Un 29 % de los y las trabajadores/as percibe puntuaciones en el factor **Ritmo de trabajo** sobre el percentil 75, es decir, sobrecarga mental para este factor. Otros datos similares con otras investigaciones efectuadas en unidades críticas muestran ritmos de trabajo acelerado y excesivo, ocasionando fatiga, cansancio, irritación, entre otros ^(60,193). Según la literatura revisada y la experiencia de la tesista, los requerimientos de estas unidades tales como ingresos, traslados, emergencias, sumado a eventuales escasez de recursos humanos e insumos, no permite frecuentemente realizar pausas (muchas veces ni las reglamentarias, como las necesarias para alimentación u otras necesidades básicas). La normativa española en relación con la *Carga mental* indica que las pausas se introducen para prevenir la aparición de fatiga laboral, monotonía o saturación, las cuales pueden ser breves o por períodos, según requerimientos del trabajador/a ⁽²⁴⁴⁾.

Según otros estudios, las exigencias de trabajar con rapidez y marcado por el ritmo de trabajo establecido, produce un mayor esfuerzo mental generando aumento en la fatiga ^(99,102) que lleve provocar a los trabajadores/as alteraciones psíquicas como sobrecarga mental. Finalmente, se postula que el ritmo acelerado de trabajo puede desencadenar efectos adversos o errores en la atención ⁽²⁴⁵⁻²⁴⁶⁾. Estas consecuencias indeseadas en el proceso de atención en salud pueden afectar al usuario y sus familias, al trabajador/a y a la institución sanitaria.

En resumen, existen múltiples aspectos relacionados con la *Carga mental de trabajo* percibida en este grupo de trabajadores/as. Sumado a ello, se muestran diferencias entre las instituciones de salud referente a su percepción de *Carga mental de trabajo*; lo observado se explicará con los resultados del análisis relacional y explicativo.

Finalmente se indica que la *Carga mental* está presente en todos los trabajos o lugares de desempeño, no siendo siempre un problema a abordar. Sin embargo, en esta investigación la

Carga mental de trabajo tiene una connotación negativa, ya que un alto número de trabajadores/as perciben incapacidad o dificultad de respuesta cuando las exigencias de la tarea los sobrepasan (sobrecarga mental) o, por el contrario, las exigencias de la tarea están por debajo de sus capacidades (subcarga mental) ⁽¹⁰²⁾. Así, estos desequilibrios deben ser abordados, pues de mantenerse en el tiempo pueden presentar algunos efectos perjudiciales sobre la salud de los trabajadores/as y en el rendimiento en la institución.



3.2) ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LOS DATOS

3.2.1) Relaciones entre las dimensiones de Riesgos psicosociales y Carga mental de trabajo

Con la finalidad de determinar si existe relación entre los factores de *Carga mental de trabajo* y las dimensiones de *Riesgos psicosociales* se realizó correlación de Pearson.

Tabla N°10. Correlación entre *Carga mental de trabajo* (ESCAM) y *Riesgos psicosociales* (SUSES-ISTAS 21)

	Factores ESCAM					Dimensiones SUSES-ISTAS 21					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Factores ESCAM											
1 <i>Carga mental de trabajo global</i>											
2 <i>Demandas cognitivas y complejidad de la tarea</i>	.524**										
3 <i>Organización temporal del trabajo</i>	.658**	.174**									
4 <i>Consecuencias para la salud</i>	.560**	.094	.148**								
5 <i>Características de la tarea</i>	.619**	.426**	.281**	.216**							
6 <i>Ritmo de trabajo</i>	.545**	.074	.285**	.047	.032						
Dimensiones SUSES-ISTAS 21											
7 <i>Exigencias psicológicas</i>	.480**	.394**	.245**	.266**	.377**	.171**					
8 <i>Trabajo activo y desarrollo de habilidades</i>	.268**	-.019	.218**	.233**	.175**	.125*	.188**				
9 <i>Apoyo social en la empresa y calidad de liderazgo</i>	.268**	-.030	.223**	.292**	.178**	.067	.294**	.369**			
10 <i>Compensaciones</i>	.244**	.005	.137**	.322**	.147**	.054	.028	.237**	.290**		
11 <i>Doble presencia</i>	.318**	.041	.191**	.326**	.200**	.123*	.198**	.162**	.236**	.238**	
<i>Media</i>	3.38	3.79	2.72	3.67	3.71	3.03	11.78	6.77	6.50	4.70	3.64
<i>Desviación Estándar</i>	0.43	0.56	0.76	0.85	0.66	0.85	2.54	2.54	2.85	3.03	2.10

* $p < .05$; ** $p < .01$; n.s.: no significativo

En la *Tabla N°10* se observa la existencia de correlaciones positivas y significativas entre la puntuación global de *Carga mental* y todas las dimensiones de SUSES-ISTAS 21. Con este resultado se puede indicar que cuando los y las trabajadores/as percibe altos niveles de exposición a riesgos psicosociales, perciben desbalance en su *Carga mental de trabajo*.

Específicamente, la dimensión *Exigencias psicológicas* es con la que se obtiene una correlación positiva de fuerza media ($r=0.480$; $p\leq 0.01$). Resultado esperado, ya que uno de los factores explicativos de la *Carga mental de trabajo* son las *Demandas cognitivas y la complejidad de la tarea*, aspectos relacionados directamente con la cantidad de recursos de procesamiento que demanda la tarea y procesos de atención, memorización y concentración^(99,102); aspectos concordantes con las demandas psicológicas, cuantitativas, emocionales y sensoriales, lo que se observa con la relación significativa entre ambas dimensiones dentro de esta muestra ($r=0.394$; $p\leq 0.01$).

Como se ha postulado anteriormente, en la discusión de los resultados descriptivos el contexto de trabajo demandante y exigente está presente en el quehacer diario del equipo de salud que se desempeña en unidades de alta complejidad, como son las unidades de paciente crítico. Estudios a nivel internacional visibilizan dicho contexto en este tipo de unidades y destacan dentro de un abanico de característica aspectos como exigencia de atención y concentración, exigencias de alto nivel de habilidad y necesidad de respuesta rápida, trabajo exhaustivo, entre otros^(138, 247-248), lo que da cuenta de lo obtenido en este grupo de trabajadores/as.

Otro resultado a destacar es el que se obtiene con el factor *Ritmo de trabajo*, el cual se correlaciona con una fuerza media con la CMT global. Sin embargo, al observar el resto de las correlaciones solo se relaciona positiva y débilmente con el factor *Organización temporal de trabajo*. Con este resultado se refuerza que el grado de autonomía v del trabajador/a para distribuir su tiempo a lo largo de la jornada influye en la percepción de la carga mental,⁽⁹⁹⁾ pero como postulan las creadoras de ESCAM, quizá no es un factor central basado en la débil fuerza de la correlación para la medición subjetiva de *Carga mental de trabajo*, por lo que pudiera ser necesario agregar más ítems referidos a este factor⁽⁵⁵⁾. Sumado a ello, en un estudio psicométrico de ESCAM realizado por los autores de la presente investigación, se obtuvo un alfa de Cronbach mayor que el reportado por las autoras creadoras de la escala, pero menor de 0.7⁽¹⁵⁷⁾, lo que pudiera estar afectando los resultados obtenidos para este factor.

Desde la otra perspectiva, todas las dimensiones de SUSES-ISTAS 21 correlacionan positiva y significativamente con el factor *Consecuencias para la salud* de ESCAM; de esta forma se puede afirmar que a mayor percepción de exposición al riesgo psicosocial, los trabajadores de

UPC perciben más consecuencias negativas sobre la salud. Este resultado es coherente con los modelos de Demanda–Control–Apoyo Social ⁽⁸⁰⁻⁸¹⁾ y de Desequilibrio Esfuerzo–Compensaciones ⁽⁷⁷⁾ que exponen la influencia de los factores psicosociales en la salud de este grupo de trabajadores. Son variados los estudios que demuestran resultados referentes al efecto de los riesgos psicosociales en la salud física y mental de los trabajadores/as ^(82,238).

Por otra parte, llaman la atención los resultados obtenidos en la dimensión *Compensaciones de SUSESO-ISTAS 21*, la dimensión que presenta la relación más débil con la CMT global ($r=0.244$; $p\leq 0.01$), sumado a ello no se relaciona con las *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*, con las *Exigencias psicológicas*, ni con el *Ritmo de trabajo*. Esta dimensión se relaciona con aspectos de seguridad o estabilidad en el trabajo, además de la estima, relacionado con el reconocimiento psicológico por parte de los superiores, apoyo adecuado y trato justo ⁽⁸⁵⁾. Se subraya la relación media de esta dimensión con el factor *Consecuencias para la salud*. Expertos indican que un trabajo de alto esfuerzo y bajo reconocimiento o compensación, genera percepción de mayor exposición a riesgo psicosocial por esta causa ⁽⁷⁷⁾. Estudios efectuados en médicos/as, enfermeras/os y técnicos/as de Enfermería muestran esta relación y mencionan el efecto negativo en la salud de los/as trabajadores, tales como desgaste y agotamiento emocional, lumbalgias, hipertensión, diabetes, gastritis, infartos, entre otros ^(137,153,249-250).

3.2.2) Relaciones entre las dimensiones de Riesgos psicosociales y las variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud.

Tabla N°11. Diferencias de medias de las variables laborales, biopsicosociodemográficas y de aspectos de salud relacionadas con las dimensiones de Riesgos psicosociales

Variables		Dimensiones Riesgos psicosociales										
		Exigencias psicológicas			Trabajo activo y desarrollo de habilidades		Apoyo social y calidad del liderazgo		Compensaciones		Doble presencia	
		N	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E
Desempeña otra funciones a las asistenciales	Sí	86	12.55	2.45	6.47	2.44	6.78	2.57	3.48	2.28	3.27	1.87
	No	293	11.55	2.85	6.86	2.56	6.41	2.92	5.06	3.12	3.75	2.15
			$t = -3.189^{**}$ $gl = 159$		$t = -1.31$ $gl = 145$		$t = 1.122$ $gl = 155$		$t = -5.157^{**}$ $gl = 188$		$t = 2.029^{*}$ $gl = 157$	
Trabaja en otra institución	Sí	96	12.67	2.65	6.61	2.77	7.14	2.90	3.94	2.87	3.44	2.13
	No	283	11.46	2.78	6.83	2.46	6.83	2.80	4.96	3.03	3.71	2.09
			$t = 3.926^{**}$ $gl = 170$		$t = -.666$ $gl = 148$		$t = 2.515^{*}$ $gl = 159$		$t = -2.953^{**}$ $gl = 171$		$t = -1.087$ $gl = 161$	
Sexo	M	274	11.70	2.70	6.96	2.41	6.43	2.72	4.88	3.01	3.92	2.11
	H	105	11.96	3.04	6.28	2.80	6.68	3.16	4.24	3.04	2.91	1.93
			$t = -0.761$ $gl = 170$		$t = 2.220^{*}$ $gl = 167$		$t = -0.712$ $gl = 167$		$t = 1.834^{*}$ $gl = 187$		$t = 4.428^{**}$ $gl = 205$	
Consulta médica en los últimos 12 meses	Sí	274	11.92	2.86	6.96	2.55	6.63	2.90	5.02	3.03	3.83	2.06
	No	105	11.39	2.57	6.29	2.44	6.15	2.69	3.87	2.85	3.14	2.13
			$t = 1.748^{*}$ $gl = 209$		$t = 2.372^{*}$ $gl = 196$		$t = 1.502$ $gl = 202$		$t = 3.454^{**}$ $gl = 200$		$t = 2.837^{*}$ $gl = 183$	
Licencia médica en los últimos 12 meses	Sí	217	11.96	2.80	6.88	2.51	6.65	2.95	4.84	2.99	3.84	1.97
	No	162	11.52	2.77	6.63	2.59	6.29	2.71	4.51	3.08	3.37	2.25
			$t = 1.515$ $gl = 349$		$t = .945$ $gl = 341$		$t = 1.230$ $gl = 361$		$t = 1.034$ $gl = 341$		$t = 2.135^{*}$ $gl = 320$	
Hijos/as a su cargo	Sí	254	11.70	2.83	6.87	2.58	6.44	2.96	4.49	3.09	3.72	2.07
	No	123	11.89	2.71	6.54	2.46	6.59	2.61	5.14	2.87	3.47	2.18
			$t = -.626$ $gl = 251$		$t = 1.198$ $gl = 252$		$t = -.508$ $gl = 270$		$t = -1.997^{*}$ $gl = 259$		$t = 1.072$ $gl = 231$	
Familiares a su cargo	Sí	77	12.39	2.88	7.34	2.99	6.94	2.97	4.73	3.14	3.88	2.15
	No	301	11.64	2.73	6.64	2.40	6.40	2.81	4.68	3.00	3.58	2.09
			$t = 2.051^{*}$ $gl = 113$		$t = 1.904^{*}$ $gl = 102$		$t = 1.431$ $gl = 113$		$t = 0.116$ $gl = 114$		$t = 1.116$ $gl = 116$	

* $p < .05$, ** $p < .01$ (dos colas); * $p < .05$ (una cola); (n.s): no significativo; M: Mujer; H: Hombre.

Continuación *Tabla N°11*. Diferencias de medias de las variables laborales, biopsicosociodemográficas y de aspectos de salud relacionadas con las dimensiones de *Riesgos psicosociales*

Variables		Dimensiones de <i>Riesgos psicosociales</i>										
		<i>Exigencias psicológicas</i>			<i>Trabajo activo y desarrollo de habilidades</i>		<i>Apoyo social y calidad del liderazgo</i>		<i>Compensaciones</i>		<i>Doble presencia</i>	
		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>
Apoyo en tareas domésticas	Sí	281	11.74	2.73	6.62	2.41	6.35	2.75	4.72	3.07	3.33	2.02
	No	93	11.83	3.02	7.26	2.87	6.85	3.07	4.59	2.94	4.57	2.12
			$t = -0.238$ $gl = 145$		$t = -1.934^*$ $gl = 138$		$t = -1.397$ $gl = 144$		$t = .359$ $gl = 163$		$t = -4.936^{**}$ $gl = 151$	

* $p < .05$, ** $p < .01$ (dos colas); * $p \leq .05$ (una cola); (n.s): no significativo.

De manera general, en la *Tabla N° 11* se observan diferencias estadísticamente significativas entre las variables laborales, biopsicosociodemográficas y aspectos relacionados con salud y las dimensiones de *Riesgos psicosociales*.

Al analizar la variable *desempeña otras funciones a las asistenciales* se muestra que asumir jefaturas de turno, participar en algún tipo de comité dentro de la unidad, ser parte de alguna sociedad científica, entre otras actividades, genera un aumento en la percepción de exposición al riesgo psicosocial *exigencia psicológicas* ($t = -3,189$; $gl = 159$; $p \leq 0.01$) con significancia estadística. Este resultado se condice con lo revisado en la literatura, pues según lo discutido, este grupo de trabajadores/as ya percibe un alto nivel de exposición al riesgo ejecutando las actividades relativas a sus funciones. Son variados los estudios que dan cuenta que en estas unidades el nivel de riesgo psicosocial *exigencias psicológica* es elevado ^(174,238,251).

Por lo contrario, al asumir dentro de la unidad otras funciones a las asistenciales, se percibe un menor nivel de exposición al riesgo psicosocial *compensaciones y doble presencia* ($t = -5,157$; $gl = 188$; $p \leq 0.01$, $t = -2,029$; $gl = 157$; $p \leq 0.05$). Estos/as trabajadores/as tienen un mayor reconocimiento desde la jefatura, sus pares y subordinados, al aceptar estas funciones extras, lo que les permite desempeñarse en un trabajo equilibrado en relación al *Esfuerzo-Recompensa* ⁽⁷⁷⁾, es decir, el trabajador/a puede realizar un mayor esfuerzo para ejecutar estas tareas, pero por ellas recibe una adecuada recompensa; por eso, la percepción de riesgo es menor.

Adicionalmente, la situación de “poder” generada al hacerse cargo de los compromisos que la unidad le demanda, otorga una mayor sensación de control, está adicionada a la alta exigencia, ya mencionada y en la mayoría de los casos da cuenta de un *trabajo activo*, según el modelo teórico de *Demanda-Control* ⁽⁸⁰⁾, generando así una situación positiva de trabajo para estas personas. Ambas situaciones permiten que los trabajadores/as perciban un menor nivel de exposición al riesgo psicosocial, en la dimensión *Compensaciones*.

La dimensión *Doble presencia*, se puede explicar relacionándola con la percepción de mayor reconocimiento en el trabajo, lo que genera aumento en la motivación intrínseca para el trabajador/a y un mayor bienestar psicológico ⁽²⁵²⁾. Cuando la familia o los colaboradores/as del funcionario/a visualizan esta situación positiva en el trabajo, se ejerce un papel más colaborativo en relación con las tareas domésticas y así minimizar la percepción de exposición a este riesgo psicosocial.

Dentro de las personas participantes en el estudio, un número importante afirmó que ***trabajan en otra institución***; estos/as reportaron un mayor nivel de exposición al riesgo psicosocial *Exigencias psicológicas*, con significancia estadística ($t=3,929$; $gl=170$; $p\leq 0.01$). Este resultado es semejante a los obtenidos en otros estudios realizados en trabajadores de unidades críticas brasileñas, en donde un 66,6% y un 23,5% respectivamente refirió tener doble contratación. Indicaron que el hecho de cumplir con un doble empleo acaba intensificando el desgaste físico y psicológico del trabajador/a, desencadenando tensión y sufrimiento mental ^(133,174). Así mismo, al tener un doble empleo, las largas jornadas de trabajo o turnos seguidos, pueden ser causantes de fatiga mental afectando las demandas psicológicas; también podría ser una de las causas por la que estos trabajadores/as se perciben con mayor exposición al riesgo psicosocial *Exigencias psicológicas*. Investigaciones de abordaje cualitativo reafirman lo planteado ⁽¹³⁶⁾. Otro resultado con significancia estadística en este grupo de trabajadores se relaciona con la percepción de un mayor nivel de exposición al riesgo psicosocial *Apoyo social y calidad del liderazgo*, en comparación con los trabajadores/as que no tienen un doble empleo ($t=2,515$; $gl=159$; $p\leq 0.05$). Al respecto, las personas con doble contratación presentan menor disponibilidad para cubrir turnos y asumir alguna responsabilidad dentro de la unidad; además, llegan cansados/as al turno por lo que muchas veces el trabajo realizado presenta algunas deficiencias o debe ser asumido por otras/as miembros del equipo. Lo planteado puede

generar conflictos para el trabajador/a en relación con un menor apoyo social por parte de la jefatura y los pares, según lo indicado en algunos estudios internacionales ⁽¹³⁵⁾.

Finalmente, los trabajadores/as que se desempeñan en otras instituciones perciben un menor nivel de exposición al riesgo psicosocial *Compensaciones* ($t=-2,953$; $gl=171$; $p\leq 0.01$). Este resultado se relaciona directamente con la posibilidad de una mejor remuneración por parte del trabajador/a con dos trabajos. Aunque la literatura muestre que esta realidad genera desgaste, fatiga y sobrecarga y que lleva a alteraciones de salud ^(175,248,253), los trabajadores/as deciden el doble contrato para poder acceder a una mejor situación monetaria. Expertos indican que las y los trabajadores que deciden desempeñarse en estas unidades lo hacen por variadas causas, entre las cuales se encuentran la posibilidad de obtener una mejor remuneración, como ya se anotó anteriormente. En Chile, los trabajadores/as de unidades críticas, desde 1993 tienen una asignación por ley, que aumenta su salario en forma mensual y les otorga un feriado compensatorio correspondiente a 10 días de descanso extra al feriado legal ⁽²⁵⁴⁾; Por lo tanto, al parecer actúa más como un motivador que como un factor de riesgo.

Los resultados obtenidos muestran que el *sexo* del trabajador/a genera diferencias significativas en relación con la percepción de exposición a los riesgos psicosociales *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, *Compensaciones* y *Doble presencia*. Son las trabajadoras de las UPC, las que tienen una mayor exposición a los riesgos psicosociales mencionados, con significancia estadística ($t=2,220$; $gl=167$; $p\leq 0.05$, $t=1,834$; $gl=187$; $p\leq 0.05$, $t=4,428$; $gl=205$; $p\leq 0.01$).

Referente al *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, las mujeres (por socialización de género) consideran los papeles de madre y esposa como central en su vida y el trabajo remunerado como un papel adicional; por el contrario, los hombres se centran en su ocupación ⁽²⁵⁵⁾. Lo mencionado, parece ser fundamental para comprender los resultados obtenidos en esta dimensión psicosocial. A la luz de lo revisado en la literatura, actualmente muchas mujeres aún priorizan los aspectos relacionados con el hogar, así cuando su trabajo les presenta algún desafío como, formación continua, pasantías o becas, participar de investigaciones, entre otros, en general, estas desechan las oportunidades de crecimiento laboral. Al respecto, organismos internacionales plantean que el hecho de no abandonar las tareas de la esfera doméstica ha sido analizado como un factor limitador del desarrollo pleno de las capacidades de las mujeres

en su trabajo ⁽²⁵⁶⁾, y una sólida explicación en relación al resultado obtenido para este riesgo psicosocial.

Lo mencionado, se vincula directamente con la dimensión de riesgo psicosocial *Doble presencia*, se señala que son las mujeres de las unidades críticas participantes, las que presentan una mayor exposición a este riesgo psicosocial. Son variadas las publicaciones que dan cuenta de que los conflictos generados en la mujer-madre-trabajadora, entre los que se mencionan desgastes y sentimiento culpabilidad de no atender a sus hijos/as por causas laborales, multiplicidad de roles, doble y triple jornada, entre otros aspectos ^(60,176,257).

Por otra parte, dentro de estas unidades existen algunas mujeres que les interesa asumir desafíos, desarrollarse en el trabajo exigente, motivador, y adquirir habilidades técnicas y teóricas, entre otros aspectos. El problema que se presenta en este escenario, son las desigualdades entre hombres y mujeres reinantes en nuestra sociedad, las que permean los diversos escenarios de trabajo, en este caso el ámbito sanitario. Referente a lo mencionado, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), indica que las mujeres continúan teniendo menores índices de participación en el mercado laboral y significativas diferencias de remuneración en comparación con los hombres. Sumado a ello, indica que las mujeres están sobretodo concentradas en profesiones feminizadas ⁽²⁵⁸⁾. Otras investigaciones evidencian la discriminación y variados obstáculos que afectan al desarrollo profesional de las mujeres en los sistemas sanitarios ^(256,259). Se indica, que este contexto de desigualdad, pudiera generar en la trabajadora la percepción de bajo reconocimiento a su labor, desigualdad económica, inseguridad de contrato, lo que podría explicar las diferencia de medias obtenidas en esta investigación en la dimensión *Compensaciones*.

Se postula que los resultados obtenidos entre hombres y mujeres, muestran las desigualdades existentes en estas unidades en relación a la percepción de exposición a algunos riesgos psicosociales. Se destaca que es primordial hacerlos visibles para proteger y promover la salud de las mujeres en su lugar de trabajo, además de luchar en pro de la equidad y el respeto por parte de la sociedad hacia las y los trabajadores ⁽²⁶⁰⁾, específicamente los/as que se desempeñan en UPC.

Respecto a la *consulta médica en los últimos 12 meses*, se observa que esta variable presenta significancia estadística con cuatro de las cinco dimensiones de SUSESO-ISTAS 21. Este

resultado indica que las personas que han consultado médico en los últimos 12 meses, perciben un mayor nivel de exposición a los riesgos psicosociales *Exigencias psicológicas*, *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, *Compensaciones* y *Doble presencia* ($t=-1,748$; $gl=209$; $p\leq 0.05$, $t=-2,372$; $gl=196$; $p\leq 0.05$, $t=3,454$; $gl=200$; $p\leq 0.01$, $t=2,837$; $gl=183$; $p\leq 0.05$).

Basado en la literatura revisada, se postula que aquellos trabajadores/as que sienten alguna dolencia o se encuentran con algún problema de salud, perciben su entorno laboral de forma más adversa ⁽⁴³⁾, aspecto fundamental para dar explicación a estos resultados. Se localizan investigaciones que dan cuenta de las elevadas exigencias o demandas hacia las personas que se desempeñan en el contexto de trabajo de las UPC ^(56,174,261), y es posible creer que cuando el trabajador/a consulta médico/a por alguna dolencia o alteración de salud, estas exigencias pudieran verse potenciadas ⁽⁴³⁾, y aumentar la percepción de exposición de riesgos psicosociales, específicamente *Exigencias psicológicas* y *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*.

En otro sentido, se indica que los y las trabajadores/as que consultaron médico en los últimos 12 meses, pudieran visualizar algunas de las características de la unidad como una amenaza para su salud, ya que dentro de los turnos deben continuar con el manejo de cargas pesadas, posturas viciosas, permanencia en posición de bipedestación, cambios de temperaturas, exposición a ruido entre otras ^(175,204,208,262), lo que genera desgaste en los trabajadores/as y una apreciación de bajo reconocimiento o infravaloración ⁽²¹⁴⁾, lo que aumentaría el nivel de exposición al riesgo psicosocial por *Compensaciones*.

Al estar la *Doble presencia* relacionada directamente con interferencias que se presentan entre la jornada laboral y la jornada doméstica, el cuidado de los hijos/as ^(173,176), se hipotetiza que el aumento de la percepción de exposición a este riesgo psicosocial, se produce cuando el resultado de la consulta médica es el diagnóstico de una enfermedad invalidante o la extensión de licencia médica, ya que cualquiera de las dos, complicaría la ejecución de las tareas remuneradas y las tareas domésticas.

Otra variable a contrastar es la extensión de *licencia en los últimos 12 meses* con las dimensiones de SUSESO-ISTAS 21, se muestra que la única diferencia de medias significativa, se presentó con la dimensión *Doble presencia* ($t=2,135$; $gl=320$; $p\leq 0.05$). Este

resultado es similar al obtenido en otros estudios, los cuales indican que la asociación entre riesgos psicosociales, especialmente los relacionados con exigencias o demanda, y ausentismo por enfermedad se ha mostrado inconsistente ⁽²⁶³⁾.

A pesar de lo anterior, en este estudio, el haber presentado licencia en los últimos 12 meses aumenta el nivel de exposición al riesgo psicosocial *Doble presencia*. Se indica que un importante número de trabajadores/as que presentaron licencia médica en el tiempo ya indicado, fueron mujeres, aspecto que pudiera estar influenciando este resultado. Estudios realizados en trabajadores/as sanitarios hacen visible la problemática de las mujeres en relación a dar cuenta del trabajo doméstico y el trabajo formal ⁽²³⁶⁾, el hecho de permanecer con reposo indicado en el domicilio, estas no pueden dar cumplimiento en ninguno de los dos ámbitos, lo que genera aumento en la percepción del riesgo. En concordancia con lo planteado, un estudio realizado en España, en donde los y las trabajadores/as que presentaron alguna baja médica, perciben su entorno laboral de forma más adversa ⁽⁴³⁾.

La variable *hijos/as a su cargo*, presentó una diferencia de medias estadísticamente significativa con la dimensión *Compensaciones* ($t=-1,997$; $gl=259$; $p\leq 0.05$), se observa que los funcionarios/as que tiene hijos/as a su cargo perciben un menor nivel de riesgo en relación a este factor de riesgo psicosocial. Se postula que el tener hijos/as, en general, es un aspecto relevante en la vida de las personas, ya que consolida la unión de la pareja, da sentido a la vida, crea lazos afectivos, entre otros aspectos ⁽²⁶⁴⁾. De esta manera el tener hijos/as actuaría como un motivador intrínseco para la mayoría de aspectos de la vida, incluyendo el mundo laboral. Además, se indica que los padres y las madres trabajadoras, ya no centran su foco de atención en el trabajo, sino que lo trasladan a sus hijos/as, pareja, familia, así, el tener hijos/as, sería una experiencia gratificante y estimulante, lo que ayudaría a mermar la percepción de riesgo psicosocial.

Por otra parte, cuando los hijos/as son pequeños, la institución de salud les permite a las trabajadoras optar por un turno con guardería, disponibilidad de jardín y/o sala cuna dentro de la institución, licencias por hijo/a enfermo, entre otros, beneficios que pudieran ser consideradas como compensaciones por parte de los trabajadores/as. Sumado a lo planteado, dentro del equipo de salud, la colaboración para el/la trabajador/a, que tiene hijos/as es una realidad, sobre todo en fechas importantes, como vacaciones, navidades, entre otras, en

relación a los turnos. Otro aspecto que pudiera dar cuenta de este resultado es que las personas que trabajan en estas unidades reconocen que el tipo de horario o la distribución de turnos, es beneficiosa a la hora de poder cuidar a sus hijos. Un estudio realizado en Chile, evidenció que las mujeres que trabajan en sistema de turnos pueden cuidar de sus hijos/as, y estar más tiempo con ellos/s, lo que no podría suceder en otro trabajo, por lo que lo consideran un aspecto positivo ⁽¹⁴¹⁾. Además de las compensaciones psicológicas mencionadas, el tener hijos/as también trae compensaciones monetarias a nivel gubernamental ⁽²⁶⁵⁾, lo que pudiera influir en este resultado, especialmente en algunas categorías ocupacionales.

Se observa que los trabajadores/as que refieren tener *familiares a su cargo*, perciben con un mayor nivel de riesgo psicosocial las *Exigencias psicológicas* y *el Trabajo activo y desarrollo de habilidades* ($t=2,051$; $gl=113$; $p\leq 0.05$, $t=-1,904$; $gl=102$; $p\leq 0.05$).

Se demuestra que el hacerse cargo de algún familiar y además vivir con él/ella, produce interferencia en la relación trabajo-familia, ya que genera cansancio y desgaste por aspectos de *Doble presencia*, especialmente en el grupo de mujeres trabajadoras. En este sentido, una investigación realizada recientemente en trabajadores sanitarios de Brasil, reportó que estos efectos negativos, ya descritos, son generados principalmente por acumulación de funciones de la vida particular y laboral ⁽²³⁶⁾. En este contexto de elevadas demandas laborales y domésticas, las que muchas veces evitan que el trabajo sea percibido como una oportunidad de crecimiento, ya que generan agotamiento en el trabajador/a e impiden que vivencie su quehacer de manera positiva, lo que inclusive puede llegar a afectar su salud en todos los ámbitos. Al respecto, son variados los estudios que reportan alteraciones de salud como hipertensión, depresión, ansiedad, entre otros ^(82,266), por aspectos de *Doble presencia*.

Se encontró un resultado muy interesante con el *apoyo en las tareas domésticas*, el cual potencia la discusión anterior. Se observa que quienes reconocen tener apoyo en este sentido, perciben un menor nivel de exposición al riesgo psicosocial en las dimensiones *Trabajo activo y el desarrollo de habilidades*, y *Doble presencia* ($t=-1,934$; $gl=138$; $p\leq 0.05$ $t=-4,936$; $gl=2,59$; $p\leq 0.01$). Se indica que un número importante de quienes reconocen tener apoyo doméstico fueron mujeres, por lo que el sexo de la trabajadora tuvo influencia en los resultados obtenidos en esta variable.

Las diferencias significativas que se generan al percibir apoyo en las tareas del hogar para el *Trabajo activo y desarrollo de habilidades* y *Doble presencia*, están directamente relacionadas. Se indica que este tipo de apoyo le permite al funcionario/a, trabajar de forma tranquila y placentera, lo que ayudaría a visualizar su trabajo como una oportunidad de aprendizaje, crecimiento y de desarrollo de habilidades ⁽⁸⁵⁾. Lo anterior se ve potenciado ya que los aspectos relacionados con las responsabilidades domésticas no es considerada una carga extra, ya que son coordinadas con sus familiares o colaboradores/as con anterioridad. Estudios realizados tanto en Chile como en otros países, indican que la presencia de mujeres en el mercado laboral ha ido acompañada de una percepción del trabajo como una esfera que les permite mayor independencia y autorrealización, además de ser un referente de la identidad personal, y un ámbito que le otorga mayor seguridad ⁽²⁶⁷⁾. En el mismo tenor, una investigación efectuada en mujeres venezolanas trabajadoras del sector servicios, mostró que las mujeres que reportaron gratificación significativa entre la relación familia-trabajo, evalúan de manera significativa su bienestar, autoestima y salud en general ⁽²⁶⁶⁾.

Según se observa en el descriptivo, el apoyo en las tareas domésticas es realizado en un mayor porcentaje por familiares (específicamente madres, hermanas e hijas), y en segundo orden, por la pareja o cónyuge. Así se demuestra que el trabajo remunerado y la mantención económica de la familia pueden constituir una responsabilidad compartida; pero las responsabilidades atribuidas a las mujeres en el ámbito de la familia y el mundo doméstico ⁽²⁶⁷⁾, aún es asumida como una ayuda por parte de los hombres y es la mujer quien se responsabiliza de ellas. Se postula que una distribución equitativa de las labores domésticas, ayudarían a los y las trabajadores/as a mejorar su percepción en relación a los factores de riesgos psicosociales ya que actúan como un aspecto de apoyo social, lo que amortigua los efectos de este tipo de trabajos y aporta a su bienestar general, por lo que se releva la importancia de indagar en este tipo de variables en las investigaciones futuras.

En resumen, se muestra que existen diferencias con significancia estadística entre la percepción de *Riesgos psicosociales* y algunas variables independientes. Particularmente, las dimensiones *Compensaciones* y *Doble presencia*, es donde se presentan las mayores diferencias. Específicamente, quienes perciben un mayor nivel de riesgo psicosocial por *Compensaciones*, son mujeres que, no desempeñan otras funciones a las asistenciales, no

trabajan en otra institución, han consultado médico en los últimos 12 meses y no tiene hijos/as a su cargo. En relación a los trabajadores/as que perciben una mayor exposición al riesgo *Doble presencia*, se observa que, son mujeres que no desempeñan otras funciones a las asistenciales, las cuales han consultado médico y han presentado licencia médica en los últimos 12 meses, y no tienen apoyo en las tareas domésticas.

Se adiciona, que los funcionarios/as también percibieron un alto nivel de exposición al riesgo psicosocial *Exigencias psicológicas* (aunque menor a las dos dimensiones mencionadas anteriormente). Así, quienes desempeñan otras funciones a las asistenciales, trabajan en otra institución, han consultado médico en los últimos 12 meses y refieren tener familiares a su cargo, se ven afectados de forma negativa por las *Exigencias Psicológicas* que su desempeño les demanda.

Por otras parte, quienes perciben una mayor exposición al *Trabajo activo y desarrollo de habilidades* son las mujeres, que han consultado médico en los últimos 12 meses, que tiene familiares a su cargo y no reciben apoyo en las tareas domésticas, y finalmente, en la dimensión *Apoyo social y calidad del liderazgo*, quienes perciben una mayor exposición a este riesgo son las personas que trabajan en dos o más instituciones.

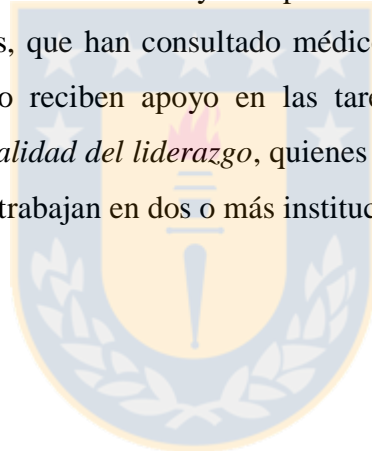


Tabla N°12. Análisis de Varianzas entre dimensiones de *Riesgos Psicosociales* y variables laborales

Variables		Dimensiones de <i>Riesgos Psicosociales</i>										
		Exigencias psicológicas			Trabajo activo y desarrollo de habilidades		Apoyo social y calidad del liderazgo		Compensaciones		Doble presencia	
		N	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E
Unidad o servicio donde se desempeña	U. Intensivas	170	11.88	2,65	6.56	2.49	6.78	2.96	4.84	2.96	3.73	2.16
	U. Intermedias	159	11.67	2,93	6.91	2.53	6.00	2.70	4.69	3.06	3.59	2.11
	Ambas	50	11.78	2,85	7.06	2.71	6.50	2.84	4.26	3.13	3.50	1.87
		$F= .231$ $p=.794$			$F= 1.107$ $p=.331$		$F= 2.934$ $p=.054$		$F= .714$ $p=.490$		$F= .306$ $p=.737$	
Tipo de turno	Diurno	60	11.30	3.01	6.47	2.04	6.08	2.63	3.77	2.82	3.42	1.98
	Cuarto turno	274	11.58	2.67	6.91	2.57	6.61	2.83	5.19	2.99	3.84	2.12
	24 horas	45	13.62	2.60	6.33	2.54	6.38	2.26	2.98	2.61	2.73	1.91
		$F= 12.046$ $p=.000**$			$F=1.526$ $p=.219$		$F=0.869$ $p=.420$		$F=14.656$ $p=.000**$		$F=5.896$ $p=.003**$	
Tipo De Contrato	Indefinido	117	11.81	2.66	6.82	2.39	6.68	2.95	3.77	2.85	3.53	2.10
	Contrata	182	12.25	2.87	6.86	2.53	6.46	2.84	4.57	2.92	3.91	2.05
	Honorario	24	10.13	2.62	6.63	2.85	6.42	3.17	6.08	2.79	3.88	2.32
	Reemplazante	56	10.16	2.42	6.46	2.75	6.27	2.54	6.46	2.90	2.89	2.03
		$F=6.885$ $p=.000**$			$F= 0.381$ $p=.767$		$F=0.287$ $p=.835$		$F= 12.926$ $p=.000**$		$F= 3,65$ $p=.013*$	

En la tabla N°12, se observa que existen diferencias significativas entre algunas variables laborales y las dimensiones de *Riesgos Psicosociales*.

En relación a la variable *unidad o servicio donde se desempeña*, se destaca que no se encontraron diferencias significativas inter grupos con el nivel de exposición a riesgos psicosociales, percibido por las trabajadoras/as participantes, siendo este resultado relevante para la toma de decisiones dentro de las UPC. Ya que de forma general, las jefaturas postulan que rotando al personal (entre UCI e intermedios), estos/as podrían facilitar la disminución de exigencias, físicas y mentales, generadas en las UCI's ^(60,149,227). Lo obtenido, permite indicar que la Unidad de Paciente Crítico en su totalidad, posee características internas similares a riesgos de tipo psicosociales para todos/as sus funcionarios, por lo que para su abordaje no se debiera hacer una diferenciación por unidades, y no sería una solución efectiva el hacer rotaciones entre ellas con la intención de minimizar este tipo de riesgos.

Con respecto al *tipo de turno*, se encontraron diferencias inter-grupos, con significancia estadística en las dimensiones *Exigencias psicológicas*, *Compensaciones* y *Doble presencia*. Referente a las diferencias obtenidas en *Exigencias psicológicas*, se observa que el grupo de trabajadores/as que se desempeña en turno de 24 horas, son quienes perciben un mayor nivel de riesgo en esta dimensión. Se indica, que el análisis descriptivo de esta investigación mostró, que este tipo de rotación es realizada principalmente por la categoría ocupacional de médicos/as, en las tres UPC participantes, categoría que presenta mayor nivel de exposición a las *Exigencias psicológicas*, aspecto que pudiera estar afectando este resultado. Sin embargo, en la literatura revisada, se localizaron estudios realizados en trabajadores sanitarios de diversas categorías ocupacionales y no sanitarios que reportaron resultados significativos al relacionar largas jornadas de trabajo y elevadas exigencias psicológicas, cualitativas, cuantitativas, emocionales, entre otras ^(136,178,251,268).

Por otra parte, se observa que el grupo de trabajadores/as que se desempeña en la modalidad de cuarto turno, son los que refieren un mayor nivel de riesgo psicosocial en la dimensión *Compensaciones*. Al respecto se menciona que las personas que se desempeñan en este sistema de turno trabajan 12 horas seguidas, y durante este tiempo están en contacto directo con personas vulnerables, además se desempeñan en jornadas nocturnas, están expuestos/as al ruido, entre muchas otras características ya mencionadas en relación al contexto de trabajo ^(153,193,251). Se postula que el esfuerzo realizado, al parecer no tiene la recompensa que ellos/as esperan, y según el modelo de Siegrist, este desbalance aumentaría la percepción de este riesgo psicosocial ⁽⁷⁷⁾.

De similar forma, la diferencias de medias significativas que se obtuvo entre las personas que se desempeñan en cuarto turno, se relaciona directamente con que este grupo de trabajadores/as efectúan turnos de noche cada 5 días, lo que pudiera generar conflicto entre el hogar y el trabajo, por lo que presentan mayores niveles de exposición al riesgo psicosocial *Doble presencia*. Como se ha mencionado, un alto porcentaje de los participantes de esta investigación son mujeres, las cuales por aspectos sociales y culturales además de ejercer sus actividades en el área laboral, deben asumir responsabilidades domésticas. Son variados los estudios realizados en enfermeras y auxiliares de enfermería, donde se menciona lo expuesto ^(247,257). Esta situación se agudiza cuando la mujer debe asumir turnos, puntualmente los nocturnos o cuando la rotación les coincide con feriados o fechas importantes para el

trabajador/a. Resultados de investigaciones realizadas a nivel internacional reportaron que la turnicidad acarrea perjuicios en las relaciones sociales y familiares ^(172,269). Se señala que lo descrito, explicaría el mayor nivel de exposición de riesgo psicosocial *Doble presencia*, percibido por este grupo de personas.

El *tipo de contrato* referido por este grupo de personas, evidenció diferencias significativas inter-grupos, en las dimensiones *Exigencias psicológicas*, *Compensaciones* y *Doble Presencia*. Se observa que los trabajadores/as que se encuentran a contrata, tiene una mayor percepción de riesgo psicosocial *Exigencias psicológicas*, comparado con los funcionarios que tienen otro tipo de contrato. Se postula que estas personas sienten que deben esforzarse mucho más, lo que les genera mayores niveles de demanda o exigencias psicológicas, para conseguir un contrato indefinido, lo que pudiera explicar esta mayor percepción de nivel de riesgo.

Las personas que se encuentran como reemplazantes perciben un mayor nivel de exposición al riesgo psicosocial *Compensaciones*, resultado esperable ya que estos trabajadores tiene una inseguridad real en su puesto de trabajo por el tipo de contratación. Se señala que estos/as funcionarios/as asumen las mismas responsabilidades, funciones y tareas que los que están contratados a plazo fijo o indefinido, sin tener las mismas retribuciones, lo que genera desbalance esfuerzo-recompensa ⁽⁸⁶⁾, lo que explicaría teóricamente este resultado. Además se localizan algunos estudios realizados en contextos similares, donde se ha incorporado la variable tipo de contrato ^(166,270), estos refuerzan la afirmación teórica de que la falta de estabilidad laboral puede aumentar los niveles de exposición a riesgos psicosociales ⁽⁷¹⁾, especialmente el riesgo relacionado con las *Compensaciones*.

Finalmente, la diferencia significativa obtenida entre *el tipo de contrato* y dimensión *Doble presencia*, se presenta en el grupo de trabajadores reemplazantes, los cuales tienen una menor percepción de riesgo en comparación a los trabajadores/as con otros tipos de contrato. La explicación más lógica para este resultado es que este grupo de personas probablemente estén iniciándose en el ámbito laboral, son jóvenes, sin hijos/as y muchos de ellos/as aún viven con sus padres u otros familiares, quienes asumen las responsabilidades del hogar, por lo que la *Doble presencia* se reporta con niveles más bajos.

Tabla N°13. Correlaciones entre las dimensiones de *Riesgos Psicosociales* y variables biopsicosociodemográficas, percepción de condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud

Variables Predictoras	Dimensiones de <i>Riesgos Psicosociales</i>									
	<i>Exigencias psicológicas</i>		<i>Trabajo activo y desarrollo de actividades</i>		<i>Apoyo social y calidad del liderazgo</i>		<i>Compensaciones</i>		<i>Doble presencia</i>	
	<i>r</i>	<i>valor-p</i>	<i>r</i>	<i>valor-p</i>	<i>r</i>	<i>valor-p</i>	<i>r</i>	<i>valor-p</i>	<i>r</i>	<i>valor-p</i>
Edad en años	-0,027	0,606	0,050	0,330	-0,018	0,726	-0,016	0,758	-0,002	0,976
Nivel de estudios	0,290	≤,000**	-0,023	0,656	0,032	0,530	-0,205	≤,000**	-0,127	0,014*
Antigüedad en el puesto	0,007	0,887	0,059	0,255	0,040	0,480	-0,214	≤,000**	-0,038	0,456
Edad hijo/a mayor	0,042	0,304	0,088	0,156	0,089	0,151	-0,125	0,044*	0,011	0,865
Edad hijo/a menor	0,064	0,593	0,093	0,234	0,220	0,005**	-0,100	0,200	0,029	0,713
Temperatura en su puesto de trabajo	-0,126	0,014*	-0,046	0,370	-0,156	0,002**	-0,031	0,584	0,086	0,096
Iluminación en su puesto de trabajo	-0,177	0,001**	-0,187	≤,000**	-0,243	≤,000**	-0,038	0,464	-0,128	0,012*
Ruido en su puesto de trabajo	-0,254	≤,000**	-0,124	0,016*	-0,302	≤,000**	-0,052	0,308	-0,152	0,003**
Espacio en su puesto de trabajo	-0,258	≤,000**	-0,187	≤,000**	-0,210	≤,000**	-0,138	0,007**	-0,151	0,003**
Condiciones de higiene en puesto de trabajo	-0,163	≤,000**	-0,187	≤,000**	-0,225	≤,000**	-0,177	0,001**	-0,155	0,002**
Percepción de salud del trabajador/a	0,004	0,937	-0,015	0,776	-0,047	0,361	-0,065	0,208	-0,055	0,882

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Se observa que existen correlaciones relativamente débiles, positivas y negativas entre las dimensiones de *Riesgos Psicosociales* y las variables biopsicosociodemográficas y las condiciones ambientales de trabajo.

El nivel de estudios, se relaciona significativamente con las dimensiones *Exigencias psicológicas*, *Compensaciones* y *Doble presencia*.

Específicamente, en este grupo de trabajadores/as quienes tiene mayor nivel de estudios, perciben una mayor exposición al riesgo psicosocial *Exigencias psicológicas*. Resultado esperado, ya que en estas unidades las categorías profesionales son quienes deben tomar decisiones en relación al diagnóstico, tratamiento y aspectos de cuidados de los usuarios/as, deben programar las acciones a seguir por el resto del equipo de salud y colaboradores, además de coordinar, supervisar y gestionar variados aspectos, relacionados con recursos físicos y humanos dentro de cada uno de los servicios y/o unidades que forman las UPC. Con esta afirmación no se pretende desconocer la importancia del equipo técnico y auxiliar para el adecuado funcionamiento de la UPC, solo se pretende fundamentar el resultado obtenido en

relación a la dimensión *Exigencias psicológicas*. Estudios internacionales, realizados en diversas categorías de profesionales sanitarios, evidenciaron que las demandas y exigencias originadas por sus puestos de trabajo, aumentan la percepción de riesgos psicosociales, los que inclusive podrían producir efectos negativos en la salud, tanto física como mental (178,248,271,278). Se adiciona a estos resultados, aspectos teóricos en relación a la percepción del alto esfuerzo psicológico realizado para ejecutar sus actividades de manera óptima y la baja recompensa que ésta les genera, específicamente a nivel de promoción en la carrera profesional y salarial (193,249), esto pudiera ser otro factor que aumente la percepción del riesgo psicosocial en análisis.

Por otra parte, se observa que los trabajadores/as que tienen menor nivel de estudio, perciben una mayor exposición al riesgo psicosocial *Compensaciones*. Se indica que el modelo de esfuerzo-recompensa (98), fundamenta de manera lógica este resultado. Esto es debido a que los trabajadores/as de los niveles técnicos y auxiliares, durante los turnos ejecutan multiplicidad de tareas, con alta carga física, se mantienen durante mucho tiempo en posición de bipedestación, ergonómicamente sus puestos de trabajo no dan respuesta a sus requerimientos, reciben bajos salarios, entre otros factores, lo que afectaría el resultado obtenido. Se localizan investigaciones que evidencian lo descrito y reportaron la percepción de bajo reconocimiento de estas categorías de trabajo, por parte de sus superiores (227,250,257).

De igual manera, en este grupo de trabajadores/as, quienes tiene un menor nivel de estudios, reportan un mayor nivel de riesgo psicosocial *Doble presencia*. El trabajo doméstico, aspecto que desde lo social y cultural, es aún una responsabilidad de la mujer, independiente del resto de responsabilidades que esta tenga. Basado en investigaciones realizadas a técnicos de enfermería de unidades críticas, se indica que por los bajos salarios que estas categorías ocupacionales reciben, y dependiendo de sus contextos familiares, estos/as deben trabajar en dos o más instituciones de salud, lo que les genera un gran desgaste y les minimiza el tiempo para responder a sus responsabilidades domésticas (250,257), por lo que aumentaría el nivel de exposición al riesgo psicosocial doble presencia.

Se observa en relación a la *antigüedad en el puesto de trabajo*, que los trabajadores/as que tienen menor antigüedad en el puesto perciben de manera significativa, un mayor nivel de exposición al riesgo psicosocial *Compensaciones*. Lo que se explica a través de la menor

remuneración que reciben las personas con menos años de trabajo en estas instituciones de salud, y también, pudiera existir una mayor asignación de actividades, lo que coloquialmente en Chile se conoce como “pagar el noviciado” ⁽²⁷²⁾.

En cuanto a la edad de los hijos/as, se observa que *edad del hijo/a mayor* se relaciona negativamente con la dimensión *Compensaciones*. Este resultado indica que para este grupo de trabajadores/as entre menos edad tenga su hijo/a mayor, aumenta la percepción de este riesgo psicosocial. La explicación a este resultado está basado mayoritariamente en la experiencia de la tesista ya que cuando los hijos/as son menores es probable que el trabajador/a esté por algún tiempo ausente de su trabajo por licencias o permisos, lo que le impida recibir una mejor remuneración y/o postular a beneficios entre otros aspectos, lo que disminuye cuando los hijos/as ya asisten al colegio o van a la universidad.

Por otra parte la *edad del hijo/a menor*, se relaciona positivamente con la dimensión Apoyo social y calidad del liderazgo, lo que indica que a menor edad del hijo/a menor, el trabajador percibe un menor nivel de exposición a este riesgo. Este resultado valida los sustentos teóricos y empíricos utilizados en este estudio en relación al apoyo social, el cual sería un amortiguador de los riesgos psicosociales ^(76,81). En este sentido, cuando el trabajador/a tiene hijos pequeños, y percibe que la jefatura y su equipo de trabajo favorecen con sus decisiones los requerimientos que sus hijos/as les demandan, influye positivamente en la percepción de un menor nivel de riesgo en esta dimensión.

Autores/as señalan que dentro de los aspectos intralaborales a tomar en cuenta en los lugares de trabajo, están las condiciones físicas o ambientales por el efecto positivo y/o negativo, que éstos tienen sobre los trabajadores ^(4,27-28). En este sentido, las *condiciones ambientales de trabajo* evaluadas en este estudio se relacionan negativamente con la mayoría de las dimensiones de riesgos psicosociales. Por lo que se podría afirmar que los trabajadores/as que perciben condiciones ambientales más desfavorables tiene una mayor exposición de riesgos psicosociales en todas las dimensiones analizadas en este estudio.

Específicamente, se muestra que la *temperatura en su puesto de trabajo* se relaciona negativamente con las dimensiones *Exigencias psicológicas* y *Apoyo social y calidad el liderazgo*. Se postula que la fuerza de la relación, en ambas dimensiones pudiera ser mayor si

la toma de los datos se hubiera realizado en verano. Se destaca un estudio realizado en unidades críticas brasileñas, donde se mostró que el equipo de salud percibe un mayor desgaste energético cuando la temperatura en el lugar de trabajo no es la adecuada, ya que el organismo debe aumentar el metabolismo para adecuar la temperatura corporal a los requerimientos del trabajador/a. Así cuando este aumento metabólico se suma a un ritmo de trabajo aumentado y altas exigencias laborales, aumenta la percepción de desgaste ⁽¹³⁶⁾, lo que explicaría el alto nivel de riesgo percibido por este grupo de trabajadores en la dimensión *Exigencias psicológicas*.

Las condiciones del ambiente de trabajo, en este caso **la temperatura en el puesto**, son aspectos que deben ser gestionados, supervisados y evaluados por las jefaturas y autoridades por la importancia que ésta tiene en la salud de su personal e indirectamente en calidad de la atención y cuidado entregado. Investigaciones realizadas en auxiliares de enfermería dieron cuenta de la importancia de implementar acciones que favorezcan condiciones ambientales confortables para la mejora de la salud mental y física de estas trabajadoras ⁽²⁵⁷⁾. Al respecto, se postula que al ser deficiente la percepción en este aspecto ambiental por parte de los funcionarios/as, la calidad del liderazgo se percibe con un mayor nivel de riesgo psicosocial.

Se observa que **el ruido y la iluminación en su puesto de trabajo** presentan una relación significativa y negativa con las dimensiones *Exigencias psicológicas*, *Trabajo activo y desarrollo de actividades*, *Apoyo social y calidad del liderazgo* y *Doble presencia*. Es decir cuando los trabajadores/as de UPC perciben inadecuadas condiciones de ruido e iluminación en su puesto de trabajo, perciben un mayor nivel de riesgo en las cuatro dimensiones ya mencionadas.

En relación al **ruido en su puesto de trabajo**, estudios internacionales realizados en contextos sanitarios, reportan que éste interfiere en sus actividades ya que les genera desconcentración, irritabilidad e incluso podría inducir a errores por mala comunicación ^(192-193,273), así las *Exigencia psicológicas* y el *Trabajo activo y desarrollo de habilidades* se valorarían con mayores niveles de riesgos, como es el caso del grupo de trabajadores de esta investigación. Se señala que algo similar ocurriría con la **iluminación en su puesto de trabajo**. Se adiciona que la alta exposición al ruido y la inadecuada iluminación podrían generar alteraciones

auditivas y visuales en los y las trabajadores/as ⁽¹³⁶⁾, lo que también podría influir en una mayor percepción de riesgo en las dimensiones mencionadas.

Como se ha reiterado, el contexto de trabajo de estas unidades es agotador y desgastante, lo que aumentaría en un ambiente con ruido e iluminación inadecuada. Por lo que se requiere una gestión interna ocupada de condiciones ambientales de trabajo más seguras y saludables para los trabajadores/as. Expertos/as en la materia indican que la organización debe priorizar aspectos de mejora en relación a las condiciones ambientales ⁽²⁶¹⁾, lo que minimizaría el nivel de exposición al riesgo *Apoyo social y calidad del liderazgo* al relacionarlo con estas variables.

Por otra parte se postula que los altos niveles de ruido presentes en estas unidades, sumado a una deficiente iluminación, genera en los trabajadores desgaste y fatiga ⁽²⁵⁷⁾, esta podría aumentar más aun en los trabajadores/as que tengan que cumplir con las responsabilidades domésticas. Se postula que lo señalado explicaría la relación obtenida en la dimensión *Doble presencia* para este grupo de funcionarios /as de UPC.

Según se observa las variables *espacio y condiciones de higiene en su puesto de trabajo* se relacionan significativamente con todas las dimensiones de riesgos psicosociales. Se postula que las explicaciones a estos resultados se acercan a los presentados con el ruido y la iluminación en el análisis anterior. El aspecto diferenciador se presenta en la relación negativa obtenida con la dimensión *Compensaciones*. De esta manera los trabajadores/as que perciben el espacio y condiciones higiénicas inadecuadas en lugar de trabajo tiene mayor nivel de exposición a este riesgo psicosocial. Estudios realizados en trabajadores sanitarios notificaron que los trabajadores/as perciben falta de espacio físico, mala distribución de éste y condiciones higiénicas deficientes, lo que visualizan como injusto e insatisfactorio y les genera desmotivación ^(192,230,274). Ya se ha señalado, para los trabajadores/as en general, las recompensas psicológicas son relevantes, ya que motivan a los funcionarios/as y generan una mayor percepción de bienestar. En este sentido, se genera un balance entre el esfuerzo laboral y la recompensa que este genera ⁽⁷⁷⁾, lo que no se da en este grupo de personas y aumenta el nivel de este riesgo.

Para finalizar, se indica que **la edad**, no presenta significancias estadísticas con ninguna de las dimensiones de *Riesgos psicosociales*. Estos resultados no son coincidentes con otra investigación realizada en enfermeras/os en Colombia, las cuales reportaron que los trabajadores/as más jóvenes perciben mayores niveles de riesgos psicosociales ⁽²⁵¹⁾. Esto puede deberse a que el estudio se realizó solo en la categoría ocupacional de enfermeras y no incluyó al resto de equipo de salud. En relación a **la edad del trabajador/a**, por características propias de la unidad UPC, en donde el nivel de riesgos psicosociales que se generan es tan alto que, la edad del trabajador/a, no sería un variable influyente en su percepción.

Por otra parte, en un estudio chileno realizado por psicólogos se indica que para los adultos en el contexto chileno, el trabajo es parte de los aspectos normativos de la vida, y que en general, los sujetos menores de cuarenta años están más preocupados/as de consolidar su carrera, por lo que se involucran menos con su trabajo, tanto así, que es probable que cambien de empleo. Se adiciona que los trabajadores jóvenes se preocupan más por lo interesante que pueda ser su trabajo y por las posibilidades de desarrollo que éste le pueda presentar, más que los efectos que el trabajo pueda generar en ellos/as ⁽²⁷⁵⁾. Se postula que esto podría dar fundamento al resultado no significativo conseguido en esta investigación.

Respecto a la variable **percepción de salud** en esta muestra, se reitera que al parecer de la tesisista ésta se reportó con un nivel de sesgo por parte de los trabajadores/as, ya que no hubo significancia estadística. El resultado genera discordancia en relación a otros datos de salud obtenidos en el estudio, donde manifestaron un alto número de consulta médica en los últimos 12 meses, alteraciones de salud diagnosticada, ausentismo por licencias médicas, entre otras. Además, la literatura revisada da cuenta de variadas investigaciones y fuentes teóricas que indican que los riesgos psicosociales generan alteraciones de salud física y mental ^(86,89,211-212,253)

Con el objetivo de cerrar este apartado de manera más explicativa, se entrega un consolidado de los análisis bivariados realizados en este estudio en donde las variables predictoras que se relacionaron significativamente con cada una de las dimensiones de Riesgos psicosociales. Lo mencionado se presenta en el *Cuadro N°1*.

Cuadro N°1. Resumen de resultados bivariados en relación a la percepción de Riesgos Psicosociales de los/as participantes de esta investigación.

Dimensiones de Riesgos Psicosociales	Los trabajadores/as que perciben mayor exposición a Riesgos Psicosociales, corresponde a quienes:
<i>Exigencias psicológicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Desempeñan otras funciones a las asistenciales. - Trabajan en otra institución. - Han consultado médico en los últimos 12 meses. - Tienen familiares a su cargo. - Rotan en turnos de 24 horas. - Tienen mayor nivel de estudios - Están contratados a plazo fijo (a contrata). - Perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo (Temperatura, iluminación, ruido, espacio y condiciones higiénicas en su puesto de trabajo)
<i>Trabajo activo y desarrollo de habilidades</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Son mujeres. - Han consultado médico en los últimos 12 meses. - Tienen familiares a su cargo. - Refieren no tener apoyo en las tareas domésticas. - Perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo (Iluminación, ruido, espacio y condiciones higiénicas en su puesto de trabajo)
<i>Apoyo social y calidad del liderazgo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajan en otra institución. - La edad de sus hijos/as menores va aumentando. - Perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo (Temperatura, iluminación, espacio, ruido y condiciones higiénicas).
<i>Compensaciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Son mujeres. - No desempeñan otras funciones a las asistenciales. - No trabajan en otra institución. - Han consultado médico en los últimos 12 meses. - Rotan en sistema de cuarto turno. - Están contratados/as como reemplazantes. - Tienen menor nivel de estudios. - Tienen menor antigüedad en el puesto que desempeñan. - Si tienen hijos/as son pequeño/a y no está/an a su cargo. - Perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo. (Espacio y condiciones higiénicas en el puesto de trabajo).
<i>Doble presencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Son mujeres. - Tienen menor nivel de estudio. - Rotan en cuarto turno. - Tienen contrato a plazo fijo (a contrata). - No desempeñan otras funciones a las asistenciales. - Han presentado licencia médica en los últimos 12 meses. - Refieren no tener apoyo en las tareas domésticas. - Perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo (Iluminación, ruido, espacio y condiciones higiénicas).

3.2.3) *Relación entre los factores de la Carga Mental de Trabajo y las variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud.*

Tabla N°14. Diferencias de medias entre los factores de *Carga Mental de Trabajo* y las variables laborales, las biopsicosociodemográficas y aspectos relacionados con salud

Variables		Factores de <i>Carga Mental de Trabajo</i>										
		<i>Demandas cognitivas y complejidad de la tarea</i>			<i>Organización temporal</i>		<i>Consecuencias para la salud</i>		<i>Características de la Tarea</i>		<i>Ritmo de trabajo</i>	
		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>
Sexo	M	274	3.74	.60	2.71	.77	3.77	.86	3.75	.67	3.12	.84
	H	105	3.92	.45	2.77	.73	3.40	.77	3.59	.62	2.80	.81
		$t = 3.150^*$ $gl = 247$			$t = .727$ $gl = 197,5$		$t = -4.028^{**}$ $gl = 212$		$t = -2.293^*$ $gl = 204$		$t = -3.410^{**}$ $gl = 195$	
Desempeña otras funciones a las asistenciales	Si	86	3.92	.50	2.77	.69	3.24	.79	3.78	.54	3.03	.75
	No	293	3.75	.58	2.71	.78	3.79	.83	3.69	.70	3.03	.88
		$t = 2.532^*$ $gl = 158$			$t = .664$ $gl = 155$		$t = -5.513^{**}$ $gl = 145$		$t = 1.272$ $gl = 175$		$t = .003$ $gl = 161$	
Trabaja en otra empresa	Si	96	3.97	.53	2.82	.73	3.52	.78	3.71	.63	3.03	.75
	No	283	3.71	.56	2.69	.76	3.71	.87	3.71	.67	3.02	.87
		$t = 3.582^{**}$ $gl = 170$			$t = 1.427$ $gl = 167$		$t = -1.945$ $gl = 179$		$t = .025$ $gl = 172$		$t = .061$ $gl = 183$	
Consulta médica en los últimos 12 meses	Si	274	3.79	.59	2.75	.75	3.75	.86	3.75	.66	3.02	.84
	No	105	3.81	.52	2.65	.79	3.45	.81	3.60	.64	3.05	.87
		$t = -.432$ $gl = 210$			$t = 1.118$ $gl = 179$		$t = 3.273^{**}$ $gl = 200$		$t = 1.118$ $gl = 195$		$t = -.279$ $gl = 184$	
Alteración de salud diagnosticada	Si	164	3.79	.61	2.88	.76	3.75	.86	3.81	.64	3.12	.85
	No	215	3.75	.53	2.61	.74	3.60	.85	3.62	.67	2.96	.85
		$t = .041$ $gl = 325$			$t = 3.415^{**}$ $gl = 345$		$t = 1.627$ $gl = 349$		$t = 2.847^*$ $gl = 359$		$t = 1.746^*$ $gl = 352$	
Hijos/as a su cargo	Si	254	254	3.74	.55	2.71	.77	3.62	.88	3.71	.68	3.00
	No	123	123	3.89	.58	2.76	.73	3.76	.80	3.69	.63	3.08
		$t = -2.547^*$ $gl = 232$			$t = -.595$ $gl = 254$		$t = -1.554$ $gl = 263$		$t = .243$ $gl = 256$		$t = -.965$ $gl = 270$	
Apoyo en tareas domésticas	Si	281	3.79	.58	2.68	.72	3.68	.85	3.68	.66	2.98	.84
	No	93	3.79	.53	2.90	.84	3.66	.89	3.78	.65	3.18	.88
		$t = -.068$ $gl = 167$			$t = -2.325^*$ $gl = 140$		$t = .244$ $gl = 151$		$t = -1.237$ $gl = 160$		$t = -1.935^{**}$ $gl = 151$	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$ (una cola); * $p \leq .05$ (dos colas); M: mujer; H: hombre

Existen diferencias de medias estadísticamente significativas entre los factores de *Carga Mental de Trabajo* y algunas variables biopsicosociodemográficas y de aspectos relacionados con salud.

En relación al *sexo* del trabajador/a, se observa que existen diferencias significativas en la percepción de *Carga Mental de Trabajo* (CMT) entre hombres y mujeres que se desempeñan en unidades críticas en los factores *Demandas cognitivas* y *complejidad de la tarea*, *Consecuencias para la Salud*, *Características de la tarea* y *Ritmo de trabajo*.

Se indica que las diferencias obtenidas en el factor *Demandas cognitivas* y *complejidad de la tarea*, permite señalar que los hombres participantes perciben un mayor nivel de CMT que las mujeres en este factor. Expertos señalan que existen diferencias por sexo, a nivel de estructura, organización y funcionamiento cerebral, sistema hormonal y aspectos evolutivos, los cuales influyen en la cognición de estos/as. Al respecto, estudios muestran que el cuerpo calloso de los hombres es menos grueso que el de las mujeres, por lo que tienen menos conexiones nerviosas entre ambos hemisferios cerebrales. Además, existen aspectos funcionales cerebrales que generan diferencias sensoriales-perceptivas de audición, visión, etc. Por ejemplo, el ángulo de visión de los hombres es más estrecho (45°), por herencias evolutivas, ya que este tipo de visión les permitía ser más certeros en la cacería. Adicionalmente, imágenes diagnósticas han demostrado que el cerebro del hombre está dividido en más secciones que el de las mujeres ⁽²⁷⁶⁻²⁷⁷⁾. Todo lo expuesto, respalda cómo los aspectos estructurales y evolutivos dan cuenta de la complejidad de ejecución de dos tareas simultáneas, para los hombres. De acuerdo a los supuestos teóricos y empíricos de este estudio, el contexto de trabajo generado en las UPC requiere de forma permanente la simultaneidad de tareas, tener una visualización periférica de la situación, estar atento a las señales auditivas (e.j alarmas de todo tipo), entre muchos otros aspectos, lo que genera en los trabajadores de estas unidades una percepción de elevadas *Demandas cognitivas*, originando una mayor percepción de CMT en este factor, en relación a las mujeres.

Por otra parte, las mujeres que se desempeñan en estas unidades perciben una CMT más alta que los hombres en el factor *Consecuencias para la salud*. Como ya se ha mencionado este factor se relaciona con el nivel de cansancio o agotamiento percibido por parte de los trabajadores/as. Se piensa que éste pudiera relacionarse con los altos niveles de exposición al

riesgo psicosocial *Doble presencia*, para estas trabajadoras. Variadas investigaciones realizadas en personal sanitario, mostraron que este aspecto influye en la salud de las mujeres, generando alteraciones como hipertensión, cefaleas, problemas de salud mental, sobrepeso, entre otras ^(236,266), las cuales también están presentes en este grupo de trabajadoras y pudiera ser la causa de una mayor percepción de CMT en este factor.

En relación al factor *Características de la tarea y Ritmo de trabajo*, las mujeres que se desempeñan en estas unidades perciben mayor Carga mental que los hombres al desempeñar sus tareas. Al respecto se señala que las mujeres, debido a sus características biológicas y cerebrales pueden dar cuenta de multiplicidad de tareas, lo que favorece cognitivamente su desempeño, pero genera una mayor percepción de Carga mental en los factores analizados, ya que visualizan el contexto de trabajo ya descrito, de manera integral. Por otra parte, las interrupciones generadas en el trabajo y desde sus hogares, durante el turno, es posible que tributen en aumentar la percepción de CMT. En este sentido, se localizan investigaciones realizadas mayoritariamente en enfermeras y técnicos de enfermería, las que señalaron en altos porcentajes que sus tareas se realizan bajo un alto número de interrupciones (laborales y domésticas), con escaso tiempo para ejecutarlas, con un ritmo de trabajo excesivo, lo que les genera desgaste ^(193,251).

Algunos trabajadores/as refieren que *desempeñan otras funciones a las asistenciales* dentro de la unidad en que laboran, lo que aumenta la percepción de *Carga Mental de Trabajo* (CMT) en el factor *Exigencias psicológicas y complejidad de la tarea*, en comparación a los que no desempeñan otras funciones a las asistenciales de manera significativa. Este resultado se explica desde el modelo de Wickens, el que aporta teóricamente al estudio de la Carga Mental. El modelo de recursos múltiples postula que la percepción de *Carga Mental de Trabajo* dependerá de cuantos recursos de la misma categoría de dicho modelo (ej. estados de procesamientos, modalidades perceptivas, entre otras), son necesarios para ejecutar algún desempeño, y además cuantas tareas se efectúan a la vez ^(53,104), de esta manera se valida, que para desempeñar de manera óptima otras funciones a las asistenciales, los trabajadores/as deben utilizar las mismas categorías o requieren dar cuenta de más de un requerimiento a la vez, lo que influiría en este resultado. Como ya se ha indicado durante toda la investigación, estos/as trabajadores/as tienen elevadas demandas cognitivas y sus tareas son complejas, lo

cual ha sido respaldado con los resultados descriptivos y además son variados los estudios que indican que en las Unidades críticas, sus funcionarios/as están expuestos/as a este tipo de exigencias mentales ^(164,278-279), por lo que se supone que el asumir otras funciones a las asistenciales, generaría una mayor percepción de CMT.

Contrario a lo esperado estos trabajadores perciben una CMT más baja que los que no desempeñan *otras funciones a las asistenciales* de manera significativa, en el factor *Consecuencias para la salud*. Como ya se ha indicado este factor de la CMT, se relaciona con el agotamiento y cansancio, y aunque se reconoce que el asumir estas funciones generan un aumento de las *Demandas cognitivas*, al parecer actúan como un motivador intrínseco para los trabajadores/as. Expertas en la temática, basadas en fundamentos teóricos de la UNE-ISO 10075-1, indican que este tipo de motivación es un aspecto relevante para la percepción subjetiva de Carga mental y podría actuar como un facilitador sobre su salud y rendimiento ^(100,102), de esta manera los trabajadores que realizan estas tareas de manera placentera, perciben una Carga mental más baja.

Se indica que existe un grupo de trabajadores que reconoce ***trabajar en otra institución***, los datos obtenidos muestran que estos/as perciben un promedio mayor de *Demandas cognitivas* y *complejidad de la tarea* que los trabajadores/as que no tiene doble contratación. Resultado que se condice con lo obtenido en este estudio al evaluar las diferencias entre esta variable y las *Exigencias psicológicas*, donde se evidencian niveles significativamente más elevados de exposición al este riesgo psicosocial en quienes tienen doble contratación. Además, estudios realizados en Brasil, entregan resultados similares, en los cuales las personas que tienen doble contratación, perciben mayor nivel de exigencias cognitivas, reducción de tiempo disponible para otras actividades, lo que pudiera originar altos niveles de saturación y/o fatiga, que generan una percepción de *Carga Mental de Trabajo* media-alta, lo que favorecería el surgimiento de alteraciones de salud ^(174,175,238), en estos trabajadores/as. Dentro de las fundamentaciones para ***trabajar en otra empresa***, y a pesar de los resultados obtenidos, los cuales muestran que estas personas perciben que su trabajo les genera un alto nivel de exposición a los riesgos psicosociales, se hipotetizan variadas alternativas, como mayores requerimientos económicos, reciente incorporación al ámbito laboral, motivación intrínseca, entre otros aspectos. Estudios señalaron que los trabajadores asumen la doble contratación por

que tienen bajos salarios, pretenden dar cuenta del éxito por medio de los bienes que adquieren, la juventud les permite asumir las exigencias físicas, entre otros aspectos. Al respecto, se indica que para fidelizar al trabajador en la institución de salud es aconsejable que las jefaturas en conjunto con los trabajadores/as generen un contexto laboral seguro y saludable en estas unidades, otorgar compensaciones psicológicas y una distribución de turnos equitativa ⁽¹⁷⁵⁾, entre otros aspectos.

Se indica que los y las trabajadores/as que refirieron asistir a **consulta médica en los últimos 12 meses**, tiene una percepción de mayor *Carga Mental de Trabajo (CMT)* en el factor *Consecuencias para la salud* significativas, en comparación con lo que no han consultado médico en este tiempo. Resultado que valida los aspectos teóricos que indican que la percepción de sobrecarga mental por agotamiento o cansancio, pudiera favorecer la aparición de afecciones tanto físicas como mentales, entre las que se indican alteraciones cardiovasculares, respiratorias, musculoesqueléticas, ansiedad, *burnout*, entre otras ⁽¹⁰²⁾. Otros estudios realizados en personal sanitario, demostraron la relación entre desbalance de la CMT y alteraciones de salud ^(138-139,212). Finalmente, los datos obtenidos en esta muestra, permiten observar que las mayores causas de consulta en los últimos 12 meses fueron musculoesqueléticas y respiratorias, lo que es coincidente con lo encontrado en la literatura revisada, validando los modelos teóricos utilizados en esta investigación.

Si se presta atención, las personas que refirieron tener alguna **alteración de salud diagnosticada**, perciben mayor *Carga Mental de Trabajo* con significancia estadística, en el factor *Organización temporal* y *Características de la tarea*, comparado con las que no refieren una alteración de salud diagnosticada. Expertos en la temática señalan que cualquiera sea el problema de salud que afecte al trabajador/a, genera una mayor percepción de exposición a riesgos psicosociales, en este caso, sobrecarga mental de trabajo ^(43,280).

En relación al resultado obtenido en *Organización temporal*, factor que da cuenta de la adecuación del tiempo disponible, por parte del trabajador/a para ejecutar su tarea ⁽⁹⁹⁾, se postula que las personas que tienen alguna dolencia, especialmente musculoesquelética, reducen su capacidad de trabajo, enlentece la realización de sus tareas, lo que disminuiría el tiempo disponible para realizar su trabajo, causando una mayor percepción de carga en este factor ^(202,216).

En cuanto a las diferencias presentes en las *Características de la tarea*, se indica que cualquier alteración de salud, es generadora de disconfort y agotamiento en las personas que las padecen. Sin embargo, algunas de ellas producen mayor sensación de agotamiento como las alteraciones endocrinas, las musculoesqueléticas, respiratorias, entre otras, todas ellas presentes en este grupo de trabajadores/as. Como ya se ha indicado, el contexto de trabajo en UPC, es reconocido como fatigante y agotador. Investigaciones realizadas en trabajadores de UCI y emergencias, mostraron que estos/as trabajadores perciben la fatiga, como un riesgo para la salud ^(136,281). Así, los trabajadores enfermos suman una fuente de desgaste y fatiga al contexto laboral, lo que probablemente este incidiendo en el resultado obtenido.

Es posible observar que los trabajadores/as que indican tener *hijos/as a su cargo*, perciben una menor *Carga Mental de Trabajo* (CMT) significativamente estadística, que los/as que no tiene hijos/as a su cargo para el factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*. Este resultado no concuerda con otros estudios ejecutados en trabajadores/as hospitalarios, los que reportan que las personas que se desempeñan en unidades críticas y tienen hijos/as perciben mayor sobrecarga física y psíquica ^(269,282). Se postula que este resultado es muy interesante de analizar y puede ser visualizado desde distintas perspectivas. Se indica que la propuesta conceptual de la UNE-ISO 10075 en relación a la Carga Mental subjetiva, incorpora dentro de los factores intrínsecos del individuo, la motivación ⁽¹⁰⁰⁾. Como se indicó anteriormente, el tener hijos/as a su cargo, actuaría como aspecto motivador, por todos los aspectos positivos que estos/as permiten vivenciar a los individuos y familia, y generan que el trabajador/a priorice otros aspectos de su vida, lo que disminuye percepción de *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*. Por otra parte, se postula que los trabajadores/as que han tenido hijos/as han experimentado en tantas ocasiones altos niveles de demandas y tareas complejas, que al enfrentar nuevamente este tipo de demandas, en este caso a nivel laboral, son afrontadas de mejor manera y no son percibidas como sobrecarga. Lo indicado se sustenta en técnicas de afrontamiento del estrés que emerge desde área cognitiva-conductual, denominada, inoculación del estrés ⁽²⁸³⁾.

Es importante hacer visible este resultado, especialmente a nivel de jefaturas, debido a que en general, los turnos extras son mayoritariamente asignados a las personas solteras y sin hijos/as, ya que según creencias sociales y culturales tendrían menos responsabilidades fuera del

trabajo, por lo que deberían percibir menores niveles de *Carga Mental de Trabajo*, y esta investigación demuestra lo contrario.

Al analizar el *apoyo en las tareas domésticas*, se observan resultados concordantes con los resultados obtenidos en la comparación de medias de los *Riesgos psicosociales*, en donde las personas que reconocieron tener apoyo para estas labores, perciben menor exposición a riesgos psicosociales en dos dimensiones donde se obtuvo significancia estadística. De la misma manera, quienes indican tener apoyo en las tareas domésticas, tienen una menor percepción de *Carga Mental de Trabajo* en los factores *Organización temporal* y *Ritmo de trabajo*.

Se indica que ambos factores de *Carga Mental de Trabajo* dan cuenta de aspectos relacionados con el tiempo, puntualmente la adecuación del tiempo por parte de trabajador/a para ejecutar sus tareas y la autonomía que tiene para organizarlas ⁽⁹⁹⁾. Se sostienen que cuando estos/as trabajadoras reciben apoyo en las tareas domésticas, durante el desarrollo de la jornada de trabajo pueden enfocarse en su quehacer, organizando de mejor manera sus tiempos, lo que les permite estar tranquilas/os. Adicionalmente, se fundamenta que el apoyo doméstico recibido es visualizado como otro tipo de apoyo social, lo que ayudaría a disminuir el nivel de riesgo psicosocial ⁽⁸¹⁾, en este caso sobrecarga de trabajo, lo que permitiría explicar los resultados conseguidos en estos factores.

Resumiendo se observa que la percepción de la CMT en el factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*, es mayor cuando el trabajador es hombre, desempeña otras funciones a las asistenciales, trabaja en otra empresa y no tiene hijos/as. Luego, en el factor *Consecuencias para la salud*, la CMT se percibe más elevada cuando la persona que desempeña la tarea es mujer, desempeña otras funciones a las asistenciales y ha consultado médico/a en los últimos 12 meses. El factor *Organización temporal*, se presenta con una mayor CMT cuando el trabajador/a tiene una alteración de salud diagnosticada y no percibe apoyo en las tareas domésticas. En relación a las *Características de la tarea*, se observa que los trabajadores/as reportan una mayor percepción de CMT cuando son mujeres y tiene alguna alteración de salud diagnosticada, y respecto al *Ritmo de trabajo* quienes presentan una mayor percepción de CMT son mujeres y que no tienen apoyo en las tareas domésticas.

Tabla N°15. Análisis de Varianza entre los factores de *Carga Mental de Trabajo* y variables laborales

Variables		Factores de <i>Carga Mental de Trabajo</i>										
		<i>Demandas cognitivas y complejidad de la tarea</i>			<i>Organización temporal</i>		<i>Consecuencias para la salud</i>		<i>Características de la Tarea</i>		<i>Ritmo de trabajo</i>	
		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>
Unidad o servicio donde se desempeña	U. Intensivas	170	3.84	.58	2.70	.67	3.70	.83	3.79	.63	3.02	.85
	U. Intermedias	159	3.73	.57	2.74	.82	3.65	.90	3.64	.68	3.09	.87
	Ambas	50	3.85	.51	2.78	.84	3.61	.79	3.67	.67	2.86	.85
		<i>F= 1.676</i>			<i>F= .243</i>		<i>F= .312</i>		<i>F= 2.337</i>		<i>F= 1.399</i>	
		<i>p= .189</i>			<i>p=.784</i>		<i>p=.732</i>		<i>p= .098</i>		<i>p=.248</i>	
Tipo de turno	Diurno	60	3.75	.57	2.91	.77	3.47	.81	3.58	.70	2.96	.77
	Cuarto turno	274	3.76	.58	2.69	.75	3.73	.87	3.73	.67	3.04	.86
	24 horas	45	4.01	.41	2.65	.74	3.49	.73	3.73	.55	3.05	.86
		<i>F= 4.067*</i>			<i>F= 2.280</i>		<i>F= 3.444*</i>		<i>F=1.198</i>		<i>F=.204</i>	
		<i>p=.018</i>			<i>p=.104</i>		<i>p=.033</i>		<i>p=.303</i>		<i>p=.815</i>	
Tipo de Contrato	Indefinido	117	3.69	.58	2.69	.74	3.63	.88	3.62	.69	3.04	.84
	Contrata	182	3.89	.54	2.77	.80	3.67	.83	3.83	.60	3.08	.82
	Honorario	24	3.48	.55	2.48	.77	3.96	.89	3.32	.71	2.86	.84
	Reemplazante	56	3.81	.55	2.74	.63	3.58	.81	3.65	.66	3.03	.95
		<i>F= 5.522**</i>			<i>F= 1.128</i>		<i>F= 1.253</i>		<i>F= 5.784**</i>		<i>F= .880</i>	
		<i>p=.001</i>			<i>p=.337</i>		<i>p=.290</i>		<i>p=.001</i>		<i>p=.452</i>	

En relación a la *unidad o servicio donde se desempeña*, no se observan diferencias estadísticamente significativas con ningún factor de CMT. Idéntico resultado se obtuvo con las dimensiones de *Riesgos psicosociales*, por lo que se valida la afirmación de que es la Unidad de Pacientes Críticos en su totalidad tiene un contexto de trabajo característico, que no difiere según unidad o servicio de intermedio y/o intensivo.

Referente al *tipo de turno*, se encontraron diferencias inter-grupos, con significancia estadística en los factores *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea* y *Consecuencias para la salud*.

Se indica que las personas que realizan **turnos de 24 horas**, son las que perciben mayor *Carga Mental de Trabajo* en el factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*, comparados con los otros tipos de rotaciones. Ante este resultado se indica que este grupo de trabajadores corresponde a la categoría ocupacional de médicos/as, y al igual que en los riesgos

psicosociales pudiera estar incidiendo en el resultado. Sin embargo, la literatura revisada nos muestra que de manera general el trabajo en turno, especialmente el que incluye turnos nocturnos, genera en las personas que los realizan, fatiga, alteraciones cognitivas y del sueño ^(284,285,286), más aun en aquellos trabajadores/as que permanecen 24 horas seguidas en el trabajo. Aspecto que explicaría el resultado obtenido en este factor.

Referente al factor *Consecuencias para la salud*, se observa que son los trabajadores/as que rotan en **cuarto turno**, quienes presentan diferencias en su percepción de CMT. Se indica que el trabajo en turno genera desgaste, alteraciones en el ritmo circadiano, alteraciones del sueño, interfiere en la vida familiar, entre otros aspectos, los cuales influyen en la salud de estos/as trabajadores, como ya se ha planteado. Son variadas las investigaciones y revisiones sistemáticas realizadas en trabajadores de unidades críticas, no críticas y en otro tipo de trabajadores, las cuales evidencian y validan lo afirmado en relación al trabajo en turnos y su implicancia en la salud y la vida de los trabajadores ^(192,250,251). Al respecto, una revisión teórica realizada recientemente en Chile, reportó que el trabajo en turnos puede acarrear en las personas que los desempeñan, privación de sueño, mayor predisposición a accidentes (un riesgo 3 veces mayor) ⁽²⁸⁷⁾, consecuencias metabólicas, riesgos cardiovascular, entre otras ⁽²⁸⁶⁾. Sumado a lo expuesto, las personas que trabajan en esta modalidad de turnos, son los que mayoritariamente están en contacto directo con los usuarios y sus familias, aspecto que también pudiera aumentar su percepción de CMT para este factor, principalmente por desgaste.

Respecto a la variable **tipo de contrato**, se obtuvieron significancias estadísticas en dos factores de CMT. De esta manera, se señala que los trabajadores/as que están contratados a honorarios, perciben una CMT más baja en los factores *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea* y *Características de la tarea*, que los trabajadores/as que tienen otro tipo de contrato. Resultado que llama la atención ya que la literatura revisada y otras investigaciones que incorporan esta variable, muestran que la inseguridad en el contrato genera un mayor nivel de desgaste, lo que podría ser la causa de riesgos psicosociales ^(71,138), como la sobrecarga mental de trabajo, aspecto que si se observa en la presente investigación con los trabajadores reemplazantes. Se postula que los trabajadores/as a honorarios acceden mayoritariamente a este tipo de contrato por estar vinculados con contratos a otras instituciones, lo que se

contratan a honorarios en su segundo trabajo, esto podría generar un menor vínculo del trabajador/a con su segundo trabajo. Según expertos lo planteado produciría una disminución en la motivación de los trabajadores/as para identificarse con la filosofía y cultura de su segunda institución ⁽²⁸⁸⁾, aspecto que ocasionaría una menor percepción de Carga mental en los factores ya mencionados. Se refuerza esta afirmación con los resultados reportados en esta investigación en relación a las *Exigencias psicológicas* de los trabajadores a honorario y reemplazantes, quienes indican una menor percepción de riesgo en esta dimensión.



Tabla N°16. Correlaciones entre los factores de *Carga Mental de Trabajo* y variables biopsicosociodemográficas, percepción de condiciones ambientales de trabajo y aspectos relacionados con salud

Variables Predictoras	Factores de <i>Carga Mental de Trabajo</i>									
	<i>Demandas cognitivas complejidad de la tarea</i>		<i>Organización temporal de trabajo</i>		<i>Consecuencias para la salud</i>		<i>Características de la tarea</i>		<i>Ritmo de trabajo</i>	
	<i>r</i>	<i>valor-p</i>	<i>r</i>	<i>valor-p</i>	<i>r</i>	<i>valor-p</i>	<i>r</i>	<i>valor-p</i>	<i>r</i>	<i>valor-p</i>
Edad	-0,030	0,562	0,037	0,478	0,027	0,597	0,038	0,460	-0,021	0,681
Nivel de estudios	0,356	≤,000**	0,092	0,073	-0,188	≤,000**	0,176	0,001**	0,078	0,129
Antigüedad en el puesto	-0,111	0,030*	0,066	0,297	-0,071	0,167	-0,013	0,803	0,012	0,812
Edad hijo/a mayor	-0,172	0,006**	-0,014	0,822	-0,009	0,889	-0,072	0,248	-0,004	0,946
Edad hijo/a menor	-0,221	0,004**	0,071	0,367	-0,047	0,546	-0,159	0,041*	0,057	0,470
Temperatura en su puesto de trabajo	0,046	0,371	-0,017	0,745	-0,044	0,369	-0,056	0,280	-0,048	0,348
Iluminación en su puesto de trabajo	0,037	0,473	-0,133	0,009**	-0,044	0,389	-0,151	0,003**	-0,154	0,003**
Ruido en su puesto de trabajo	-0,078	0,131	-0,143	0,005**	-0,043	0,401	-0,299	≤,000**	-0,121	0,018*
Espacio en su puesto de trabajo	-0,062	0,229	-0,150	0,003**	-0,036	0,487	-0,176	0,001**	-0,133	0,010**
Condiciones de higiene en puesto de trabajo	-0,067	0,195	-0,065	0,209	-0,055	0,288	-0,194	≤,000**	-0,071	0,170
Percepción de salud del trabajador/a	0,086	0,096	-0,116	0,024*	-0,079	0,127	-0,043	0,404	-0,066	0,201

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Se observa que existen relaciones positivas y negativa entre algunas variables predictoras y los factores de *Carga Mental de Trabajo*.

Específicamente el *nivel de estudios*, presenta relaciones positivas con las dimensiones *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea* y *Características de la tarea*, y además una relación negativa con el factor *Consecuencias para la salud*. En este sentido, los trabajadores/as que reportan un mayor nivel de estudio, perciben significativamente una mayor *Carga Mental de Trabajo* en los factores mencionados. Y por otra parte, los funcionarios/as que tienen niveles de estudios más bajos perciben un mayor nivel de CMT en el factor *Consecuencias para la salud*.

Se establece que la toma de decisiones inmediatas y altamente complejas, la necesidad de memorizar nombres, datos, medicamentos, dar cuenta de tareas complejas de forma simultánea, manejo de equipos altamente tecnológicos, entre otras tareas, son principalmente realizadas por los profesionales del equipo de salud que se desempeñan en UPC. Estudios efectuados en médicos/as y enfermeras/os de unidades críticas reportaron que la alta demanda

mental y la complejidad de las tareas que se ejecutan en estos servicios les producen a estos profesionales un aumento en su percepción de CMT ^(60,178,278-279), lo que explicaría lo obtenido en esta investigación.

Se expone que los técnicos y auxiliares pertenecientes a las UPC, realizan actividades que requieren elevados esfuerzos físicos (e.j traslado de usuarios/as, aseo y confort de los mismos, etc.), se mantienen por largos períodos de pie, sumado a ello la sobrecarga producto de la interferencia trabajo-hogar, entre otros. Así todo lo mencionado, podría aumentar las complicaciones en salud para este grupo de trabajadores/as. Al respecto fueron encontrados estudios que reportan lo descrito anteriormente y concluyen que la sobrecarga mental de trabajo es un importante factor de riesgo para la salud y seguridad de los trabajadores ^(138,257,280), lo que sustenta el resultado obtenido en el factor *Consecuencias para a la salud*.

La *antigüedad en el puesto*, se relaciona positivamente con el factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*. De esta forma los trabajadores que ingresaron hace menos tiempo a la UPC tienen una mayor percepción de CMT en este factor. Resultado esperado ya que la complejidad del trabajo desempeñado al interior de estas unidades requiere de entrenamiento en relación a las rutinas, equipos, registros, manejo de situaciones de emergencia, entre otros aspectos, lo que emplaza al trabajador/a con menos antigüedad en el puesto a enfrentarse a situaciones nuevas lo que aumentaría su percepción de CMT para el factor en análisis. En este sentido, investigaciones realizadas en enfermeras/os de unidades intensivas indicaron que las enfermeras/os con menos experiencia (medida en años de antigüedad en la unidad), tienen más exigencias y demoran más tiempo en realizar sus tareas ^(174,243).

En relación a la *edad de los hijos/as*, se obtiene un resultado muy interesante. En los contrastes de medias realizadas en esta investigación, resultó que quienes no tenían hijos percibían una CMT más alta en el factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*, lo que se explicó desde aspectos motivacionales para los trabajadores con hijos/as. Se destaca que para las personas que tienen hijos, la edad de éstos/as afecta en su percepción de CMT. En este sentido, los resultados de la correlación realizada establece que entre menor edad de los hijos/as de los trabajadores, éstos/as generan en sus padres una mayor percepción de CMT en el factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea y Características de la tarea*.

Resultado que se explicaría por una sobrecarga generada por aspectos de trabajo-familia ⁽²⁶⁶⁾, los cuales aumentarían cuando los hijos/as son pequeños/s ya que requieren de cuidados, no son autónomos, por lo que el trabajador/a requiere de otros colaboradores para cumplir sus responsabilidades en el hogar. Investigadores reportan que los trabajadores/as tienen un mayor desgaste físico y emocional ocasionado por el trabajo y la responsabilidad que representa el cuidado de los hijos/as ⁽²⁸⁹⁾. Se deduce que esto explicaría el resultado obtenido.

Se expone que las **condiciones ambientales de trabajo**, se relacionan negativamente con los factores *Organización temporal*, *Ritmo de trabajo* y *Características de la tarea*. Lo que significa que cuando los trabajadores perciben condiciones ambientales inadecuadas de trabajo su percepción de CMT aumenta.

La relación obtenida con en el factor *Características de la tarea*, era un resultado de esperar, ya que dentro de los aspectos que se miden en este factor se incluyen las distracciones, condiciones ambientales, entre otros. Se indica que estudios realizados en enfermeros/as evidenciaron que el ruido los distrae y que una inadecuada estructura física del lugar de trabajo genera desgaste ⁽¹⁹²⁾, lo que valida este aspecto teórico y empírico fundamentado en esta investigación.

Por otra parte, la relación entre las variables de **condiciones ambientales** y los factores *Organización temporal* y *Ritmo de trabajo*, se indica que ambientes con altos niveles de ruido, mala iluminación y espacio inadecuado generan en los trabajadores desgaste mental que lleva a fatiga, lo que enlentece su rendimiento, por lo que se explicaría la relación obtenida. Sin embargo, se expone que ninguna de variables relacionadas con las condiciones ambientales del trabajo se relacionó significativamente con el factor *Consecuencias para la salud*, el cual se refiere al nivel de agotamiento percibido ⁽⁹⁹⁾. Se postula al respecto que los trabajadores entregaron respuestas socialmente aceptadas, en relación al agotamiento, más que la realidad percibida, lo que si se logra visualizar con las otras variables como ruido, iluminación y espacio.

Referente a la **percepción de salud del trabajador/a**, se muestra que existe una relación negativa con un factor de CMT. De esta manera, quienes tienen una menor percepción de salud perciben una mayor CMT en el factor *Organización temporal de trabajo*. Como ya se ha mencionado y analizado en este estudio los trabajadores/as que perciben de forma deficiente

su estado de salud general, es altamente posible, que perciban un mayor desgaste que los que tiene una mejor percepción de su salud. En este contexto se postula que el trabajador/a con baja percepción de su salud, requiera más tiempo para desarrollar sus tareas, sumado a que la ejecución de estas le genera mayor fatiga, entre otros. Estudios realizados en trabajadores sanitarios mostraron que los problemas de salud tanto físicos como psicológicos repercuten en el desempeño de sus tareas y aumenta su percepción de CMT ^(135,280), así, todo lo presentado explica el resultado obtenido en este análisis estadístico.

La edad y la temperatura en su puesto de trabajo no presentaron relaciones estadísticamente significativas con ninguna de los factores de CMT. La variable edad mostró el mismo resultado que con las dimensiones de *Riesgos psicosociales*, lo que potencia los fundamentos ya planteados, respecto a que la unidad de pacientes críticos genera un nivel tan alto de sobrecarga mental que la edad del trabajador/a no actuaría como diferenciador. Por otra parte, llama la atención que la ***temperatura en su puesto de trabajo***, no presente relación significativas, ya que según lo revisado en la literatura una temperatura inadecuada genera disturbios cognitivos en los trabajadores ^(136,261), por ello se postula que la explicación más probable para este resultado es que los datos fueron tomados entre mayo-octubre (que corresponde a las estaciones de otoño e invierno), en las tres unidades participantes, por lo que la temperatura ideal (24-28°C), mantenida dentro de la unidad es más bien agradable y no generaría discomfort para los trabajadores.

Con el propósito de finalizar el apartado bivariados en relación a la *Carga Mental de Trabajo*, se presenta el *Cuadro N°2*, donde se indican todas las variables independientes que se relacionan de manera significativa con los factores de la *Carga Mental de Trabajo*.

Cuadro N°2. Resumen de resultados bivariados en relación a la percepción de la *Carga Mental de Trabajo* de los/as participantes de esta investigación.

Factores de <i>Carga Mental de Trabajo</i>	Los trabajadores/as que perciben un mayor nivel de <i>Carga Mental de trabajo</i>, corresponde a quienes:
<i>Demandas cognitivas y complejidad de la tarea</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Son hombres. - Desempeñan otras funciones a las asistenciales. - Trabajan en otra empresa. - Rotan en sistema de turnos de 24 horas. - Están contratados a plazo fijo (a contrata). - Tienen mayor nivel de estudios. - Tienen menos antigüedad en el puesto de trabajo. - Sus hijos/as son pequeños/as (si los tienen), y no están a su cargo.
<i>Organización temporal</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Tienen alguna alteración de salud diagnosticada. - Refieren no tener apoyo en las tareas domésticas. - Perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo (Iluminación, ruido, espacio y condiciones higiénicas)
<i>Consecuencias para la salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Son mujeres. - No desempeñan otras funciones a las asistenciales. - Han consultado médico en los últimos 12 meses. - Se desempeñan en sistema de cuarto turno. - Tienen menor nivel de estudios.
<i>Características de la tarea</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Son mujeres. - Tienen alguna alteración de salud diagnosticada. - Están contratados/as a plazo fijo (a contrata). - Tienen un mayor nivel de estudios. - Tiene hijos/as pequeños/as. - Perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo (Iluminación, ruido, espacio y condiciones higiénicas).
<i>Ritmo de Trabajo</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Son mujeres. - Tiene alguna alteración de salud diagnosticada. - Refieren no tener apoyo en las tareas domésticas. - Perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo (Iluminación, ruido, espacio y condiciones higiénicas).

3.3) ANALISIS EXPLICATIVO DE LOS DATOS

3.3.1) Influencia de las dimensiones de Riesgos psicosociales en la percepción de Carga Mental de Trabajo

Con el objetivo de evaluar la pertinencia del análisis de regresión, se realizó análisis de los supuestos del modelo. Al respecto se puede afirmar que los residuos de esta muestra son independientes, ya que, se obtuvo un valor de Durbin-Watson=1,996. La homocedasticidad se evaluó por medio de gráficos. Los índices de condición son menores de 15, por lo que se descartó multicolinealidad. La correlación entre los residuos es de cero, y la normalidad de ellos se evaluó por medio de gráficos de residuos tipificados. Es decir, el análisis de regresión que se presenta a continuación, es adecuado.

Tabla N°17. Modelo de regresión lineal con *Carga Mental Global* como variable criterio y las dimensiones de *Riesgos Psicosociales* como variables predictoras

Variables predictoras	B	SE	β	r semiparcial
<i>Exigencias psicológicas</i>	,064	,007	,418**	,480
<i>Compensaciones</i>	,023	,006	,162**	,244
<i>Doble presencia</i>	,036	,009	,177**	,318
<i>Trabajo activo y desarrollo de actividades</i>	,021	,008	,122**	,268
<i>Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo</i>	,015	-	-	-
R²:	,329			
R² corregido:	,322			

n=379; **p ≤ .001

Se obtuvo un modelo de regresión en el que cuatro de las dimensiones de *Riesgos Psicosociales* contribuyen a explicar la *Carga Mental de Trabajo global*. De esta manera, las *Exigencias psicológicas*, *Compensaciones*, *Doble presencia* y *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, explican conjuntamente el 32,2% de la variabilidad de la *Carga Mental de Trabajo global* ($F(45,938)=5,77$; $p \leq .001$). Con este resultado, se confirma que cuando los trabajadores/as de UPC perciben altos niveles de exposición a *Riesgos Psicosociales*, su

percepción de *Carga Mental* tiende al desbalance, es decir sobrecarga o infracarga mental de trabajo. Este aspecto había sido evaluado con un resultado similar en el análisis bivariado de éste estudio (Correlación de Pearson entre *Carga Mental* y *Riesgos Psicosociales*).

Específicamente, las *Exigencias Psicológicas*, presenta un valor de β con significancia estadística, el que casi triplica al resto de las dimensiones. En este sentido, y utilizando el *r semiparcial*, observamos que esta dimensión de *Riesgos Psicosociales* contribuye, por sí sola, a explicar un 23,0% de la CMT global. Se indica que las *Exigencias Psicológicas* que dan cuenta de CMT, son las *exigencias cuantitativas*, relacionadas con la cantidad y volumen de trabajo (altas exigencias con ritmo acelerado, o al contrario, bajas exigencias con mucho tiempo para su ejecución), así como las *exigencias psicológicas cognitivas*, que se relaciona con toma de decisiones, memorización, comprender, entre otras, según descripción teórica del instrumento ⁽⁸⁵⁾. Este resultado refuerza la relación de la asociación entre esta dimensión de *Riesgos Psicosociales* y el constructo *Carga Mental de Trabajo*. Esta dimensión de *Exigencias psicológicas* se utilizó en el estudio de validación de la Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM), en población chilena ⁽¹⁵⁷⁾.

Se observa que la *Doble presencia*, reporta un valor de β significativo, el que da cuenta su asociación con la CMT global. Específicamente, aporta en un 10.1% (según el *r semiparcial*), a la explicación de la CMT total. Se indica que la *Doble presencia*, aunque es un factor externo a la tarea, en este grupo de trabajadores/as tiene una gran importancia (aspecto que ya se ha indicado y fundamentado en diversos análisis), ya que un gran porcentaje de mujeres se desempeñan en estas unidades ^(141,176,250), y que en ellas recaen aún las responsabilidades del hogar, aunque se desempeñen en trabajos remunerados, lo que les genera mayor desgaste y agotamiento ^(60,141,257,289). En este sentido, la preocupación por aspectos domésticos se relacionan directamente con la percepción tanto de los *Riesgos Psicosociales*, como también, con la *Carga Mental de Trabajo*, por lo que se evidencia la importancia de la incorporación de ésta variable y su análisis en futuras investigaciones, con la intención de profundizar en su estudio.

Respecto a las dimensiones *Compensaciones y Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, se indica que según los valores de β , presentan asociación con la CMT global, pero estas son menos explicativas que las otras dimensiones anteriormente analizadas. Expertas en la temática, señalan que los factores organizacionales, como son las compensaciones, son parte del entorno laboral, las que podrían generar en el trabajador/a presión mental ⁽¹⁰²⁾, por lo que afectaría de manera indirecta la CMT global. En relación al *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, se postula que este aspecto pudiera asociarse a la CMT global en algunas categorías ocupacionales más que en otras, lo que se analizó en los perfiles de CMT según grupos de trabajo.

Se destaca que la dimensión *Apoyo social y calidad del liderazgo* no se asocia significativamente a la CMT global. Resultado que llama la atención ya que según los modelos teóricos presentados en este estudio, la percepción de Apoyo social actuaría como un amortiguador en la percepción de *Riesgos psicosociales* ^(76,81). En este sentido algunos estudios que evidencia la importancia del Apoyo social como buffer de los *Riesgos Psicosociales* a nivel laboral ^(224,261).

Finalmente, se destaca que según lo obtenido en este análisis, el cuestionario SUSESO-ISTAS 21, incorpora aspectos relacionados con el constructo CMT, pero no logra medir la *Carga Mental de Trabajo* de manera integral. De esta manera se potencia la idea de que SUSESO-ISTAS 21 es un cuestionario generalista, y si los investigadores requieren estudiar factores de riesgos psicosociales puntuales como *Trabajo emocional, Burnout, Carga Mental de trabajo*, es necesario medir con un instrumento más específico.

3.3.2) *Influencia de las variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones del ambiente de trabajo y aspectos relacionados con salud en la percepción de Riesgos psicosociales*

Se indica que entre las reglas básicas de cualquier análisis de regresión, se encuentra el realizar análisis de los supuestos del modelo (para este apartado se realizaron 5 análisis de regresión), al respecto se puede afirmar que los residuos de cada uno de ellos son independientes ya que se obtuvieron valores de Durbin-Watson desde 1,850 a 2,080. La homocedasticidad se evaluó por medio de gráficos. Los índices de condición fueron menores a 18 en todos los modelos, por lo que se descartó multicolinealidad. La correlación entre los residuos es de cero en los cinco modelos, y la normalidad de ellos se evaluó por medio de gráficos de residuos tipificados. Es decir, los análisis de regresión, que se presentan a continuación (*Tabla N°18*), son adecuados. Se indica que en la *Tabla N° 18*, sólo se incorporaron los errores típicos y los valores de β , que resultaron con significancia estadística.

Este análisis se realizó con la intención de evidenciar cuanto influyen las variables predictoras incorporadas en la regresión lineal, luego de controlar el efecto de las otras variables sobre las variables predictoras, en este caso cada una de las dimensiones de *Riesgos psicosociales*.

Tabla N°18. Modelos de regresión *stepwise* (paso a paso) con las dimensiones de *Riesgos Psicosociales* como variable criterio y variables laborales, biopsicosociodemográficas, aspectos relacionados con salud y percepción de condiciones del ambiente de trabajo como variables predictoras.

Variables Predictoras	Modelo N°1		Modelo N°2		Modelo N°3		Modelo N°4		Modelo N°5	
	<i>Exigencias psicológicas</i>		<i>Trabajo activo y desarrollo de Habilidades</i>		<i>Apoyo social y calidad del liderazgo</i>		<i>Compensaciones</i>		<i>Doble presencia</i>	
	<i>b</i>	β	<i>b</i>	β	<i>b</i>	β	<i>b</i>	β	<i>b</i>	β
Antigüedad en el puesto	-0,037		0,020		-0,057		-0,056	-0,196*	-0,149	
(E.S)							(-0,021)			
Desempeña otras funciones a la asistencial	0,013		-0,137		0,021		-0,09		0,018	
Trabaja en otra institución	0,145		0,069		0,144		-0,036		0,042	
Situación contractual	0,092		0,016		-0,086		-2,622		-0,026	
Nivel de estudios	1,011	0,259**	0,020		0,058		-1,136	-0,265**	-0,687	-0,244**
(E.S)	(0,286)						(0,307)		(0,211)	
Sexo	-0,118		0,894	0,163*	-0,056		0,014		1,129	0,267**
(E.S)			(0,417)						(0,317)	
Edad del trabajador/a	-0,037	-0,170*	0,037		-0,092		-0,060		-0,041	
(E.S)	(0,016)									
Situación de pareja	-0,091		-0,042		-0,080		-0,042		-0,048	
Número de hijos	-0,024		-0,140		-0,762	-0,171*	-0,942	-0,195*	-0,168	
(E.S)					(0,335)		(0,338)			
Edad hijo/a mayor	0,104		0,002		-0,056		-0,107		-0,075	
Edad hijo/a menor	0,072		0,049		0,070	0,195*	-0,104		-0,060	
(E.S)					(0,027)					
Hijos/as a su cargo	0,121		0,044		-0,014		-0,010		0,001	
Familiares a su cargo	0,139		0,063		0,061		0,028		0,021	
Apoyo en tareas domésticas	0,073		-0,002		0,086		-0,050		-0,026	
Consulta médica en los últimos 12 meses	0,101		-0,002		-0,062		0,170		0,082	
Licencia médica en los últimos 12 meses	0,000		0,041		0,067		0,181		-0,039	
Alteración de salud diagnosticada	0,135		0,074		0,078		0,050		-0,005	
Percepción de salud del trabajador/a	0,008		-0,033		-0,126		-0,011		-0,061	
Temperatura en su puesto de trabajo	-0,034		0,020		0,019		-0,076		0,033	
Iluminación en su puesto de trabajo	-0,025		-0,491	-0,174*	-0,115		-0,021		-0,139	
(E.S)			(0,222)							
Ruido en su puesto de trabajo	-0,730	-0,236*	-0,031		-0,670	-0,212*	-0,045		-0,117	
(E.S)	(0,228)				(0,238)					
Espacio en su puesto de trabajo	-0,087		-0,111		-0,068		-0,797	-0,276**	-0,096	
(E.S)							(0,204)			
Condiciones de higiene en su puesto de trabajo	0,115		-0,502	-0,187*	-0,004		-0,081		-0,068	
(E.S)			(0,208)							
Constante	10,717		9,482		9,518		13,480		5,322	
R2	0,155		0,119		0,115		0,223		0,162	
R2 corregida	0,139		0,102		0,098		0,203		0,151	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

El primer análisis de regresión paso a paso permitió obtener el modelo N°1, donde las *Exigencias psicológicas* fue la variable criterio y el nivel de estudios, el ruido en el puesto de trabajo y la edad del trabajador/a las variables predictoras significativas. De esta manera, estas tres variables explican conjuntamente el 13,9% de la *Exigencia psicológica* ($F(3,157)=9,633$ $p \leq .001$). El valor de β para la variable nivel de estudio, refuerza el resultado obtenido en el análisis bivariado en relación a que, cuando el trabajador/a de UPC a mayor nivel de estudio, está más expuesto/a al riesgo *Exigencias psicológicas*. Otras investigaciones realizadas en profesionales sanitarios dan cuenta de resultados similares y muestran algunos efectos de estas elevadas exigencias en la salud de estas categorías ocupacionales ^(96,138,163,193). Similar resultado se obtiene en relación al ruido, el valor de β para esta variable predictora, muestra la asociación entre las inadecuadas condiciones ambientales, específicamente el ruido en las unidades críticas y el mayor nivel de riesgo psicosocial *Exigencias psicológicas*. Al respecto se localizaron otros estudios que dan cuenta de este resultado en contextos similares ^(192-193,273). Es llamativo que en el análisis bivariado todas las variables relacionadas con la percepción de condiciones ambientales resultaron significativas y al realizar un análisis multifactorial solo ingrese al modelo la percepción de ruido. Se puede afirmar entonces que para los trabajadores de las tres UPC participantes, es prioritario mejorar los niveles de ruido en sus puestos de trabajo, antes que las otras condiciones ambientales. Se postula que este resultado es relevante para las autoridades de cada una de las instituciones participantes, ya que les permite intervenir estratégicamente en variables que influyen directamente sobre las *Exigencias psicológicas* como riesgo psicosocial. Otro resultado interesante es el que se presenta con la edad del trabajador/a, variable que se asocia en este modelo a las *Exigencias psicológicas* con un valor de β significativo, en este sentido, los trabajadores/as más jóvenes perciben una mayor exposición a este riesgo psicosocial, resultado coincidente con otro estudio realizado en enfermeras/os donde se reportó que los trabajadores con menos edad perciben mayores niveles de riesgos psicosociales ⁽²⁵¹⁾. Se señala que esta variable no fue significativa en el análisis bivariado, es por aquello la importancia de incorporar análisis explicativos o multivariados en las investigaciones.

Luego, se obtuvo el modelo N°2, en el cual el *Trabajo activo y desarrollo de habilidades* fue la variable criterio y las condiciones de higiene en su puesto de trabajo, la iluminación en el puesto

de trabajo y el sexo del trabajador/a como variables predictoras significativas, las que explican conjuntamente el 10,2% del *Trabajo activo y el desarrollo de habilidades* ($F(3,157)=7,068$; $p \leq .001$). Los valores de β , para el espacio y la iluminación en su puesto de trabajo, respaldan el resultado bivariado en relación a estas variables, el cual reporto que la percepción de inadecuadas condiciones ambientales de trabajo, específicamente espacio e iluminación, aumentan la percepción de riesgos para esta dimensión psicosocial, resultados encontrados en otras investigaciones ⁽¹³⁶⁾. Respecto al valor de β , para la variable sexo del trabajador/a, indica que son las mujeres de estas unidades las que perciben un mayor nivel de riesgo en relación al *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, resultado fundamentado y analizado a nivel bivariado desde aspectos socio-culturales en los cuales las mujeres trabajadoras aún limitan su desarrollo en el ámbito laboral a expensas de sus responsabilidades domésticas ⁽²⁵⁶⁾. En este sentido expertos/as españoles postulan que otra interferencia crítica del ámbito doméstico en el ámbito laboral viene dada por la tensión entre los tiempos reproductivos y los tiempos productivos, al respecto señalan que la edad más propicia para la promoción profesional coincide con el período más aconsejable para la reproducción biológica ⁽²⁹⁰⁾, de esta manera muchas mujeres posponen su desarrollo profesional para formar sus familiar, lo que sin duda les genera una satisfacción personal, pero aumenta el nivel de riesgos para esta dimensión psicosocial. Se postula que es necesario desarrollar futuras investigaciones relacionadas con mujeres y *Trabajo activo* desde abordajes cualitativos con la finalidad de conocer el real significado otorgado por la mujer trabajadora a estos aspectos.

Se generó un modelo de regresión (N°3), en donde la variable criterio fue el *Apoyo social y la calidad del liderazgo* y la percepción de ruido en el puesto de trabajo, la edad del hijo/a menor y el número de hijos/as fueron las variables predictoras significativas, las que explican conjuntamente el 9,8% del *Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo* ($F(3,157)=6,789$; $p \leq .001$). Se señala que el valor de β , para el ruido en su puesto de trabajo reporta que, cuando la percepción de éste es inadecuado, el trabajador/a percibe un mayor nivel de riesgo para la dimensión de *Apoyo social y calidad del liderazgo*. Como ya se mencionó en el análisis descriptivo y bivariado, las inadecuadas condiciones ambientales (ruido, iluminación, entre otras), alteran la percepción de *Riesgo psicosociales* por aspectos de gestión ⁽²⁶¹⁾. Por otra parte el valor de β en relación a la edad del hijo/a menor reporta que a mayor edad del hijo/a menor es el

riesgo en análisis. Como fue analizado anteriormente, cuando los hijos/as son pequeños/as el *Apoyo social* por parte de la jefatura y de los pares es mayor, e influye positivamente en la percepción de esta dimensión por el trabajador/a.

Es muy llamativo que la variable número de hijos haya ingresado en el análisis multivariado, sin haber sido significativa en el bivariado. El valor de β , para esta variable indica que a menor número de hijos o cuando el trabajador no tiene hijos/as es mayor la percepción de riesgo para la dimensión *Apoyo social y calidad del liderazgo*. Es interesante hacer visible este resultado, ya que, muchas veces son estos/as trabajadores a quienes se les asigna un mayor número de turnos extras o se les solicita efectuarlos, por creencias sociales de que estos no tiene preocupaciones fuera del trabajo por no tener hijos.

Se muestra en el modelo N°4, en el cual la variable criterio fue la dimensión psicosocial *Compensaciones* y el espacio en su puesto de trabajo, el nivel de estudios, la antigüedad en el puesto, y el número de hijos/as, variables predictoras que se asociaron de manera significativa a este riesgo psicosocial. Dichas variables explican conjuntamente el 20,3% de las *Compensaciones* ($F(4,156)=11,185$; $p \leq .001$). Se indica que esta es la dimensión que reporta una mayor explicación en su variabilidad por las variables predictoras, según los valores de β . Existe asociación entre un inadecuado espacio en el puesto de trabajo, el menor nivel de estudio, la menor antigüedad en el puesto de trabajo y el menor número de hijos/as con una mayor percepción del riesgo psicosocial *Compensaciones*. Se indica que todas estas variables ya fueron fundamentadas en el análisis bivariado. Por otra parte, se destaca que esta en dimensión muchas variables predictoras significativas en el bivariado no se incorporaron al modelo lineal múltiple, las causas de aquello podría fundamentarse en que la variabilidad de estas fue absorbida por las cuatro variables significativas, o que las relaciones bivariadas fueron más bien débiles y al controlar por todas las variables las que influyen en la percepción de exposición al riesgo *Compensaciones* son solo las cuatro ya mencionadas.

Finalmente, en el modelo N°5 donde la variable criterio fue la *Doble Presencia* y las variables predictoras que se asocian significativamente a este riesgo fueron el sexo del trabajador/a y el nivel de estudio, las cuales explican conjuntamente el 15,1% de la variabilidad de la *Doble presencia* ($F(2,158) =15,276$; $p \leq .001$). Respecto al sexo del trabajador/a, se indica que el valor

de β , muestra que son las mujeres trabajadoras, quienes perciben un mayor nivel de exposición a este riesgo psicosocial. Resultado coincidente con lo obtenido en el análisis bivariado en este estudio y con otras investigaciones realizadas en unidades críticas a nivel nacional e internacional, en donde se ha mostrado que la relación trabajo-familia influye en la percepción de riesgos psicosociales para las mujeres que se desempeñan en ámbitos sanitarios ^(92,141,269), producto de los estereotipos sociales imperantes. Se adiciona a esta dimensión la asociación con el nivel de estudio, en donde el valor de β indica que a menor nivel de estudio, es mayor la exposición al riesgo *Doble presencia*, al respecto se indica que las trabajadoras que con un menor nivel de estudio, reciben una menor remuneración, lo que la mayoría de las veces les impide emplear a una persona de colaboración para los aspectos domésticos y son ellas quienes las asumen durante sus días libres, o se contratan en otras instituciones, de esta manera su jornada de trabajo pasa a ser triple, lo que genera un mayor ausentismo en el hogar, lo que genera conflictos entre la vida laboral y la vida familiar. Se postula que ambas situaciones agudizan la problemática en relación a la *Doble presencia*. Llama la atención que al modelo de regresión, solo se hayan asociado estas dos variables independientes, considerando que en el análisis bivariado resultaron relacionadas otras variables tales como tipo de turno, tipo de contrato, entre otras (ver Cuadro N°1, pag.141). Se postula que de modo relacional posiblemente estas variables den cuenta de la *Doble presencia*, pero, cuando se incorporaran todas juntas en un modelo explicativo, son el sexo y el nivel de estudios las que explican la mayor parte de la variabilidad, para esta dimensión.

3.3.3) *Influencia de las variables laborales, biopsicosociodemográficas, condiciones del ambiente de trabajo y aspectos relacionados con salud en la percepción de Carga Mental de Trabajo*

Se indica como las reglas básicas de cualquier análisis de regresión, el realizar análisis de los supuestos del modelo (para este apartado se realizaron 6 análisis de regresión), al respecto se puede afirmar que los residuos de cada uno de ellos son independientes ya que se obtuvieron valores de Durbin-Watson desde 1,818 a 2,198. La homocedasticidad se evaluó por medio de gráficos. Los índices de condición fueron menores a 16 en todos los modelos, por lo que se descartó multicolinealidad. La correlación entre los residuos es de cero en los seis modelos, y la normalidad de ellos se evaluó por medio de gráficos de residuos tipificados. Es decir, los análisis de regresión, que se presentan a continuación (*Tabla N°19*), son adecuados. Se destaca que en la *Tabla N° 19*, sólo se incorporaron los errores típicos y los valores de β , que resultaron con significancia estadística.



Tabla N°19. Modelos de regresión *stepwise* (paso a paso) con los factores de *Carga Mental de Trabajo* como variable criterio y variables laborales, variables biopsicosociodemográficas, las condiciones del ambiente de trabajo y aspectos relacionados con salud como variables predictoras

Variables Predictoras	Modelo N°1		Modelo N°2		Modelo N°3	
	<i>Carga Mental de Trabajo global</i>		<i>Demandas cognitivas y complejidad de la tarea</i>		<i>Organización temporal del trabajo</i>	
	<i>b</i>	β	<i>b</i>	β	<i>b</i>	β
Antigüedad en el puesto	-0,047		0,051		-0,148	
Desempeña otras funciones a la asistencial	-0,097		-0,016		-0,044	
Trabaja en otra institución	0,045		-0,004		-0,001	
Situación contractual	0,102		0,043		-0,001	
Nivel de estudios	0,093		0,164	0,205*	0,228	0,212*
	(E.S)		(0,057)		(0,084)	
Sexo	0,156	0,175*	-0,099		-0,064	
	(E.S)	(0,063)				
Edad del trabajador/a	0,007		-0,025		0,013	
Situación de pareja	-0,030		0,078		-0,133	
Número de hijos	-0,029		-0,036		0,035	
Edad hijo/a mayor	0,018		-0,016	-0,231**	-0,037	
	(E.S)		(0,005)			
Edad hijo/a menor	-0,010	-0,188*	0,060		-0,105	
	(E.S)	(0,004)				
Hijos/as a su cargo	0,011		0,073		-0,070	
Familiares a su cargo	-0,021		-0,053		-0,036	
Apoyo en tareas domésticas	-0,051		0,002		-0,087	
Consulta médica en los últimos 12 meses	0,074		0,044		0,035	
Licencia médica en los últimos 12 meses	0,028		-0,083		-0,023	
Alteración de salud dignosticada	0,079		-0,063		0,258	0,164*
	(E.S)				(0,117)	
Percepción de salud del trabajador/a	-0,028		0,079		-0,061	
Temperatura en su puesto de trabajo	0,041		0,051		0,038	
Iluminación en su puesto de trabajo	0,035		0,096		-0,006	
Ruido en su puesto de trabajo	-0,076		-0,059		-0,014	
Espacio en su puesto de trabajo	0,020		-0,007		0,004	
Condiciones de higiene en su puesto de trabajo	0,064		-0,090		0,089	
Dimensión <i>Exigencias Psicológicas</i>	0,062	0,408**	0,078	0,383**	0,075	
	(E.S)	(0,010)	(0,014)			
Dimensión <i>Trabajo activo y desarrollo de habilidades</i>	0,111		-0,104		0,109	
Dimensión <i>Apoyo social y calidad del liderazgo</i>	0,017		-0,180		0,050	
Dimensión <i>Compensaciones</i>	0,021	0,149*	-0,051		0,079	
	(0,010)					
Dimensión <i>Doble presencia</i>	0,038	0,182*	-0,022		0,128	0,334**
	(0,016)				(0,030)	
Constante	2,386		2,613		1,317	
R2	0,345		0,294		0,139	
R2 corregida	0,324		0,280		0,123	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Continuación *Tabla N°19*. Modelos de regresión *stepwise* (paso a paso) con los factores de *Carga Mental de Trabajo* como variable criterio y variables laborales, variables biopsicosociodemográficas, las condiciones del ambiente de trabajo y aspectos relacionados con salud como variables predictoras

Variables Predictoras	Modelo N°4		Modelo N°5		Modelo N°6	
	<i>Consecuencias para la salud</i>		<i>Características de la tarea</i>		<i>Ritmo de trabajo</i>	
	<i>b</i>	β	<i>b</i>	β	<i>b</i>	β
Antigüedad en el puesto	-0,051		0,051		-0,034	
Desempeña otras funciones a la asistencial	-0,612	-0,317**	-0,014		0,000	
(E.S)	(0,133)					
Trabaja en otra institución	0,043		0,014		0,016	
Situación contractual	0,103		0,019		0,075	
Nivel de estudios	-0,167		0,176		0,100	
Sexo	0,340	0,191*	0,113		0,382	0,214*
(E.S)	(0,130)				(0,137)	
Edad del trabajador/a	-0,001		0,033		-0,058	
Situación de pareja	0,063		0,013		-0,097	
Número de hijos	-0,032		-0,074		0,058	
Edad hijo/a mayor	-0,002		0,082		-0,066	
Edad hijo/a menor	0,000		-0,017	-0,217*	-0,071	
(E.S)			(0,005)			
Hijos/as a su cargo	-0,024		0,014		0,067	
Familiares a su cargo	0,102		0,056		-0,120	
Apoyo en tareas domésticas	-0,117		0,009		0,047	
Consulta médica en los últimos 12 meses	0,057		0,151		-0,032	
Licencia médica en los últimos 12 meses	0,037		0,075		0,086	
Alteración de salud dignosticada	0,091		0,011		0,064	
Percepción de salud del trabajador/a	0,002		-0,065		0,007	
Temperatura en su puesto de trabajo	-0,046		-0,021		0,092	
Iluminación en su puesto de trabajo	0,035		0,038		0,005	
Ruido en su puesto de trabajo	-0,017		-0,170	-0,248**	-0,005	
(E.S)			(0,049)			
Espacio en su puesto de trabajo	0,055		0,018		0,017	
Condiciones de higiene en su puesto de trabajo	0,092		-0,023		0,131	
Dimensión <i>Exigencias Psicológicas</i>	0,089	0,294**	0,053	0,239**	0,109	
(E.S)	(0,022)		(0,016)			
Dimensión <i>Trabajo activo y desarrollo de habilidades</i>	0,116		0,128		-0,001	
Dimensión <i>Apoyo social y calidad del liderazgo</i>	0,125		0,037		-0,051	
Dimensión <i>Compensaciones</i>	0,112		0,035		0,000	
Dimensión <i>Doble presencia</i>	0,082	0,191*	0,058	0,189*	0,048	0,172*
(E.S)	(0,031)		(0,022)		(0,021)	
Constante	2,186		3,478		2,607	
R2	0,294		0,249		0,085	
R2 corregida	0,276		0,230		0,073	

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$

Se consiguió el modelo de regresión N°1, en donde la dimensión *Exigencias Psicológicas*, la edad del hijo/a menor, la dimensión *Doble Presencia*, el sexo del trabajador/a y la dimensión *Compensaciones*, explican conjuntamente el 32,4% de la *Carga Mental Global* como variable criterio ($F(5,155) = 16,306; p \leq .001$). Se indica que este modelo presenta una variabilidad muy similar al modelo de regresión lineal obtenido con anterioridad, considerando la CMT global como variable criterio y solo las dimensiones de *Riesgos Psicosociales* como variables predictoras. Los valores de β se mantienen estables de un modelo a otro lo que otorga solidez a lo planteado en relación a que las dimensiones *Exigencias psicológicas* y *Doble presencia* explican parte de la variabilidad de la CMT global, en este grupo de trabajadores, pero deja un porcentaje importante de la misma sin explicación por lo que se hace necesario medir CMT con un instrumento específico. Por otra parte, llama la atención que el modelo N°1 excluya la dimensión *Trabajo activo y desarrollo de actividades*, cuando al análisis multifactorial ingresan variables biosociodemográficas con valores de β significativos, los cuales señalan que son las mujeres del equipo de salud y quienes tienen hijos/as pequeños quienes perciben una mayor CMT global. En este sentido se refuerza la idea teórica de que la *Carga Mental de Trabajo* global es un constructo multidimensional, resultado de la interacción entre las demandas de la tarea, las características de la persona y de la situación ⁽¹⁰²⁾.

Se muestra el modelo N°2, en el cual se incorpora como variable criterio el factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*, y como variables predictoras la dimensión *Exigencias psicológicas*, la edad del hijo/a menor y el nivel de estudios, se asociaron de manera significativa a este riesgo psicosocial. Dichas variables explican conjuntamente el 28% de las *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea* ($F(3,157) = 21,755; p \leq .000$). El valor de β para la dimensión *Exigencias psicológicas*, robustece el fundamento ya analizado en relación a la asociación de esta dimensión con aspectos de CMT. Además entrega mayor fundamentación a la idea de que los trabajadores/as de UPC, están expuestos/as a altos niveles de desgaste mental producto de su trabajo ^(60,133,138,178,248), los que son percibidos y reportados por ellos/as. Por otra parte, los valores de β para las variables edad de los hijos/as y nivel de estudios, indican que a menor edad de los hijos/as y mayor nivel de estudios, la percepción de CMT en el factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*, es más alta, lo que muestra la influencia de estas variables en el resultado obtenido, lo cual ya fue analizado en los resultados bivariados.

Luego se presenta el modelo N°3, que considera como variable criterio al factor *Organización temporal del trabajo*, y como variables predictoras significativas para este factor de CMT, la dimensión *Doble presencia*, el nivel de estudios y tener una alteración de salud diagnosticada. Dichas variables explican el 12,3% de la variabilidad del factor *Organización temporal* ($F(3,157)=8,453; p \leq .001$). En este modelo se destaca la exclusión de la variable apoyo en las tareas domésticas (que resultó significativa en el análisis bivariado) y la incorporación como variable predictora de la dimensión *Doble presencia*. Se puede considerar ambas variables relacionadas, por cuanto tendrían similares fuentes explicativas, las cuales ya han sido descritas a lo largo de la investigación. El valor de β obtenido por esta dimensión, indica que a mayor percepción del riesgo psicosocial *Doble presencia*, aumenta la percepción de CMT en el factor *Organización temporal del trabajo*. Esta asociación de variables permite hacer visible el peso de las preocupaciones o responsabilidades domésticas del trabajador/a en el desempeño de su tarea, más aún cuando un gran porcentaje del equipo son mujeres ^(134,257). Otro aspecto a destacar de este modelo es que ingresa la variable nivel de estudios, la que no había conseguido significancia estadística en el análisis bivariado. Teniendo presente que esta variable, en el bivariado no resultó ser significativa ($p \leq .073$), si lo fue en la regresión múltiple, análisis que considera el control de la variabilidad de todas las variables predictivas, para el factor de estudio. En este sentido, el valor β de dicha variable, muestra que a mayor nivel de estudios aumenta la percepción de CMT en el factor en análisis. Resultado esperado, ya que este factor de CMT se relaciona con el tiempo disponible para desarrollar las tareas, el tiempo para la toma de decisiones, entre otros aspectos ⁽⁹⁹⁾, lo que en estas unidades suele ser escaso para las categorías profesionales, especialmente médicos/as y enfermeras/os, según lo reportado en la literatura revisada ^(56,178,193).

Se observa el modelo N°4, en donde la variable criterio fue el factor *Consecuencias para la salud* y, desempeña otras funciones a la asistencial, la dimensión *Exigencias psicológicas*, sexo y la dimensión *Doble presencia*, fueron las variables predictoras que explican de manera significativa este factor de CMT. Dichas variables determinan conjuntamente el 27,6% de la variabilidad del factor en análisis ($F(4,156)=12,656; p \leq .001$). El valor de β para la variable predictora desempeña otras funciones a la asistencial, refuerza el hallazgo obtenido en el análisis bivariado en relación a que los trabajadores/as que no desempeñan actividades de colaboración dentro de la unidad, generalmente de gestión, perciben un mayor nivel de CMT para este factor. Se postula que

éstos/as pudieran percibir un alto nivel de agotamiento y fatiga al mantenerse sólo realizando tareas de asistencia, por el contrario quienes si ejecutan otras funciones, pudieran considerarlo como un factor motivacional ⁽¹⁰²⁾, lo que les permitiría percibir un menor nivel de CMT.

Por otra parte, los valores de β obtenidos en el análisis de regresión para las dimensiones *Exigencias psicológicas* y *Doble presencia*, demuestran empíricamente el efecto en la salud de los trabajadores/as que perciben elevados niveles de exposición a Riesgos psicosociales, se destaca que todos los modelos teóricos y las conceptualizaciones utilizadas en esta investigación señalan esta asociación ^(76,77,80,86,98,102,104), adicionalmente, expertos en la temática mencionan que la preocupación por estudiar los riesgos psicosociales a nivel laboral surge fundamentalmente por la posible relación de éstos con alteraciones de salud, destacando que en el contexto de trabajo actual, los riesgos psicosociales alcanzan niveles alarmantes, por lo que son considerados una amenaza para la salud pública ^(43,71).

El valor de β para la variable sexo, evidencia que son las mujeres de las UPC quienes perciben un mayor nivel de CMT en el factor *Consecuencias para la salud*. Resultado evidenciado en el análisis bivariado de esta investigación y relacionado a que probablemente un alto porcentaje de trabajadoras de las unidades participantes presenten una doble jornada producto del trabajo doméstico y el trabajo remunerado ^(247,257), lo que genera en ellas mayor agotamiento y fatiga, lo que explica el resultado reportado en este análisis.

Se muestra en el modelo N°5 donde la variable criterio fue el factor *Características de la tarea* y, como variables predictoras el ruido en su puesto de trabajo, la dimensión *Exigencias psicológicas*, edad del hijo/a menor y la dimensión *Doble presencia*, las que influyen de forma significativa en este factor de CMT. Dichas variables determinan conjuntamente el 23% de la variabilidad del factor de CMT *Características de la tarea* ($F(4,156)=16,278$; $p \leq .001$). Según los valores de β , la inadecuada percepción de ruido y tener hijos/as pequeños/as influye en la percepción de CMT para este factor. Igual resultado se obtuvo en el análisis bivariado, donde ambas variables ya fueron analizadas. Resulta interesante que en este modelo en análisis, se incorpora la dimensión *Exigencias psicológicas*, y sean excluidas las variables tipo de contrato y nivel de estudios, las cuales fueron significativas en el análisis bivariado. Se postula que en el multivariado, ambas variables pudieran ser explicadas por las *Exigencias psicológicas*, especialmente en este grupo de trabajadores. Se señala que teóricamente el factor *Características*

de la tarea da cuenta de interrupciones en el trabajo, la realización de tareas simultáneas, alta concentración, entre otros aspectos ⁽⁹⁹⁾, que se relacionan directamente a las exigencias y demandas mentales, necesarias en el desempeño diario de estos/as trabajadores, otros estudios refuerzan el contexto de trabajo señalado ^(134,163,243).

Se indica que según el valor de β de la dimensión *Doble presencia*, quienes perciben un mayor nivel de exposición a este riesgo psicosocial, perciben un mayor nivel de CMT para el factor analizado. Al respecto es pertinente indicar que los/as trabajadores que se mantiene preocupados por aspectos domésticos, requerirán de mayor concentración para la ejecución de sus tareas, tendrán más interrupciones (llamadas desde y hacia el hogar), lo que sin duda pudiera aumentar la percepción de CMT para este factor.

Finalmente, se obtuvo el modelo N°6 donde la variable criterio fue el factor *Ritmo de trabajo* y, las variables predictoras que explican de manera significativa este factor de CMT, son el sexo del trabajador/a y la dimensión *Doble presencia*. Dichas variables determinan conjuntamente el 7,3% de la variabilidad del factor *Ritmo de Trabajo* ($F(2,158)=7,306; p \leq .001$). Se reconoce el bajo valor predictivo de este modelo, pero como se ha indicado a lo largo de toda la investigación, este factor de CMT, presenta complicaciones para su análisis desde su consistencia interna ^(55,157). Se expone que según el valor β , de la variable sexo, son las trabajadoras de las UPC participantes quienes perciben una mayor CMT en el factor *Ritmo de trabajo*, resultado que ya fue analizado en las diferencias de medias.

Se destaca la exclusión de variables significativas del análisis bivariado y el ingreso al modelo de la dimensión *Doble presencia*. Se menciona que la asociación obtenida entre estas variables, reporta que cuando el trabajador/a percibe mayores interacciones entre el trabajo remunerado y el trabajo doméstico, es decir, *Doble presencia*, aumenta la percepción de CMT para el factor en análisis. Resultado esperado ya que en estas unidades permanentemente las tareas se realizan a un ritmo acelerado y exigente ^(60,193), el que muchas veces no permite realizar las pausas reglamentarias ni disponer del tiempo necesario para las actividades en estas unidades, de esta manera cuando además de las exigencias laborales el trabajador/a debe responder a problemáticas del hogar, se siente sobrecargado/a, lo que aumenta su percepción de CMT.

3.3.4) Comparativo entre las instituciones de salud participantes y el nivel de exposición a Riesgos psicosociales por dimensión

Tabla N°20. Análisis de Varianzas entre las UPC de las instituciones de salud participantes y las dimensiones de *Riesgos psicosociales*

Variables		Dimensiones de <i>Riesgos psicosociales</i>										
		<i>Exigencias psicológicas</i>			<i>Trabajo activo y desarrollo de habilidades</i>		<i>Apoyo social y calidad del liderazgo</i>		<i>Compensaciones</i>		<i>Doble presencia</i>	
		<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>	<i>Media</i>	<i>D.E</i>
Institución de Salud	UPC Hospital 1	147	12.13	2.86	7.32	2.65	6.97	2.95	5.36	2.95	3.83	2.33
	UPC Hospital 2	102	11.73	2.86	6.30	2.57	6.08	2.78	3.87	3.13	3.53	2.05
	UPC Hospital 3	130	11.42	2.62	6.52	2.27	6.29	2.73	4.60	2.87	3.52	1.84
			<i>F= 2.287</i>		<i>F= 5.920</i>		<i>F= 3.463</i>		<i>F= 7.641</i>		<i>F= .968</i>	
			<i>p=.103</i>		<i>p=.003*</i>		<i>p=.032</i>		<i>p=.001**</i>		<i>p=.381</i>	

Previo al análisis de los resultados significativos inter-grupos, se indica que los resultados que no resultaron significativos, entregan información relevante. En este sentido se observa que en las dimensiones *Exigencias psicológicas*, *Apoyo social y calidad del liderazgo* y *Doble presencia*, aunque las diferencias entre unidades no generaron significancia estadística, los niveles de exposición a riesgos psicosociales reportados por los trabajadores/as oscilan entre medio a alto. Aspectos que ya fueron discutidos en el análisis descriptivo y que se relacionan con actividades demandantes, imprevistas con escaso tiempo para ejecución de tareas y la toma de decisiones inmediatas en el trabajo con personas vulnerables. También esto se relaciona con la falta de apoyo social e injusticia organizacional y la preocupación que genera en el trabajadores/a el trabajo doméstico y/o familiar, el cual se adiciona al trabajo remunerado. Especial cuidado deben colocar las autoridades estas instituciones con el objetivo de disminuir los riesgos psicosociales en este estudio. Son numerosas las evidencias empíricas y teóricas presentadas en esta investigación, en donde se menciona que de mantenerse esta situación en las unidades participantes, junto con afectar al equipo de trabajo en su totalidad, pudiera resultar, que la atención y el cuidado entregado a los usuarios sea de menor calidad ^(71,176,178,211,271), por lo que es prioritario intervenir, en cada una de las instituciones, con el objetivo de disminuir los niveles de exposición a riesgos psicosociales referidos en este estudio.

Se observa que existen diferencias (inter-grupos), entre las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) participantes y algunas de las dimensiones de *Riesgos psicosociales*. Específicamente, *Trabajo activo y desarrollo de habilidades* y *Compensaciones*. Se indica que con la finalidad de evaluar donde están estas diferencias a nivel inter-grupos se realizaron análisis “a posteriori” los cuales se presentan en detalle en la *Tabla N°21*.

Tabla N°21. Análisis “a posteriori” entre las percepciones de *Riesgos psicosociales* según instituciones de salud

Instituciones de salud	Exigencias Psicológicas	Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Apoyo social y calidad del liderazgo	Compensaciones	Doble presencia
UPC Hospital 1 – UPC Hospital 2	<i>n.s.</i>	<i>dif</i> \bar{x} = 1.016*	<i>n.s.</i>	<i>dif</i> \bar{x} = 1.488*	<i>n.s.</i>
UPC Hospital 1 – UPC Hospital 3	<i>n.s.</i>	<i>dif</i> \bar{x} = 0.797*	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
UPC Hospital 2 – UPC Hospital 3	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>

* $p \leq .05$; *n.s.* = no significativo

Se observa que los trabajadores/as de la UPC del Hospital 1 perciben, de manera significativa, una mayor exposición al riesgo psicosocial *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, que los trabajadores/as de las UPC del Hospitales 2 y 3. El *Trabajo activo y desarrollo de habilidades* ⁽²⁹¹⁾, la cual se desprende del modelo de Demanda-Control-Apoyo ⁽⁷⁶⁾, e incorpora aspectos como: (a) *las posibilidades de desarrollo en el trabajo*, (b) *el control sobre los tiempos de trabajo*, y (c) *la influencia y la libertad para la toma de decisiones*, se señala que estos dos últimos aspectos serían los que explican las diferencias entre las unidades, ya que las posibilidades de desarrollo se encuentran presentes en la UPC 1, la cual es una unidad docente que recibe estudiantes en sus últimos años de formación, lo que exige a todo el equipo mantenerse al día y entrega posibilidades de aprendizaje permanente, sumado que un porcentaje importante de los trabajadores/as están formados en la especialidad. En relación a los tiempos de trabajo, se señala que la toma de datos en UPC del hospital 1 fue durante el período entre mayo-julio (período invernal), por lo que aumentó la solicitud de feriados por causa de las vacaciones escolares de invierno, y se presentaron licencias por alteraciones respiratorias, lo que por momentos afectó la rotación y algunos trabajadores/as debieron asumir turnos extras o responsabilizarse con un

mayor número de actividades, lo que perturbó en su percepción de control, y pudiera estar influyendo en el resultado obtenido. Por otra parte, la libertad para la toma de decisiones, tiene que ver con el tipo de liderazgo ejercido dentro de estas unidades. Los trabajadores que se sienten participes en la toma de decisiones en su diario quehacer y perciben que sus superiores los motivan a ello, perciben un menor nivel de riesgos psicosociales ⁽²⁵²⁾. Al parecer este aspecto de liderazgo no es percibido así por los trabajadores de UPC del hospital 1, lo que daría cuenta del resultado obtenido para esta dimensión.

Por otra parte, los trabajadores/as de la UPC del Hospital 1 perciben las *Compensaciones* con un mayor nivel de riesgo que los trabajadores/as de la UPC del Hospital 2. Se señala que este resultado puede ser explicado por diversas causas. Primero, se indica que pudiera estar relacionado con aspectos de inseguridad respecto al contrato, según los datos arrojados en el análisis descriptivo, los trabajadores/as de la UPC del hospital 1 tienen un menor porcentaje con contrato indefinido y un mayor porcentaje de trabajadores a contrata y remplazantes, que la UPC del hospital 2. Al respecto, estudios realizados en médicos y enfermeras evidenciaron que la precarización de la situación contractual es un factor psicosocial negativo o de riesgo ^(251,292). En relación al reconocimiento económico, autoridades del hospital 2 informaron a la tesista que durante el primer semestre del 2013, los trabajadores/as de UPC de esta institución de la salud, habían recibido una mejora salarial, lo que pudiera haber sido tomado en cuenta por los funcionarios/as al momento de responder los instrumentos de esta investigación.

Otro aspecto que pudiera influenciar esta diferenciación entre unidades, es que los trabajadores/as de la UPC del hospital 1 perciban menos reconocimientos psicológicos por parte de sus pares y/o superiores. Según el modelo de esfuerzo-recompensa, este desbalance genera en los trabajadores una mayor percepción de riesgo psicosocial ⁽⁷⁷⁾. Sustentos empíricos respaldan lo señalado en el modelo de Siegrist, estudios realizados en médicos y enfermeras dieron cuenta que es una fuente de desgaste el trabajar bien y no recibir reconocimiento ^(249,261). Finalmente, según lo observado por la tesista, la UPC del hospital 1 tiene una separación geográfica importante, incluso la UCI se encuentra físicamente dividida (por problemas de espacio), lo que produce la necesidad de mayor movilidad en relación a los traslados entre unidades, un mayor desplazamiento para los trabajadores que se desempeñan como volante o los que trabajan en intensivo e intermedio durante el turno, según el fundamento entregado por los creadores del cuestionario de *Riegos*

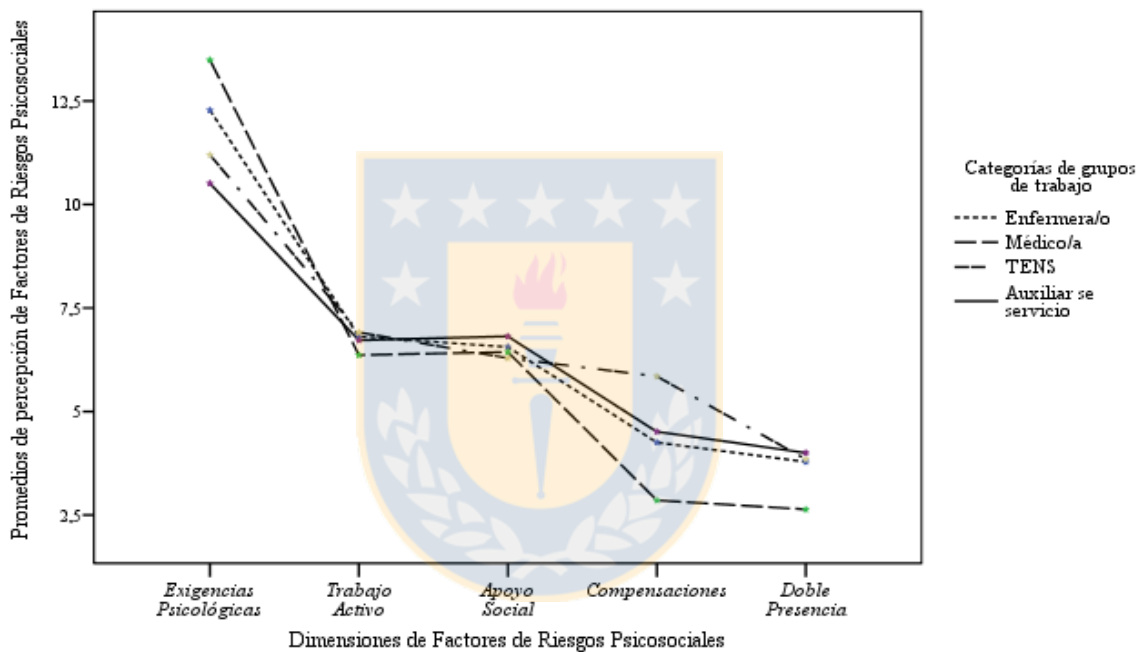
psicosociales, esto se encuentra inserto dentro de la inseguridad en las condiciones de trabajo ⁽⁸⁵⁾. Al contrario de lo descrito, casi la totalidad de la UPC del hospital 2 se encuentra unido en un mismo piso lo que reduciría la percepción de riesgo. Todo lo indicado pudiera explicar la diferencia generada intra-grupo para el riesgo *Compensaciones*.



3.3.5) Perfil de Riesgos psicosociales según grupos de trabajo (*) de las UPC participantes

Para obtener el perfil de *Riesgos Psicosociales* de los grupos de trabajo, se realizó un análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA), en donde la variable intersujeto fue grupos de trabajo con cuatro categorías (Enfermeras/os, médicos/as, TENS y auxiliares de servicio) y la variable intrasujeto fue *Riesgos Psicosociales*, con cinco niveles correspondientes a las dimensiones de dicha variable.

Figura N°9. Perfil de *Riesgos Psicosociales* en función de los grupos de trabajo



La homogeneidad multivariada de las varianzas se comprobó con la prueba M de Box, que resultó significativa ($F(45, 89653)= 1.80, p \leq .001$), por lo que se utilizó la Lambda de Wilks con criterio Pillai (Tabachnick y Fidell, 1989). El efecto principal de la variable grupos de trabajo, no fue significativa ($F(3,350)=1,235, (n.s), \eta^2=.10$) y se obtuvo un efecto principal de *Riesgos*

(*) Para realizar los perfiles de *Riesgos Psicosociales* y *Carga Mental de Trabajo* de distintos grupos profesionales, se utilizó análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA), con 354 trabajadores, a que se consideraron sólo cuatro categorías ocupacionales: médicos/as ($n=55$), enfermeros/as ($n=111$), técnicos de enfermería ($n=145$) y auxiliares de servicio ($n=43$). La razón para adoptar esta decisión es que son los grupo de trabajo de mayor tamaño (aunque el resto de los estamentos son igualmente relevantes para éste estudio, el n obtenido con ellos, genera complicaciones estadísticas), es por ello que en el análisis se mencionan como **grupos de trabajo** y no como categoría ocupacional.

Si se desea conocer las ANOVA por categorías ocupacionales estas se adjuntan en *Anexo P*.

Psicosociales ($F(4,347)=589,040$, $p\leq.001$, $\eta^2=.87$). Se consiguió una interacción significativa entre ambas variables ($F(12, 1047)= 9,18$, $p\leq.001$, $\eta^2= .09$) (*Figura N°9*).

En la *Figura N°9*, se observa que existen diferencias inter-grupos de trabajo por efecto del perfil de Riesgos psicosociales. Con el fin de conocer la significancia estadísticas de estas relaciones, es que se presentan en la *Tabla N° 22*, los análisis “a posteriori” de la interacción entre la variable intersujeto grupos de trabajo y la intrasujeto Perfil de *Riesgos psicosociales*.

Tabla N°22. Contrastes “a posteriori” entre grupos de trabajo para cada dimensión de Riesgos psicosociales

Categorías de grupos de trabajo	Exigencias Psicológicas	Trabajo activo y desarrollo de habilidades	Apoyo social y calidad del liderazgo	Compensaciones	Doble presencia
Médicos – Enfermeros	t= 2.77**	n.s.	n.s.	t= -2.95**	n.s.
Médicos – TENS	t= 5.46***	n.s.	n.s.	t= -6.58***	t= -3.68***
Médicos – Auxiliares	t= 5.52***	n.s.	n.s.	t= -2.83**	t= -3.22**
Enfermeros – TENS	t= 3.23**	n.s.	n.s.	t= -4.40***	n.s.
Enfermeros – Auxiliares	t= 3.71***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
TENS – Auxiliares	n.s.	n.s.	n.s.	t= 2.68**	n.s.

* $p\leq.05$; ** $p\leq.01$; *** $p\leq.001$; (n.s): no significativo

La *Tabla N°22* muestra que, en conjunto, el Perfil de *Riesgos psicosociales* de los Médicos/as, se diferencian significativamente del resto de los grupos de trabajo. Ya que son el grupo de trabajo que percibe un mayor nivel de riesgo psicosocial por *Exigencias psicológicas*, pero perciben menor exposición a los riesgos *Compensaciones* y *Doble presencia*. Se postula que existen claros fundamentos para explicar estos resultados. Los médicos/as en estas unidades son quienes toman las decisiones respecto al tratamiento médico, diagnostican la alteración de salud del usuario/as, determinan quienes ingresan y egresan de la unidad, entre otras acciones, de las cuales derivan muchas de las medidas tomadas por resto del equipo de salud. En este sentido, se localizaron artículos tanto a nivel nacional como internacional donde se hizo visible el abanico de responsabilidades y las competencias que estos profesionales deben tener para hacer frente a su trabajo ^(167,169,293), lo que da cuenta de las elevadas exigencias a las que estos/as profesionales están expuestos/as. Por otra parte, de todas las categorías ocupacionales que conforma el equipo

de salud en UPC, los médicos/as, producto de su posicionamiento social y administrativo en los ámbitos sanitarios, son quienes reciben mayores compensaciones de todo tipo. Lo que da cuenta del resultado en esta dimensión. Se adiciona a lo planteado, que la posibilidad de tener mejores ingresos, les permite poder contar con apoyo en los aspectos domésticos (asesora del hogar), lo que disminuiría la percepción de riesgos por *Doble presencia*.

Se visualiza que en la dimensión *Exigencias psicológicas* existen diferencias significativas entre todos los grupos de trabajo, excepto entre TENS y Auxiliares de Servicio. Es decir, su trabajo les genera un nivel de percepción de riesgo *Exigencia psicológica* similar. Por otra parte, se observa que los grupos de trabajo que tienen formación universitaria, perciben una mayor exposición a este riesgo psicosocial que el grupo de trabajo con formación de técnicos. Este resultado era de esperar, y tal como se indicó anteriormente, este grupo de personas tiene mayores responsabilidades en todos los ámbitos de desempeño. Esta investigación ya ha entregado luces al respecto, y son variados los estudios localizados, los cuales reportaron un alto nivel de exigencias psicológicas para los profesionales que se desempeñan en unidades críticas ^(178,197,221).

En relación a las dimensiones *Trabajo activo y desarrollo de habilidades* y *Apoyo social y calidad del liderazgo*, no hay diferencias estadísticamente significativas en el perfil de *Riesgo psicosocial*, según grupos de trabajo. Se observa en la *Figura N°9*, que el nivel de exposición al riesgo *Trabajo activo y desarrollo de habilidades*, para todos los grupos de trabajo incorporados en este análisis, se encuentra entre 5 y 7,5 que corresponde a un nivel medio de percepción de riesgo. Se indica que estas unidades son reconocidas por la posibilidad que otorgan a sus trabajadores/as de conseguir nuevos aprendizajes y desarrollarse laboralmente, ya que en ellas ingresan usuarios con patologías complejas, existen equipos de alta tecnología, se realizan procedimientos complejos entre otros aspectos. En este sentido, otras investigaciones señalaron que las personas deciden trabajar en estas unidades por las posibilidades de crecimiento profesional, la aplicación de conocimientos y el aprendizaje continuo ^(181,220), independiente de su categoría profesional.

Referente al *Apoyo social y calidad del liderazgo*, se postula que el grupo de trabajo no hace la diferencia en relación a este riesgo psicosocial, de esta manera, este resultado refuerza lo

planteado en relación a que existe un liderazgo jerarquizado, el cual es percibido con un alto nivel de riesgo por todos/as los trabajadores de UPC. Lo planteado ya fue fundamentado en el análisis descriptivo de esta dimensión.

Se observa también que los/as TENS perciben una mayor exposición al riesgo psicosocial *Compensaciones*. Resultado concordante con otros estudios realizados en ámbitos sanitarios donde se evidenció el alto desgaste físico y mental vivenciado por estos trabajadores/as al desempeñar su trabajo, el cual se percibe infravalorado y poco reconocido ^(153,238,250). Según el modelo de Siegrist, este grupo de trabajadores/as está expuesto a desbalance Esfuerzo-Recompensa ⁽⁷⁷⁾, que genera en ellos/as un mayor nivel de exposición a este riesgo psicosocial.

Y, por último, en la dimensión *Doble presencia* los/as médicos/as obtienen una media más baja que los y las enfermeros/as, TENS y auxiliares de servicio. Este resultado ya fue analizado, cuando se fundamentó las diferencias observadas en este estudio en relación al perfil de los médicos/as de UPC. Por una parte, los aspectos económicos hacen una gran diferencia en relación a este riesgo psicosocial, entre el personal médico y el resto del equipo. Y por otra parte, pudiera relacionarse con el sexo de los trabajadores. Al respecto se indica que de los 55 médicos/as participantes en este análisis un alto porcentaje son hombres, en comparación al resto de la plantilla del equipo de salud, donde más de la mitad de las trabajadoras son mujeres. Se postula que esto, pudiera adicionar respaldo para este resultado.

3.3.6) Comparativo entre las instituciones de salud participantes y el nivel de percepción de Carga Mental de Trabajo por factores

Tabla N°23. Análisis de Varianza entre las UPC de las instituciones participantes y los factores de Carga Mental de Trabajo

Variables		Factores de Carga Mental de Trabajo										
		Demandas cognitivas y complejidad de la tarea			Organización temporal		Consecuencias para la salud		Características de la Tarea		Ritmo de trabajo	
		N	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E
Institución de Salud	UPC Hospital 1	147	3.87	.06	2.87	.83	3.71	.87	3.88	.65	2.97	.85
	UPC Hospital 2	102	3.78	.52	2.57	.70	3.57	.84	3.58	.64	3.11	.85
	UPC Hospital 3	130	3.72	.55	2.70	.69	3.69	.84	3.62	.66	3.04	.85
		$F= 2.535$ $p=.081$			$F= 4.964$ $p=.007*$		$F= .922$ $p=.398$		$F= 8.159$ $p=.000**$		$F= .793$ $p= .453$	

En los resultados, se observan factores de CMT que no presentaron diferencias significativas entre las UPC participantes, sin embargo se destaca que los resultados obtenidos de manera global reportan una CMT tendiente a la sobrecarga (medio-alta) en los factores no significativos, especialmente en *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea* y *Consecuencias para la salud*.

Según lo analizado en esta investigación, es atractivo para los trabajadores/as sanitarios el desempeñarse en estas unidades críticas, ya que fomentan la realización profesional, otorgan prestigio dentro del ámbito sanitario, permiten adquirir habilidades técnicas, entre otros aspectos positivos⁽¹⁹⁷⁾. A pesar de ello, el desempeño de las tareas acarrea un sinnúmero de alteraciones tanto físicas como mentales a sus funcionarios. Las altas demandas cognitivas y complejidad de las tareas, la alta concentración, memorización, trabajo emocional, que requiere el trabajo en UPC, acarrea alteraciones somáticas y mentales en este grupo de trabajadores. Estudios reportan un alto porcentaje de problemas musculoesqueléticos, cardiovasculares, trastornos del sueño^(204,253,284), producto del trabajo realizado. Se indica que este contexto es similar para las tres unidades de paciente crítico participantes por lo que no se perciben diferencias entre ellas y es prioritario difundir estos resultados para que se tomen medidas recuperativas para quienes los padecen y preventivas para los futuros/as trabajadores.

En relación, a la UPC donde se desempeña el trabajador/a, existen diferencias inter-grupo estadísticamente significativas con dos factores de *Carga Mental de Trabajo*. Puntualmente, *Organización temporal* y *Característica de la tarea*. Con el propósito de apreciar específicamente donde se presentan estas diferencias se efectuó análisis “a posteriori”, el que se presenta en la *Tabla N°24*.

Tabla N°24. Análisis “a posteriori” entre las percepciones de *Carga Mental de Trabajo* según las UPC de las instituciones de salud participantes

Instituciones de salud	<i>Demandas cognitivas</i>	<i>Organización temporal</i>	<i>Consecuencias salud</i>	<i>Características de la tarea</i>	<i>Ritmo de trabajo</i>
UPC Hospital 1 – UPC Hospital 2	<i>n.s</i>	<i>dif \bar{x} = .301*</i>	<i>n.s</i>	<i>dif \bar{x} = .302*</i>	<i>n.s</i>
UPC Hospital 1 – UPC Hospital 3	<i>n.s</i>	<i>n.s</i>	<i>n.s</i>	<i>dif \bar{x} = .255*</i>	<i>n.s</i>
UPC Hospital 2 – UPC Hospital 3	<i>n.s</i>	<i>n.s</i>	<i>n.s</i>	<i>n.s</i>	<i>n.s</i>

**p* < .05; *n.s*: no significativo

La *Tabla N°24*, muestra las diferencias específicas entre los factores de *Carga Mental de Trabajo* y las UPC participantes. Se observa que el factor *Organización temporal de trabajo* es percibido con un mayor nivel de *Carga Mental de Trabajo* por los trabajadores/as de la UPC del hospital 1, comparados con los de la UPC del Hospital 2. Esta diferencia pudiera fundamentarse desde aspectos de gestión clínica. Al respecto se indica que la UPC del hospital 1, durante el tiempo de toma de datos, se encontraba en proceso de mejora y socialización de los protocolos clínicos, por lo que aún las actividades se ejecutaban según los criterios de cada turno o requerimientos individuales, lo que probablemente generaba variabilidad en la forma de realizar las tareas y alteraba los tiempos de desempeño. En la literatura revisada se encuentra evidencia al respecto, en donde se señala la importancia de protocolos de actuación clínica, ya que aportan en la racionalidad en el uso de los recursos y en la calidad de la atención, ya que unifica los criterios para la acción, no dejando margen a improvisaciones individuales ⁽²⁹⁴⁾, lo que disminuye los tiempos de ejecución de las tareas. Se indica que este aspecto pudiera estar actuando como diferenciado para la percepción de carga en este factor.

Por otra parte, en el factor *Características de la tarea*, se presentan diferencias intra-grupos con significancia estadística, de esta manera los trabajadores/as de la UPC del Hospital 1 perciben un mayor nivel de *Carga Mental de Trabajo* comparados con los trabajadores/as de la UPC del Hospital 2 y del Hospital 3. Este resultado se fundamenta desde dos aspectos, uno de ellos ya había sido mencionado, y es que la UPC del hospital 1 esta geográficamente dividida, los intermedios (quirurgico y médico) y la UCI A, están ubicadas en el tercer y cuarto piso de una torre antigua, en cambio la UCI B y neurocirugía están en el segundo piso de una torre nueva. De esta manera cada vez que es necesario trasladar a los usuarios/as, solicitar algún insumo o material, efectuar interconsultas, hay que movilizarse lo que altera los tiempos de desempeño para estos trabajadores/as.

Otro aspecto que explicaría este resultado es que los trabajadores de la UPC del hospital 1, perciben en un mayor porcentaje, inadecuadas condiciones ambientales de trabajo comparado con las otras UPC participantes. Se puntualiza que en el análisis descriptivo realizado en este estudio, muestra que los funcionarios/as de la UPC del hospital 1 perciben más ruido y encuentran el espacio más inadecuado en su puesto de trabajo que los funcionarios/as del hospital 2 y 3, lo que podría estar interfiriendo en la concentración para la óptima ejecución de las tareas y alterar el proceso de comunicación ⁽²⁹⁵⁾. Investigaciones realizadas en unidades críticas muestran que las UCI tienen variados elementos que contribuyen al ruido ambiental, lo que genera alteración en la concentración y complejiza la comunicación de los trabajadores ^(193,262).

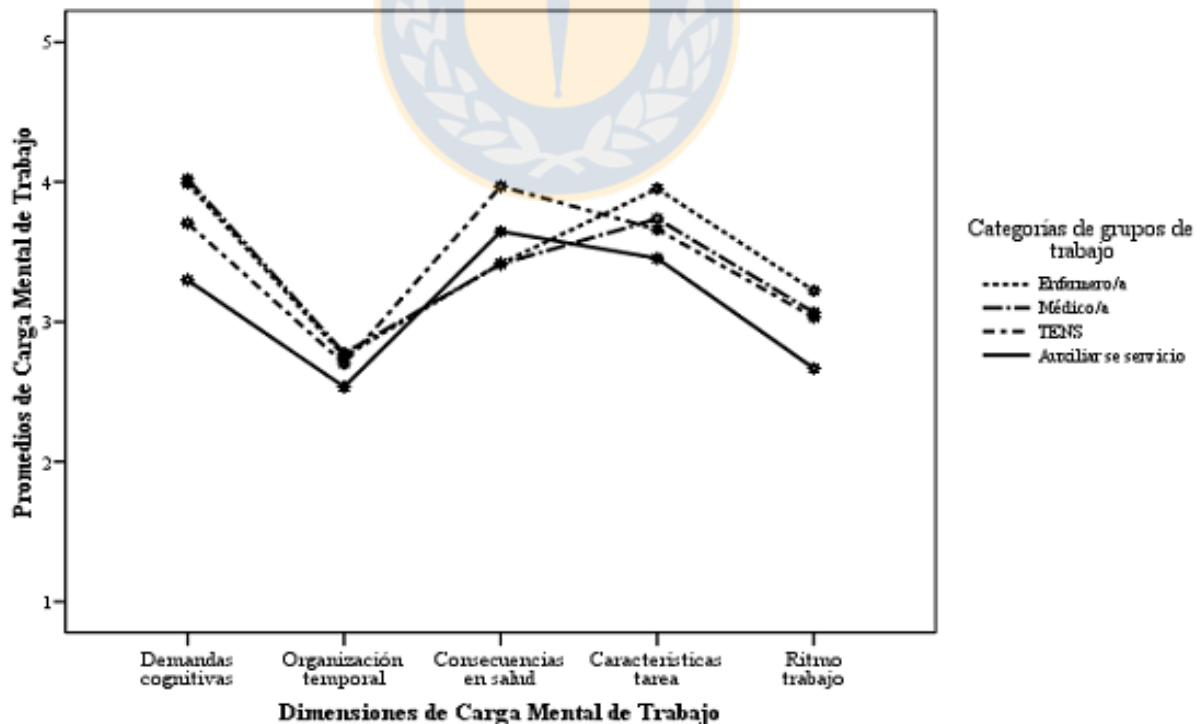
Se indica que ambos aspectos mencionados, pudieran aportar en la comprensión de los resultados significativos para este factor de CMT.

3.3.7) Perfil de Carga Mental de Trabajo según grupos de trabajo de las UPC participantes

Para realizar comparaciones de perfiles *Carga Mental de Trabajo* de los diversos grupos de trabajo, se realizó análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA), donde la variable intersujeto fue *grupos de trabajo* con cuatro categorías (Enfermeras/os, médicos/as, TENS y auxiliares de servicio) y la variable intrasujeto *Carga Mental de Trabajo*, con cinco niveles correspondientes a los factores de dicha variable.

La homogeneidad multivariada de las varianzas se comprobó con la prueba M de Box, que resultó significativa ($F(45,89653)= 1.80, p \leq .001$), por lo que se utilizó la Lambda de Wilks con criterio Pillai (Tabachnick y Fidell, 1989). Se obtuvo un efecto principal de la variable Grupos de trabajo ($F(3, 350)= 7.39, p \leq .001, \eta^2 = .06$) y un efecto principal de *Carga Mental de Trabajo* ($F(4, 347)= 124.72, p \leq .001, \eta^2 = .59$). Además, se obtuvo una interacción significativa entre ambas variables ($F(12, 1047)= 7.52, p \leq .001, \eta^2 = .08$) (Figura N°10)

Figura N°10. Perfil de *Carga mental* en las UPC participantes en función de grupos de trabajo



Se observa en la *Figura N°10*, que existen diferencias inter-grupos de la percepción de *Carga Mental de Trabajo*, por efecto de grupos de trabajo. Con el fin de conocer la significancia (inter-grupos) de estas relaciones, es que se presentan en la *Tabla N°25*, los análisis “a posteriori” de la interacción entre la variable intersujeto grupos de Trabajo y la intrasujeto *Carga Mental de Trabajo* con sus cinco factores.

Tabla N°25. Contrastes “a posteriori” entre grupos de trabajo para cada factor de *Carga Mental de Trabajo*

<i>Categorías de grupos de trabajo</i>	<i>Demandas cognitivas y complejidad de tareas</i>	<i>Organización temporal</i>	<i>Consecuencias salud</i>	<i>Características Tarea</i>	<i>Ritmo de trabajo</i>
Médicos/as – Enfermeros/as	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	$t = -2.04^*$	<i>n.s.</i>
Médicos/as – TENS	$t = 3.86^{**}$	<i>n.s.</i>	$t = -4.25^{**}$	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>
Médicos/as – Auxiliares	$t = 6.88^{**}$	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	$t = 2.16^*$	$t = 2.31^*$
Enfermeros/as – TENS	$t = 4.36^{**}$	<i>n.s.</i>	$t = -5.30^{**}$	$t = 3.61^{**}$	<i>n.s.</i>
Enfermeros/as – Auxiliares	$t = 7.45^{**}$	<i>n.s.</i>	<i>n.s.</i>	$t = 4.32^{**}$	$t = 3.64^{**}$
TENS – Auxiliares	$t = 4.55^{**}$	<i>n.s.</i>	$t = 2.25^*$	<i>n.s.</i>	$t = 2.47^*$

* $p \leq .05$; ** $p \leq .001$; (*n.s.*): *no significativo*

Se destaca que la *Figura N°10* y la *Tabla N°25* muestran en conjunto, que el perfil de *Carga Mental* de los/as auxiliares de servicio es significativamente distinto al del resto de los grupos de trabajo. Este aspecto es contradictorio, ya que podría hacer pensar que este grupo de trabajo, percibe una CMT más baja en la mayoría de los factores por lo que se encontraría en ventaja, comparado con el resto del equipo. Esta categoría ocupacional presenta valores cercanos a la subcarga o infracarga mental que de igual manera, un riesgo psicosocial, ya que genera una percepción de trabajo monótono y repetitivo, lo que conlleva a una desvaloración del trabajo realizado y de su persona ⁽¹⁰²⁾.

Por otra parte, se observa que los profesionales de estas unidades críticas (Médicos/as y Enfermeros/as), presentan un perfil similar. Ambos profesionales tiene las responsabilidades según categoría, el médico/a en el aspecto curativo y las enfermeras/as en lo que se refiere al cuidado de los usuarios/as críticamente enfermos ⁽²⁹⁶⁻²⁹⁷⁾, lo que los lleva a percibir una alta CMT, adicionalmente estos profesionales están permanentemente tomado decisiones con cierto grado de urgencia, lo que respaldaría el resultado obtenido.

En el factor *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea* se obtuvieron diferencias significativas entre todos grupos de trabajo, excepto entre médicos/as y enfermeros/as. Ya se indicó, que sus perfiles en relación a la CMT fueron similares, por lo que era esperable que en este factor no hubieran diferencias entre estas categorías. Otras investigaciones evidenciaron que este factor genera un mayor nivel de riesgo en los grupos profesionales, principalmente por las responsabilidades y complejidad de las tareas que estos ejecutan ^(133,167,197,221,238). Sin embargo, no se desconoce que los otros grupos de trabajo, también están expuestos a altas exigencias cognitivas en el desempeño de sus tareas.

En relación al factor *Organización temporal*, no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de trabajo analizados. Se observa en la *Figura N°10* que la mayoría de los trabajadores/as reportan un nivel medio de CMT. Es decir lo referente al tiempo disponible para la ejecución de tareas, es percibido por los funcionarios/as de forma similar, independiente del grupo de trabajo al cual pertenezcan. Investigaciones internacionales evidenciaron que en estas unidades el tiempo para ejecutar las tareas es generalmente escaso ^(56,178,193,250,298), lo que explicaría el resultado obtenido.

Se observa también que los/as técnicos en enfermería (TENS) obtienen puntuaciones significativamente más altas que los y las médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de servicios en el factor *Consecuencias para la salud*. Se señala que este grupo de trabajo está encargado de cumplir funciones de confort y otras actividades de apoyo, además de controles asignados directamente por la enfermera/o de turno, conforme al plan de cuidados definido para el usuario crítico ⁽¹⁶⁹⁾, dichas actividades requieren más demandas físicas que cognitivas, las cuales pudieran ser gatillantes de alteraciones de salud. Estudios realizados en contextos de trabajo similares, auxiliares de enfermería evidenciaron que la ejecución de su trabajo les genera alteraciones de salud principalmente musculoesqueléticas y cardiovasculares ^(202,211-212), las que muchas veces resultan invalidantes e interfieren en el binomio trabajo-familia, lo que genera mayor sobrecarga ⁽²⁸⁹⁾, lo que finalmente agudiza el problema de salud y se convierte en un círculo vicioso. Se señala que lo planteado entrega fundamentos claros para explicar el resultado obtenido.

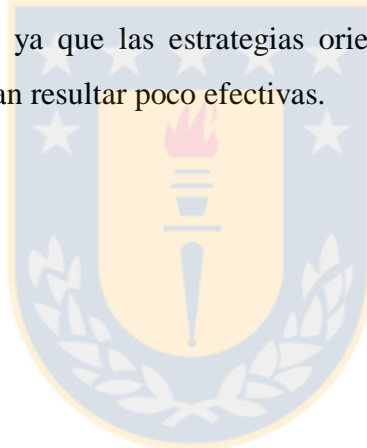
En el factor *Características de la tarea* se destaca la puntuación más alta obtenida por los enfermeros/as frente a los otros grupos de trabajo. Como primer aspecto, se indica que este grupo de trabajo tiene como centro de su quehacer el cuidado del usuario/a en estado crítico y la familia de éste, lo que generan en estos/as profesionales una elevada carga emocional producto de la ejecución de su trabajo ^(51,153,234).

Por otra parte, expertos en medicina intensiva, señalan que la gestión del cuidado, el conocimiento y experiencia de las enfermeras/os en el manejo de pacientes en estado crítico de salud, la capacitación para utilizar los equipos diagnósticos y terapéuticos, la responsabilidad del cuidado directo de los usuarios, liderar el equipo de enfermería, son características fundamentales en el desempeño de la tarea y del desempeño diario de estos/as profesionales ^(169,227,279), por lo que era de esperar la puntuación obtenida en este factor de CMT.

Se postula que todo lo descrito, les genera una alta demanda cognitiva, relacionada con multiplicidad de tareas, uso de recursos de memoria, concentración, percepción auditiva, visual, táctil, toma de decisiones complejas e inmediatas, resolución de conflictos, entre otras, lo que respalda el resultado obtenido en este análisis.

Y, por último, en el factor *Ritmo de trabajo* los y las auxiliares de servicios puntúan más bajo que los y las enfermeros/as, médicos/as y técnicos de enfermería (TENS). Referente a este grupo de trabajo, se señala que su trabajo es de suma importancia para el buen funcionamiento de estas unidades, ya que de estos dependen las condiciones higiénicas en los puestos de trabajo. Se indica que en la búsqueda bibliográfica no se logró encontrar estudios realizados en auxiliares de servicio en unidades críticas, si se localizó un estudio español en relación a los trabajadores de limpieza en general, el que está orientado a los riesgos laborales a los que estos trabajadores/as están expuestos, mencionan aspectos ergonómicos y alteraciones de salud, pero no mencionan aspectos relacionados con el ritmo de trabajo ⁽²⁹⁹⁾. Según lo observado por la tesista, estos trabajadores dan cuenta de tareas más bien rutinarias, sus tareas están bien establecidas y de manera muy puntual, deben alterar sus tiempos de desempeño, a diferencia del resto del equipo que de manera permanente deben lidiar con un ritmo de trabajo acelerado y exigente, lo que explicaría el resultado obtenido.

Finalmente, se destaca que los resultados arrojados por los perfiles de *Riesgos Psicosociales* y *Carga Mental* según grupos de trabajo, visibilizan la necesidad de proponer intervenciones a: (a) *Nivel primario*, las que dan cuenta de aspectos preventivos; (b) *Nivel secundario*, determinando la existencia de otros tipos de *Riesgos psicosociales* y sus posibles causas; y (c) *Nivel terciario*, en donde se implementen acciones tendientes a disminuir o reparar los daños ya generados por la exposición a riesgos psicosociales del trabajo ^(279,291), aquí presentados. Se postula que a todo nivel, los abordajes deben ser multidisciplinarios, basados en que los constructos o variables dependientes (*Riesgos Psicosociales* y *Carga Mental de Trabajo*) son multidimensionales, y requieren de variados actores para su implementación, ejecución, evaluación y seguimiento. Además deben ser planificadas según las necesidades y aspectos diferenciadores presentados a lo largo de esta investigación, tanto a nivel organizacional y grupal. Según lo observado en este estudio es relevante tomar en cuenta las diferencias reportadas por los perfiles, ya que las estrategias orientadas a dar una respuesta global o general del problema, podrían resultar poco efectivas.



3.3.8) Comprobación de hipótesis

Se indica que con los análisis bivariados y multivariados realizados en este estudio, se efectuó la comprobación de las siguientes hipótesis:

Cuadro N°3. Comprobación de las hipótesis propuestas para esta investigación

Hipótesis de Investigación	Análisis de comprobación
<p>Hipótesis N°1</p> <p>Los trabajadores/as que evalúan su quehacer con un alto nivel de exposición a los <i>Riesgos psicosociales</i> perciben una alta <i>Carga mental de trabajo</i>.</p>	<p>Con los resultados obtenidos en el análisis de correlación entre las dimensiones de <i>Riesgos psicosociales</i> y <i>Carga mental de trabajo</i>, así como los análisis de regresión lineales múltiples, ambos constructos reportaron que a mayor percepción de <i>Riesgos psicosociales</i>, es mayor la percepción de CMT</p> <p>Se acepta la hipótesis N°1</p>
<p>Hipótesis N°2</p> <p>Las mujeres que trabajan en las Unidades de Pacientes Críticos, refieren un mayor nivel de exposición a <i>Riesgos psicosociales</i> y una <i>Carga mental de trabajo</i> más alta que los hombres que se desempeñan en dichas unidades.</p>	<p>Fundamentado en los resultados obtenidos en los análisis de regresión lineal múltiple para <i>Riesgos psicosociales</i> y <i>Carga mental det</i>, se muestra que son las mujeres las que perciben un mayor nivel de exposición a <i>Riesgos psicosociales</i> y una percepción de CMT más alta, comparado con los hombres participantes en el estudio</p> <p>Se acepta la hipótesis N°2</p>
<p>Hipótesis N°3</p> <p>A mayor antigüedad en el puesto de trabajo, el nivel de exposición a los <i>Riesgos psicosociales</i> y la percepción de <i>Carga mental de trabajo</i> es más baja.</p>	<p>Los resultados obtenidos en la correlación de Pearson para CMT y el análisis de regresión lineal para <i>Riesgos psicosociales</i>, reportaron que los trabajadores/as con mayor antigüedad en el puesto perciben una menor exposición a <i>Riesgos psicosociales</i> y una percepción de CMT más baja.</p> <p>Se acepta la hipótesis N°3</p>

Continuación *Cuadro N°3*. Comprobación de las hipótesis propuestas para esta investigación

Hipótesis de Investigación	Análisis de comprobación
<p data-bbox="418 310 607 344"><i>Hipótesis N°4</i></p> <p data-bbox="256 424 773 676">A mayor percepción de apoyo en tareas domésticas, el nivel de exposición a los <i>Riesgos psicosociales</i> y la percepción de <i>Carga mental de trabajo</i> son más bajos en este grupo de trabajadores/as</p>	<p data-bbox="834 310 1471 562">A la luz de los resultados obtenidos en los contrastes de medias, se reportó que los trabajadores/as que refieren tener apoyo en las tareas domésticas perciben una menor exposición a <i>Riesgos psicosociales</i> y una CMT más baja.</p> <p data-bbox="977 642 1328 676">Se acepta la hipótesis N°4</p>
<p data-bbox="418 697 607 730"><i>Hipótesis N°5</i></p> <p data-bbox="256 810 773 1117">Los y las trabajadores/as que perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo, perciben también un mayor nivel de exposición a <i>Riesgos psicosociales</i> y una <i>Carga mental de trabajo</i> más alta.</p>	<p data-bbox="834 697 1484 1171">Tomando en cuenta los resultados obtenidos en las correlaciones de las dimensiones de <i>Riesgos psicosociales</i> y los factores de CMT con las variables condiciones ambientales de trabajo y los análisis de regresiones lineales para estas mismas variables, evidenció que los trabajadores/as que perciben inadecuadas condiciones ambientales de trabajo perciben un mayor nivel de exposición a <i>Riesgos psicosociales</i> y una CMT más alta.</p> <p data-bbox="997 1192 1321 1226">Se acepta hipótesis N°5</p>
<p data-bbox="402 1251 591 1285"><i>Hipótesis N°6</i></p> <p data-bbox="256 1365 737 1671">Enfermería es la categoría ocupacional que percibe una mayor exposición a <i>Riesgos psicosociales</i> en relación a las demás categorías que forman el equipo de trabajo de las UPC.</p>	<p data-bbox="834 1251 1471 1503">Según el análisis de varianza, se evidenció que en todas las dimensiones de los <i>Riesgos psicosociales</i>, son otras las categorías ocupacionales que perciben una mayor exposición a estos riesgos.</p> <p data-bbox="971 1633 1338 1667">Se rechaza la hipótesis N°6</p>

4) CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

En relación con la presente investigación, se concluye:

Respecto a la intensidad de los *Riesgos psicosociales* percibidos por los integrantes de equipo de salud de las UPC

El equipo de salud de las tres UPC participantes, en donde un poco más de la mitad de los trabajadores perciben un alto nivel de exposición a *Riesgos psicosociales*, específicamente en las dimensiones *Exigencias psicológicas* y *Doble presencia*.

Respecto a la intensidad de la *Carga mental de trabajo* percibida por los miembros del equipo de salud de las UPC

El equipo de salud de las tres UPC percibe en promedio una *Carga mental de trabajo global* media-alta.

Respecto a la influencia de los *Riesgos psicosociales* percibidos por los miembros del equipo de salud de las UPC en la percepción de *Carga mental de trabajo*

Se indica que existen dimensiones de *Riesgos psicosociales* que influyen en la percepción de la *Carga mental de trabajo*, específicamente en las dimensiones *Exigencias psicológicas* y *Doble presencia*.

Respecto a la influencia de las variables predictoras en la percepción de *Riesgos psicosociales* por parte de los trabajadores/as de UPC

Se concluye que existen variables predictoras que explican la variabilidad de los *Riesgos psicosociales*, entre las que se encuentran: nivel de estudios, edad del trabajador/a, sexo del trabajador/a, número de hijos/as, edad de los hijos/as y condiciones ambientales de trabajo (ruido, iluminación, espacio y condiciones de higiene en su puesto de trabajo).

Respecto a la influencia de las variables predictoras en la percepción de *Carga mental de trabajo* por parte de los trabajadores/as de UPC

Existen variables predictoras que explican los diversos factores de la *Carga mental de trabajo*, entre ellas: sexo del trabajador/a, nivel de estudios, edad de los hijos/as, alteración de salud diagnosticada, desempeña otras funciones a la asistencial, ruido en su puesto de trabajo, *Exigencias psicológicas*, *Doble presencia* y *Compensaciones*.

Respecto a la percepción de *Riesgos psicosociales* por parte de los trabajadores/as de UPC, según institución de salud

Existen diferencias estadísticamente significativas en dos dimensiones de *Riesgos psicosociales* (*Trabajo activo y desarrollo de habilidades* y *Compensaciones*) entre las UPC de las diversas instituciones de salud participantes.

Respecto a la percepción de *Riesgos psicosociales* por parte de los trabajadores/as de UPC, según grupos de trabajo (categoría ocupacional)

De forma general, los médicos/as presenta un perfil diferenciador respecto a los otros grupos de trabajo, percibiendo un alto nivel de riesgo psicosocial en la dimensión *Exigencias psicológicas* y un bajo nivel en las dimensiones *Compensaciones* y *Doble presencia*.

Respecto a la percepción de *Carga mental de trabajo* por parte de los miembros del equipo de salud de UPC, según institución de salud

Se observan diferencias significativas entre las UPC participantes, específicamente en dos factores de *Carga mental de trabajo* (*Organización temporal* y *Características de la tarea*).

Respecto a la percepción de los factores de *Carga mental de trabajo* por parte de los miembros del equipo de salud de UPC, según grupos de trabajo (categoría ocupacional)

Los auxiliares de servicio presentan un perfil de *Carga mental de trabajo* significativamente distinto al del resto de los grupos de trabajo, específicamente en los factores *Demandas cognitivas*, *Características de la tarea* y *Ritmo de trabajo*, con tendencia a la infracarga mental.

Respecto de si el trabajo de los integrantes del equipo de salud de las UPC participantes incide en su percepción de *Riesgos psicosociales* y *Carga mental de trabajo*

El trabajo realizado por los/as integrantes del equipo de salud en las Unidades de Pacientes Críticos incide en la percepción de *Riesgos psicosociales* y *Carga mental de trabajo* de éstos/as. La alta demanda cognitiva, las exigencias psicológicas, el ritmo de trabajo acelerado, la complejidad de las tareas, las interrupciones, entre otros aspectos, determinan un ambiente psicosocial que genera sobrecarga de mental de trabajo. Se señala que no sólo el trabajo influye en esta percepción negativa, ya que aspectos biopsicosociodemográficos, condiciones ambientales y aspectos de salud, también contribuyen a esta sobrecarga. Se destaca el Apoyo social percibido por los trabajadores/as de estas unidades, como un aspecto positivo que debe ser fomentado debido a su efecto amortiguador en la percepción de factores psicosociales negativos.



5) LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El desarrollo del presente estudio evidenció algunas limitaciones, tales como:

- A pesar de tener un bajo porcentaje (aprox 13%) que no participo en el estudio, no se descarta que todos/as ellos/as percibieran un alto nivel de exposición a los *Riesgos psicosociales y sobrecarga o infracarga mental de trabajo*. Aunque se trate de un porcentaje pequeño, la no participación de estos trabajadores podría afectar los resultados obtenidos, en concreto al sesgo del trabajador sano.
- Se señala como otra limitación, la utilización de la versión corta del cuestionario SUSESO-ISTAS 21. Aunque se reconoce que esta versión es válida, fiable y tiene claras ventajas respecto al tiempo de implementación, no es la recomendada para evaluar *Riesgos psicosociales* en el trabajo con detalles más específicos.
- Los resultados obtenidos, permitieron efectuar análisis que apuntan a visibilizar desigualdades entre hombres y mujeres en relación a la percepción de *Riesgos psicosociales* y *Carga mental de trabajo*, específicamente en la dimensión *Doble presencia* y el factor *Exigencias psicológicas*. Sin embargo, la forma operacional de recolectar los datos no permitió potenciar el analisis de género, ya que sólo se midió la variable sexo. Además, se indica que las diferencias numéricas, es decir el *n* obtenido, entre hombres (*n*=105) y mujeres (*n*=274), dificulta la comparación estadística entre ellos.
- Se quiere dejar constancia de lo complejo que fue presentar el proyecto en cuatro comités de éticas diferentes, con criterios y requerimientos disímiles, pues significó confeccionar tres consentimientos informados diferentes, exponer el proyecto ante el comité de ética en un hospital, en otro enviar el proyecto por escrito y en otra institución participante fue necesario asistir a 3 reuniones explicativas; todo lo expuesto retrasó la ejecución del proyecto en 6 meses aproximadamente.

6) SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES QUE EMERGEN DE ESTA INVESTIGACIÓN

A las instituciones de salud participantes

- *A nivel organizacional* se sugiere la mejora de las condiciones ambientales de trabajo, las cuales influyen en la percepción de los *Riesgos psicosociales*. Se debe enfatizar en la disminución de ruido en el ambiente de trabajo, en mejorar el espacio físico y la temperatura ambiental de las unidades. Así mismo, se sugiere que las jefaturas consideren algunos aspectos puntuales relacionados con: (a) realizar una distribución equitativa de turnos, (b) evitar la rotación de personal entre las unidades que conforman la UPC y (c) implementar lugares de descanso o pausas, adecuados y confortables.

A nivel grupal se recomienda realizar intervenciones diferenciadas por categorías ocupacionales, pues se observaron diferencias en la exposición de los diversos *Riesgos psicosociales* entre categorías.

Tomar medidas internas de mejora es una inversión a mediano y largo plazo, ya que a futuro estas instituciones tendrán trabajadores/as motivados/as para la ejecución de sus tareas, compenetrados con los objetivos de la institución, lo que impactará en la calidad de la atención y cuidados entregados a los usuarios/as externos y tributará a la satisfacción de los trabajadores/as.

A la disciplina de Enfermería

- Esta investigación hace visible la necesidad de generar teorías o modelos de Enfermería que den cuenta de los cuidados necesarios para prevenir los *Riesgos psicosociales* y promover ambientes laborales saludables. Reconociendo que los *Riesgos psicosociales* son un problema de salud emergente y generadores de un sinnúmero de problemáticas tanto a nivel físico, como mental, Enfermería debe crear el conocimiento suficiente para dar respuestas de cuidado a estas problemáticas.

A la academia de enfermeras

- Se recomienda a los programas de postítulo y postgrado (especialidades, maestrías y doctorados) a incorporar asignaturas o módulos que entreguen herramientas a los futuros/as enfermeros/as de la disciplina, en la prevención, promoción y gestión de los riesgos laborales, especialmente los psicosociales.
- Es necesario ampliar la investigación de estas temáticas hacia otras realidades laborales e incorporar algunas variables relevantes como el género, estilos de vida, entre otras. Se adiciona la importancia de efectuar investigaciones desde todos los abordajes metodológicos para triangular la información lo que aportaría a una mayor comprensión del fenómeno en estudio

A la profesión de Enfermería

- A las gestoras/es del cuidado se les recomienda fortalecer en los equipos de Enfermería aspectos de liderazgo, trabajo colaborativo, comunicación eficaz, entre otros, priorizando la formación continua en esta área, ya que los resultados de este estudio visibilizaron la importancia de estos aspectos como amortiguadores de la percepción de los niveles de *Riesgos psicosociales*. Es relevante promover un buen clima laboral dentro de las instituciones de salud, con el propósito de tener trabajadores/as sanitarios que estén en las mejores condiciones para entregar un cuidado de calidad a los usuarios/as, sus familias y la comunidad en general.

7) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez A. trabajo y mundialización. Una mirada desde la antropología. Ciencias Sociales. 2006; 3(3): 106 – 16.
2. Dejours C. trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo. Buenos Aires: Grupo editorial Lumen Hvmanitas; 2001.
3. Luque P, Gómez T, Cruces S. El trabajo: fenómeno psicosocial. En: Guillen C. Psicología del trabajo para relaciones laborales. España: Editorial Mc Graw Hill; 2000. p. 147 – 164.
4. Boada J, Ficapal P. Salud y trabajo. Los nuevos y emergentes riesgos psicosociales. Editorial UOC; 2012.
5. Noguera J. El concepto de trabajo y la teoría social crítica. Papers: revista de sociología. 2002; 68: 141 – 68.
6. Marx K. El capital. [Online]. México: Siglo XXI Editores. 1973. [Consultado 12 jun 2014]. Disponible en: <http://www.formacion.psuve.org/ve/wp-content/uploads/2010/10/51El-Capital-Karl-Marx.pdf>
7. Silva A, Mata M. La llamada revolución industrial. Caracas: Editorial Texto; 2005.
8. Moreno H. Salud laboral: Orígenes, evolución e importancia en el trabajo. Revista Hospitalidad-ESDAI. 2009: 91 – 107.
9. Yanes L. El trabajo como determinante de la salud. Salud de los trabajadores. 2003; 11(1): 21 – 42.
10. Escalona E. Relación salud-trabajo y desarrollo social: visión particular en los trabajadores de la educación. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(1): 1 – 19.

-
11. Vallebuona C. Enfermedades profesionales: un olvido de la salud pública. El vigía. Boletín de Vigilancia en Salud Pública en Chile. 2003; 6: 26-30.
 12. INFORM. Oficina de Biblioteca y Servicios de información. Tesoros OIT [On line]. Organización Internacional del trabajo. [Consultado 01 jun 2014]. Disponible en: <http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp>
 13. Coppée G. Los servicios de la salud en el trabajo y la práctica. En: Enciclopedia de Salud y seguridad en el trabajo. Organización Internacional del trabajo; 1998.
 14. Rodgers G, Lee E, Swepston E, Van Daele J. La Organización Internacional del trabajo y la lucha por la justicia social, 1919–2009 [On line]. Organización Internacional del trabajo. Resumen Ejecutivo. 2009. [Consultado 2 jun 2014]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/article/wcms_105048.pdf
 15. Organización Mundial de la Salud. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 60° Asamblea. WHA 60.26, 23 de mayo de 2007.
 16. Organización Internacional del trabajo. Salud y vida en el trabajo: un derecho humano fundamental. Suiza: OIT; 2009.
 17. Decreto con fuerza de Ley N°1, de 2002, del Ministerio del trabajo y Previsión Social y Sub-secretaría de Previsión Social. Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Código del trabajo. D.O 16.01.2003.
 18. Vives A, Jaramillo H. Salud laboral en Chile. Arch Prev Riesgos Labor. 2010; 13(3): 150 – 6.
 19. Decreto con fuerza de ley N° 725, de 1967, del Ministerio de Salud. Código Sanitario. D.O 31.01.1968.

-
20. Ley 16.744, de 1968, del Ministerio del trabajo y previsión social y Sub-secretaría de Previsión Social, que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. D.O 01.02.1968.
21. Ministerio de Salud. Salud Ocupacional.[On line]. Gobierno de Chile. [Acceso: 03/07/2014]. Disponible en: http://web.minsal.cl/SALUD_OCUPACIONAL
22. Parra M. Conceptos básicos en salud laboral. Santiago: OIT; 2003.
23. Hernández T, Terán O, Navarrete D, León A. El síndrome de Burnout: una aproximación a su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. Revista internacional la nueva gestión organizacional. 2007; 3(5): 50 – 68.
24. Thomas C, Power C. Do early life exposures explain associations in mid-adulthood between workplace factors and risk factors for cardiovascular disease? International Journal of Epidemiology. 2010; 39: 812 – 24.
25. Ranasinghe P, Perera Y, Lamabadusuriya D, Kulatunga S, Jayawardana N, Rajapakse S, Katulanda P. Work related complaints of neck, shoulder and arm among computer office workers: a cross-sectional evaluation of prevalence and risk factors in a developing country. Environmental Health. 2011; 10(70): 3 – 9.
26. Vargas P, Sánchez F, Medina E. Evaluación ergonómica en el área de armado en una empresa cauchera venezolana. Revista Actualidad y nuevas tendencias. 2010; 5: 7 – 22.
27. Mauro M, Muzi C, Guimaraes R, Mauro C. Riesgos ocupacionales en salud. Rev. Enferm UERJ. 2004; 12: 338-45.
28. Briceño C, Herrera R, Enders J, Fernández A. Estudios de riesgos ergonómicos y satisfacción laboral en el personal de enfermería. Revista de salud pública. 2005; 9(1): 53-9.

-
29. Hernández J. El desencuentro entre la salud mental y la salud de los trabajadores. Rev Cubana Salud Pública. 2006; 32(4).
30. Ochoa S, García J, Ramírez J. La salud Laboral en el mundo moderno. Elementos. 2011; 82:23 – 8.
31. Unión General de Trabajadores (UGT), Aragón, Secretaria de acción sindical, Salud laboral y Medio ambiente. Manual de riesgos psicosociales en el mundo laboral [On line]. Edición y gestión de Z.S.L; 2006. [Consultado 12 ago 2014]. Disponible en: <http://www.documentacion.edex.es/docs/0908UGTman.pdf>
32. Peiró JM. El Sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. Univ Psychol. 2004; 3(2): 179-86.
33. Gómez M, Ipiña A, Castañeda R. Carga mental y trabajo. Secretaria de salud laboral, UGT-CEC. Madrid: Blanca Impresores; 2010.
34. Díaz C. Actividad laboral y Carga mental de trabajo. Ciencia y trabajo. 2010; 12(36): 281 – 92.
35. Cortez I, Artazcoz L, Rodríguez M, Borrell C. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. Gac Sanit. 2004; 18(5): 351 – 9.
36. Taub M, Olivares V. Factores Psicosociales desde una perspectiva positiva. Ciencia y trabajo. 2009; 11(32): 27.
37. 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: 169-73.
38. Fernández V, Zarate R, Lartigue T. ¿Para qué estudiar el síndrome de *burnout* en el personal de enfermería en México? Precisiones metodológicas para el desarrollo de una

línea de investigación. *Revista Enfermería Universitaria*. 2010; 7(7): 23-35.

39. Meliá J, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Salanova M, Gracia D. Principios comunes para la evaluación de riesgos psicosociales en la empresa. En: Meliá J, Nogareda C, Lahera M, Duro A, Peiró JM, Pou R, Salanova M, Gracia D, De Bona J, Bajo J, Martínez F. *Perspectivas de intervención en Riesgos psicosociales. Evaluación de riesgos*. Barcelona: Foment del Treball Nacional; 2006.
40. Lancman S, Gracez M. Pensando novas práticas em terapia ocupacional, saúde e trabalho. *Rev Terapia Ocupacional Universidad de Sao Paulo*. 2002; 13(2): 44 – 50.
41. Organización Internacional de trabajo/Organización Mundial de la Salud. *Factores Psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención*. Ginebra: OIT/OMS; 1984.
42. Moreno B, Báez C. *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Ministerio de trabajo e Inmigración e Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo; 2010.
43. Martín J, Luceño L, Jaén M, Rubio S. Relación entre los factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional DECORE, y salud laboral deficiente. *Psicotherma*. 2007; 19(1): 95 - 101.
44. Román J. Factores de riesgos psicosociales laborales y salud física de los trabajadores. En: Varillas W. *Los trabajadores y la salud mental. El reto de la prevención y el tratamiento en un mundo enfermo*. Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2009.
45. González JL, Moreno B, Garrosa E, López A. Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Revista latinoamericana de psicología*. 2005; 37 (3): 477 – 92.
46. Cruz M, Chaves M, Barcellos R, Almeida L, De Oliveira I, Pedrao L. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Rev Cubana Enferm*. 2010; 26(1): 52-64.

-
47. Maslach C. Comprendiendo el *burnout*. Ciencia y trabajo. 2009; 11(32): 37 – 43.
48. Villanueva R, Albaladejo R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Rodríguez V. Epidemiología del síndrome de *burnout*. Rev ROL Enf. 2008; 31 (7-8): 509 – 18.
49. Rodríguez R, Roque Y, Molerio O. Estrés laboral, consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. Revista internacional de psicología [On line]. 2002; 3(1): 1 – 19. [Consultado 13 ago 2014]. Disponible en: <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/13/11>
50. Panizzon C, Luz A, Fensterseifer L. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. Rev Gaucha Enferm. 2008; 29(3): 391 – 9.
- 51 . Secco I, Robazzi M, Souza F, Shimizu D. Cargas psíquicas de trabalho e desgaste dos trabalhadores de enfermagem de hospital de ensino po Paraná, Brasil. Revista electrónica Saúde Mental Alcool e drogas. [Consultado 12 Ago 2014]. 2010; 6(1): 1-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80313414016>
52. Hacker W. carga mental de trabajo. En: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo, Organización Internacional del trabajo (OIT); 2001. [citado 12 mayo 2014].Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/29.pdf>
53. Cañas J. Personas y Máquinas. El diseño de su interacción desde la ergonomía cognitiva. Madrid: Ed. Pirámide; 2004. p. 105-20.
54. Ferrer R, Dalmau I. Revisión del concepto de carga mental: evaluación, consecuencia y proceso de normalización. Anuario de psicología. 2004; 35(4): 521-45.
55. Rolo G, Díaz D, Hernández E. Desarrollo de una escala subjetiva de carga mental de trabajo (ESCAM). Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones. 2009; 25(1):

56. Morillejo E, Pozo C. Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud. *Revista de Psicología del trabajo y de las Organizaciones*. 2001; 17(3): 273-94.
57. Ley N° 19.937, que modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria. (D.O 24.02.2004).
58. Hospital Clínico Regional de Concepción. Dr. Guillermo Grant Benavente. [On line]. Gobierno de Chile. [Consultado 19 jul 2012]. Disponible en: <http://www.hospitalregional.cl/centros.htm>
59. Ministerio de Salud. Servicio de Salud O'Higgins. Hospital Regional Rancagua. Manual Organizacional [On line]. Centro de responsabilidad. Unidad de Paciente crítico y Urgencia. [Consultado 10 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.hospitalrancagua.cl/manuales.htm>
60. Mininel V, Baptista P, Felli V. Psychic workloads and strain processes in nursing workers of Brazilian university hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2011; 19(2): 340 – 47.
61. Villanueva R, Albaladejo R, Ortega P, Astasio P, Calle M, Domínguez V. Epidemiología del síndrome de *burnout*. 2008; 31(7-8): 509 – 18.
62. Trucco M, Valenzuela P, Trucco D. Estrés ocupacional en personal de salud. *Rev. méd. Chile*. 1999; 127(12): 1453-61.
63. Rodríguez A, Pedreros M, Merino J. *Burnout* en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región, Chile. *Cienc Enferm*. 2008; 14(2):75 – 85.
64. Barrios S, Arechabala M, Valenzuela V. Relación entre carga laboral y *burnout* en

-
- enfermeras de unidades de diálisis. *Enferm Nefrol.* 2012; 15(1): 46-55.
65. Zazzetti F, Carricaburu M, Ceballos J, Miloc E. Prevalencia de síndrome de *burnout* en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en Argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica.* 2011; 17(2): 120 - 8.
66. Ezaias G, Gouvea P, Haddad M, Vannuchi M, Sardinha D. Síndrome de *burnout* em trabalhadores de saúde em um Hospital de Mediana complexidade. *Rev. Enferm. UERJ.* 2010; 18(4):524-9.
67. Bujalance J, Villanueva F, Guerrero S, Conejo J, González A, Sepúlveda A et al. *Burnout* y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001; 36(1):32-40.
68. Caregnato R, Lautert L. O estresse da equipe multiprofissional na Sala de Cirurgia. *Rev Bras Enferm.* 2005; 58(5):545-50.
69. Castillo A, Benavente S, Arnold J, Cruz C. Presencia de Síndrome de *Burnout* en Hospital El Pino y su relación con variables epidemiológicas. *Revista Anacem.* 2012; 6(1): 9 – 13.
70. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011 – 2020. Santiago de Chile; 2011.
71. Gil.-Monte P. Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Rev Perú Exp Salud Pública.* 2012; 29(2):237-41.
72. Elizalde A. Gobierno de Chile. Superintendencia de Seguridad Social. Cuestionario de Evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. SUSESISTAS 21; 2009.
73. Salanova M, Schaufeli W. ¿Cómo evaluar riesgos psicosociales en el trabajo? Prevención, trabajo y salud: revista del instituto de seguridad e higiene en el trabajo. 2002; 20: 4 – 10.

-
74. Lazarus R. Theory-based Stress Measurement. *Psychological Inquiry*. 1990; 1(1): 3 – 13.
75. Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzalez E. Research on work-related stress. European Agency for Safety & Health at work. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities; 2000.
76. Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
77. Siegrist J. Advance Health Effect of High-effort/Low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*. 1996; 1(1):27 – 41.
78. Vega S. NTP 603: Riesgo psicosocial: el modelo demanda - control- apoyo social. Ministerio del trabajo y asuntos sociales de España. [Acceso: 31/05/2012]. Disponible en:http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_603.pdf
79. Bucci N, Luna M. Contrastación entre los modelos de estudio del estrés como soporte para la evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo. REDIP. UNEXPO. VRB. 2012; 2(1): 21 – 38.
80. Karasek R. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Admin Sci Q*. 1979; 24:285 – 308.
81. Johnson J, Hall E. Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of public health*. 1988; 78(10): 1336 – 42.
82. Martín M. Estrés relacionado con el trabajo (Modelo de demanda-control-apoyo social) y alteraciones en la salud: una revisión de la evidencia existente. *Enferm Intensiva*. 2007; 18(4): 168 – 81.

-
83. De Jonge J, Van Veghel N, Shimazu A, Shaifeli W, Dormann C. A longitudinal test of demand-control Model using specific job demands and specific job control. *Int. J. Behav Med.* 2010; 17(2): 125 – 33.
84. López B, Osca A. El papel del modelo Demanda-control-apoyo en la salud de trabajadores de la construcción. *Psicodhema.* 2011; 23(1): 119 – 25.
85. Saavedra N, Fuentealba C, Pérez J. Gobierno de Chile. Superintendencia de Seguridad Social. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. SUSESO-ISTAS 21. Unidad de comunicación y extensión SUSESO; 2009.
86. Siegrist J. Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. *International Journal of Occupational Medicine and Environment Health.* 2010; 23(3): 279 – 85.
87. Shimazu A, Jonge J. Reciprocal relations between effort-reward imbalance at work and adverse health: a three-wave panel Surrey. *Social Science & Medicine.* 2009; 68: 60-8.
88. Bagaajav A, Myagmarjav S, Nanjid K, Otgon S, Chae Y. Burnout and Job stress among Mongolian doctors and nurses. *Industrial Health.* 2011; 49: 582 – 88.
89. Siegrist J, Rödel A. Work stress and health risk behavior. *Scand J Work Environ Health.* 2006; 32(6): 473 – 81.
90. Karasek R. El modelo demandas-control: enfoque social, emocional y fisiológico de riesgo de estrés y desarrollo de comportamientos activos. En: *Enciclopedia de salud y seguridad del trabajo.* Ginebra: OIT; 1998.
91. Molina J. Metanálisis: relacion entre los factores psicosociales en el trabajo y el absentismo laboral. *Med Secur Trab.* 2010; 56 (220):200 – 19.
92. Bustos E, Cobos G, Cruseño S, Ferreyra G, Mazzoni E, Molinero L, et al. Riesgos

-
- psicosociales en el trabajo. [On line]. “Métodos de evaluación para su prevención”. [Acceso: 30/05/2012]. Disponible en: http://www.riurhc.unc.edu.ar/descargas/7_5to_encuentro/encuentro/docs/Graciela%20Ferreira/trabajo%20completo%20mendoza.pdf
93. Widerszal M. Psychosocial risk in the workplace and its reduction. En: Handbook of Occupational Safety and Health. Ed. Danuta Koradecka CRC Press; 2010. p. 59 – 86.
94. Calnan M, Wadsworth E, May M, Smith A, Wainwright D. Job strain, effort--reward imbalance, and stress at work: competing or complementary models? Scand J Public Health. 2004; 32(2):84-93.
95. Griep R, Rotenberg L, Landsbergis P, Vasconcellos P. Combined use of job stress models and self-rated health in nursing. Rev Saúde Pública. 2011; 45(1):145 – 52.
96. Klein J, Frie K, Knesebeck O. Psychosocial stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. BMC Health Service Research. 2011; 11:109.
97. Tsutsumi A, Kayaba K, Theorell T, Siegrist J. Association between job stress and depression among Japanese employees threatened by job loss in a comparison between two complementary job-stress models. Scand Work Environ Health. 2001; 27(2): 146 – 53.
98. Siegrist J. Effort-reward imbalance and health in a globalized economy. SJWEH Suppl. 2008; (6): 163 – 68.
99. Díaz D, Hernández E, Rolo G, Galván E, Fraile, M, Loayssa G. Escala Subjetiva de carga mental (ESCAM). Tenerife: Instituto Canario de Seguridad Laboral. [On line]. 2010. [Acceso: 21/07/12]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/cicnt/icasel/documentos/manualcarga_mental.pdf.
100. UNE-EN ISO 10075-1:2001. Principios ergonómicos relativos a la Carga de trabajo

Mental. Parte 1: Términos y definiciones generales, Madrid: AENOR- Asociación Española de Normalización y Certificación, (31 de mayo 2001).

101. Young M, Stanton N. Mental Workload: Theory. Measurement and Application. En: W. Karwowski. International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors. Londres; Taylor& Francis; 2001.
102. Díaz D, Hernández E, Rolo G. Carga mental de trabajo. España: Ed. Síntesis; 2012.
103. Stacciarini J, Tróccoli B. Estresse Ocupacional. En: Trabalho em Transicao, saúde em risco. Editora Universidade de Brasília: Brasília, Brasil; 2002.
104. Wickens C. Multiple resources and mental workload. Human Factors and Ergonomics Society. 2008; 50(3): 449 – 55.
105. Wickens C, McCarley J. Applied Attention Theory. New York: Taylor&Francis grup; 2008. p. 129 – 43.
106. González J, Moreno B, Hernández E. carga mental y fatiga laboral. Teoría y evaluación. Madrid: Ediciones Pirámide; 2005. p. 49 – 55.
107. Cañas J, Waerns Y. Ergonomía cognitiva. Aspectos psicológicos de la interacción de las personas con la tecnología de la información. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 46.
108. Vidales I, Vidales F, Leal I. La percepción. En: Psicología general. México: LIMUSA; 2000. pp. 143 – 67.
109. Barón R. Sensación y Percepción. En: Psicología. 3ªed. México: Prentice Hall; 1997. p. 95 – 141.

-
110. Morris C, Maisto A. Sensación y percepción. En: Psicología. 10ª ed. México: Prentice Education; 2001. p. 93 – 143.
111. Vargas L. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*. 1994; 4(8): 47 – 53.
112. Popp M. Los conceptos fundamentales de la psicología. Barcelona: Heder; 1980. p.48.
113. Shiffman L, KanuK L. Comportamiento del consumidor. 8º ed. Pearson; 2005.
114. Rivera J, Arellano R, Molero V. Conducta del consumidor. Estrategias y tácticas aplicadas al marketing. Madrid: ESIC; 2000.
115. Rodríguez M. Factores Psicosociales de riesgos laboral: ¿nuevos tiempos, nuevos riesgos? *Observatorio laboral*. 2009; 2(3): 127 – 41.
116. Kalimo R, El-Batawi M, Cooper C. Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud [On line]. Ginebra: OMS; 1988. [Acceso:01/10/12]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/1988/9243561022_spa.pdf
117. Alavina S, Van Den Berg T, Van Duivenboodem C, Elders L, Burdorf A. Impact of work-related factors, lifestyle, and work ability on sickness absence among Dutch construction workers. *Scand J Environ Health*. 2009; 35(5): 325 – 33.
118. Catalina C, Corrales H, Cortes M, Gelpi J. Las diferencias de género en el nivel de exposición a riesgos psicosociales entre trabajadores/as de la Comunidad Autónoma de Madrid. Resultados preliminares del plan de investigación del estrés laboral de *Ibermutuamur*. *EduPsykhé*. 2008; 7(2): 185 – 200.
119. Cifre E, Salanova M, Franco J. Riesgos psicosociales de hombres y mujeres en el trabajo: ¿una cuestión de diferencias? *Gestión práctica de riesgos laborales*. 2011;82: 28 – 36.

-
120. Niedhammer I, Chastang J, David S. Importance of psychosocial work factors on general health outcomes in the national French SUMER survey. *Occupational Medicine*. 2008; 58: 15 – 24.
121. Watanabe M, Tanaka K, Aratake Y, Kato N, Sakata Y. The Impact of Effort-reward Imbalance on Quality of life among Japanese Working men. *Industrial Health*. 2008; 46: 217 – 22.
122. Inoue M, Tsurugano S, Yano E. job stress and mental health of permanent and fixed-term workers measured by Effort-Reward imbalance model, depressive complaints, and clinic utilizations. *J Occup Health*. 2011; 53: 93 – 101.
123. Juárez A. Factores psicosociales, estrés y salud en distintas ocupaciones: un estudio exploratorio. *Investigación en salud*. 2007; 9(1): 57 – 64.
124. Gómez V. Factores psicosociales del trabajo y su relación con la salud percibida y la tensión arterial: un estudio con maestros escolares en Bogotá, Colombia. *Ciencia y trabajo*. 2008; 10(3): 132 – 36.
125. Henrique M, Da Rocha V. Impact of the psychosocial aspect of work on the quality of life of teachers. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009; 31(1): 15 – 20.
126. Vallebuona C, Hoffmeister A. Encuesta Calidad de vida y salud: resultados en la población trabajadora [On line]. I Congreso Chileno de Salud Pública, 2007. [Acceso: 01/09/2012]. Santiago de Chile. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/ENCAVI_Trabajadores.pdf
127. Alvarado R, Marchetti N, Villalon M, Hirmas M, Pastorino M. Adaptación y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el trabajo en Chile: versión media del CoPcoQ. *Rev Chil Salud Pública*. 2009; 13(1): 7 – 16.

-
128. Sakata Y, Wada K, Tsutsumi A, Ishikawa H, Aratake Y, Watanabe M et al. Effort-reward Imbalance and depression in Japanese medical residents. *J Occup Health*. 2008; 50:498 – 504.
129. Malinauskiene V, Leisyte P, Malinauskas R. Psychosocial job characteristics, social support, and sense of coherence as determinants of mental Health among nurses. *Medicina (Kaunas)*. 2009; 45(11): 910 – 17.
130. Barcellos R, Cruz M, Da Silva L. Riscos ocupacionais e alteracoes de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidades de urgencia e emergencia. *Cienc Enferm*. 2010; 16(2): 69-81.
131. Juárez A. Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública de México*. 2007; 49(2): 109 – 17.
132. Enríquez C, Colunga C, Preciado M, Domínguez R, Ángel M. Factores psicosociales y estrés en el trabajo hospitalario de enfermería en Guadalajara, México. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*. 2011; 1(1): 23 – 6.
133. Pinho P, Araujo T. Trabalho de enfermagem em uma Unidade de Emergencia Hospitalar e trastornos mentais. *R Enferm UERJ*. 2007; 15(3): 329 – 36.
134. Camelo S, Angerami E. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de saúde da familia: percepcoes dos profissionais. *R Enferm UERJ*. 2007; 15(4): 502 – 7.
135. Stumm E, Botega D, Kirchner R, Da Silva L. Estressores e sintomas de estresse vicenciados por profissionais em um centro cirúrgico. *Rev. Min. Enferm*. 2008; 12(1):54 – 66.
136. Leitao I, Fernandes A, Ramos I. Saúde ocupacional: analizando os riscos relacionados a

-
- equipe de enfermagem uma unidade de terapia intensiva. *Cienc Cuid Saúde*. 2008; 7(4): 476 – 84.
137. Da Costa F, Vieira M, De Sena R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1): 38 – 44.
138. Guerrero J, Pulido G. trabajo, salud y régimen contractual en personal de enfermería: un enfoque psicosocial. *Av. Enferm*. 2010; 28(2): 111 – 22.
139. Aguirre Martínez R. Valuación ergonómica de carga mental y factores de riesgo psicosocial del trabajo, en profesionales, técnicos y administrativos de un centro de rehabilitación de salud mental privado. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2010; 10: 85 – 97.
140. Godoy L, Stecher A, Toro J, Ansoleaga E. Condiciones de trabajo, estilos de gestión y bienestar psicosocial: la percepción de médicos y enfermeras de hospitales públicos de Santiago de Chile. En: *Personas que cuidan a personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2012.
141. Díaz X, Mauro A. Riesgos psicosociales y salud mental de trabajadores y trabajadoras del sector salud en Chile. En: *Personas que cuidan a personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2012.
142. Díaz E, Rubio S, Martín J, Luceño L. Estudio psicométrico del Índice de carga mental NASA-TLX con una muestra de trabajadores españoles. *Revista psicología del trabajo y las organizaciones*. 2010; 26(3): 191 – 99.
143. Johnson A, Widayanti A. Cultural influences on the subjective mental Workload. *Ergonomics*. 2011; 54(6): 509 – 18.
144. Noriega M, Laurell C, Martínez S, Méndez I, Villegas J. Interacción de las exigencias de

-
- trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(4): 1011 – 19.
145. González E, Gutiérrez R. La carga de trabajo mental como factor de riesgo de estrés en trabajadores de la industria electrónica. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2006; 38(2):259 – 70.
146. Vilaret A, Ortiz A. carga mental y Síndrome de Burnout en docentes a tiempo completo de una universidad de Quito. *Revista EÍDOS*. 2013; 6: 36-47.
147. Weigl M, Müller A, Vicent C, Angerer P, Sevdalis N. The association of workflow interruptions and hospital doctors workload: a prospective observational study. *BMJ Qual Saf*. 2012; 21: 399 – 407.
148. Santos J, Oliveira E, Moreira A. Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro a saúde de terapia intensiva. *R Enferm UERJ*. 2006; 14(4):580 – 5.
149. Martins J, Robazzi M. El trabajo del enfermero en una unidad de terapia intensiva: sentimientos de sufrimiento. *Rev Latino-am Enferm*. 2009; 17(1): 52 – 8.
150. Salomé G, Martins M, Espósito V. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergencia. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2009; 62(6): 856 – 62.
151. Mauro M, Pinheiro M, Paz A, Silva V, Mauro C. Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010; 14(2): 244 – 52.
152. Paula G, Reis J, Dias L, Dutra V, Braga A, Cortez E. O sofrimento psíquico do profissional de enfermagem da unidade hospitalar. *Aquichán*. 2010; 10(10): 267 – 79.

-
153. Shumizu H, Couto D, Harmann E. Pleasure and suffering in intensive care unit nursing staff. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2011; 19(3): 565-72.
154. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación*. 5ª ed. McGraw-Hill Interamericana Editores: Perú, 2010.
155. Polit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 6ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
156. Landeros R, González M. *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México: Ediciones Universidad Autónoma de Nuevo León; 2005.
157. Ceballos P, Paravic T, Burgos M, Barriga O. Validación de Escala Subjetiva de carga mental de trabajo en funcionarios/as universitarios. *Cienc Enferme.* 2014; 20(2): 73-82.
158. Emanuel E, Wendler D, Grady C. What make clinical research ethical?. *JAMA.* 2000; 283(20): 2701-1.
159. Zarate Grajales R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enferm.* 2004; 13(44-45): 42-46.
160. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). *Las enfermeras una fuerza para el cambio. Un recurso vital en salud*. Ginebra, Suiza: International Council of Nurses; 2014.
161. Panunto M, Guirardello E. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev Latino-Am Enferm.* 2013; 21(3):765-72.
162. Burgess L, Irvine F, Wallymahmed A. Personality, stress and coping in intensive care nurse: a descriptive exploratory study. *Nursing in Critical Care.* 2010; 15(3): 129-40.
163. Lakanmaa R.L, Suominenb T, Perttilä J, Puukka P y Leino-Kilpi H. Competence

-
- requirements in intensive and critical care nursing — Still in need of definition? A Delphi study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2010; 28: 329-36
164. Moreno E, Villegas J, Prieto F, Nieto J. Efectos adversos, intercomunicación, gestión del conocimiento y estrategias de cuidados en enfermería intensiva. *Medicina Intensiva.* 2011; 35(1): 3-5.
165. Guido L, Goulart C, Silva R, Lopes L, Ferreira E. Stress and Burnout among multidisciplinary residents. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2012; 20(6):1064-71.
166. Álvares L, Prieto B. Prevalence of burnout syndrome in nursing staff of a third level hospital Boyacá, Colombia. *Enfermería Global.* 2013; 29:73 – 88.
167. Blanch J, Crespo J, Sahagún MA. Sobrecarga de trabajo, tiempo asistencial y bienestar psicosocial en la medicina mercantilizada. En: *Personas que cuidan a personas: dimensión humana y trabajo en salud.* Santiago de Chile: OPS/OMS; 2012.
168. Organización Internacional de trabajo (OIT). El tiempo de trabajo en el siglo XXI: Informe para el debate de la Reunión tripartita de expertos sobre la ordenación del tiempo de trabajo. Oficina Internacional del trabajo, Ginebra, OIT. [citado 10 jun 2014] 2011. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_162148.pdf
169. Sáez E, Infante A. Guías 2004 de organización y funcionamiento de unidades de pacientes críticos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva.* 2004; 19(4):209-23.
170. Roscani A, Guirardello E. Attention Demands in the Workplace and the Capacity to Direct Attention of Nurses. *Latino-Am Enferm.* 2010; 18(4):778-85.
171. Umann J, Guido L, Grazziano E. Presenteeism in hospital nurse. *Rev Latino Am Enferm.* 2012; 20(1): 159 -66.

-
172. De Melo K, Ferrz E. La relación estrés, resistencia y turno de trabajo en enfermeros de un hospital de enseñanza. *Enfermería Global*. 2013; 29:274 – 80.
173. Bezerra F; Da Silva T, Ramos V. Occupational stress of nurses in emergency care: review of the literatura. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(2): 151-6.
174. Preto V, Pedrao L. Stress among nurses who work at the intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(4): 841 – 8.
175. Dalri R, Robazzi M, Da Silva L. Riesgos ocupacionales y alteraciones de salud en trabajadores brasileños de Enfermería en unidades de urgencia y emergencia. *Cienc Enferm*. 2010; 16(2): 69 – 81.
176. Inoe K, Versa G, Murassaki Y, Melo W, Matsuda L. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(5): 722 – 9.
177. Organización Internacional del trabajo. Panorama Laboral 2013. América Latina y el Caribe. Oficina regional de la OIT para América latina y el Caribe. 2013. [Acceso: 20/05/2014]. Disponible en: http://www.ilo.org/americas/publicaciones/panorama-laboral/WCMS_232760/lang--es/index.htm.
178. Escribá V, Bernabé Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. *Gac Sanit*. 2002; 16(6): 487 – 96.
179. Pallarés A. El mundo de las Unidades de Cuidados Intensivos. La última frontera [tesis Doctoral]. España. Universidad Rovira I Virgili; 2003.
180. Fernández A, Juárez A, Arias F, González M. Agotamiento profesional en el personal de Enfermería su relación con variables demográficas y laborales. *Rev Enferm Inst Seguro Soc*. 2010; 18(1): 15 – 21.

-
181. Silva I, Da Cruz E, Trabalho da enfermeira intensivistas: um estudo da estrutura das representacoes sociais. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(3): 554 – 62.
182. Gobierno de Chile. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Estadísticas vitales. [citado 02 jun 2014] 2011. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2011.pdf
183. Alberca J. Adolescencia: cambios físicos y cognitivos. Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete. 1996; (11): 121-128.
184. Calvo A, Tartakowsky A, Maffei T. Transformaciones en las estructuras familiares en Chile. Gobierno de Chile. Ministerio de planificación. [citado 14 jun 2014] 2011. Disponible en: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/mideplan/transformac.fam.chilenas.pdf>
185. Cerruti M, Binstock G. Familias Latinoamericanas en transformación: desafíos y demandas para la acción pública. CEPAL. Series políticas sociales N°147. División desarrollo social. Santiago, Chile; 2009. [Acceso: 15/06/2014]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/37438/sps147-Familias-latinoamericanas.pdf>
186. Jofré V, Mendoza S. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. Cienc Enferm. 2005; 11(1): 37 – 49.
187. Vaqueiro S, Stieповich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Cienc Enferm. 2010; 16(2): 9 – 16.
188. Jofré V. El cuidado informal como objeto de estudios. Cienc Enferm. 2011; 17(2): 7-8.
189. Luengo C, Araneda G, López M. Factores del cuidador familiar que influye en el

-
- cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index Enferm.* 2010; 19(1): 14 – 18.
190. Leyva-Moral J, Mogeda-Marina N. Necesidades psicosociales del cuidador informal. *Rev Rol Enf.* 2008; 31(3): 196 – 99.
191. Astudillo P, Alarcón A, Lema M. Protectores de estrés laboral: percepción del personal de Enfermería y médicos, Temuco, Chile. *Cienc Enferm.* 2009; 15(3):111-22.
192. Rodrigues V, Ferreira A. Factores generadores de estrés en enfermeros en Unidades de Terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011; 19(4):1025-32.
193. Silva M, De Medeiros M, Cartaxo A. Influencia del contexto de trabajo en la salud de los profesionales de enfermería en una unidad de cuidados intensivos en un hospital universitario. *Enfermería Global.* 2013; 32: 185 – 97.
194. Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°594. Aprueba reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo, (29 abril 2000).
195. Eurofound. En: *European Industrial Relations Dictionary.* 2011. [Acceso: 28/05/2014]. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/industrialrelations/dictionary/definitions/workingconditions.htm>
196. Furtado B, Araujo J. Percepcao de enfermeiros sobre Condicoes de trabalho em setor de emergencia de um hospital. *Acta Paul Enferm.* 2010; 23(2): 169-74.
197. Mendes A, Junior J, Furtado B, Duarte P, Da Silva A, Miranda G. Conditions and motivations for the work of nurses and physicians in high complexity emergency services. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(2): 161-6.

-
198. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Las enfermeras una fuerza para el cambio. Un recurso vital en salud. Ginebra, Suiza: International Council of Nurses; 2014.
199. Tizón E. Automedicación en el personal de Enfermería. *Enferm Clín.* 2006; 16:210-13.
200. Balbás V, Gómez A. Estudio sobre automedicación con benzodiazepinas en equipos de Enfermería Hospitalaria. Colegio de Enfermería de Cantabria. [consultado 20 Jun 2014]. 2011. Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/3/19>
201. Sánchez C, Nava M. Análisis de la automedicación como problema de salud. *Enf Neurol.* 2012; 11(3): 159-62.
202. Magnago T, Lima A, Prochnow A, Ceron M, Tavares J, Urbanetto J. Intensidade da dor musculoesquelética e a (in) capacidade para o trabalho na enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.* 2012; 20(6):1125-33.
203. Siefert A. El trabajo de la mujer y los riesgos de lesiones musculoesqueléticas. Conferencia, I Foro ISTAS de Salud laboral: lesiones musculoesqueléticas. [Consultado 16 Jun 2014]. Disponible en: <http://www.istas.net/web/abreenlace.asp?idenlace=24>
204. De Souza C, Lima J, Antunes E, Schumaner K, Moreira R, De Almeida T. Riesgos ergonómicos de lesión por esfuerzo repetitivo del personal de enfermería en el hospital. *Enfermería Global.* 2011; 23: 251-63
205. Aranda C, Pando M. Factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención en Guadalajara, México. *Rev. Méd. Urug.* 2007; 23(4): 369-77.
206. Bello S, Soto M, Michalland S, Salinas J. A national survey on smoking habit among health care workers in Chile. *Rev Med Chile.* 2004;132: 223-32.

-
207. Díaz M, Briones J, Gómez E, Gil N, Heredia O, Mendoza A, Ramírez M. La problemática de la medicina crítica en México. *Revista de la Asociación mexicana de Medicina Crítica y Terapia intensiva*. 2003; 17(1): 28-33.
208. Sancinetti T, Gaidzinski R, Felli V, Fugulin F, Baptista P, Ciampone M, Kurcgant P, Da Silva F. Absenteísmo-doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2): 1277-83.
209. Becker S, De Oliveira M. Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008; 16(1): 109-14.
210. Torres A, Paravic T. Morbilidad de la mujer trabajadora, Servicio de Salud, Concepción, Chile. *Cienc Enferm*. 2005; 11(1):73-84.
211. Mininel V, Felli V, Da Silva E, Torri Z, Abreu A, Branco M. Workloads, strain processes and sickness absenteeism in nursing. 2013; 21(6): 1290-7.
212. Bojar I, Humeniuk E, Owoc A, Wierzba W, Wojtyła A: Exposing women to workplace stress factors as a risk factor for developing arterial hypertension. *Ann Agric Environ Med*. 2011; 18: 175–82.
213. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Resumen ejecutivo y trabajo en equipo. [Acceso: 24/06/2014]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
214. Alves M, Cervinho S, Moreira D. Reason of medical licenses in a emergency hospital. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(2):195-200.
215. Serrano M, Moya L, Salvador A. Estrés laboral y salud: Indicadores cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*. 2009; 25(1): 150-9.

-
216. Díaz M, Marziale M, Robazzi M, De Freitas F. Lesiones osteomusculares en trabajadores de un hospital mexicano y la ocurrencia del ausentismo. *Cienc Enferm.* 2010; 16(2): 35-46.
217. Rodríguez A, Bentacor V. La Cognición social. En: *Psicología Social*. España: Madrid. 3° ed. McGraw-Hill; 2007.
218. Wolchel S, Cooper J, Goethals G, Olson J. Conocimiento del yo. En: *Psicología Social*. Madrid, España. Ed Thomson; 2003.
219. Baron R, Byrne D. Percepción social: comprender a los demás. En: *Psicología social*. España: Madrid. 10° ed. Pearson Educación S.A, 2005.
220. Vía Clavero G, Sanjuán Naváis M, Martínez Meza M, Pena Alfaro M, Utrilla Antolín C, Zarragoikoetxea Jáuregui I. Identidad de género y cuidados intensivos: Influencia de la masculinidad y la femineidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enfermería Intensiva.* 2010; 21(3):104 – 12.
221. Navarro M. Review of studies on nurses of intensive care of Spain units. *Enfermería Global.* 2012; 26:267-89.
222. Paris L, Omar A. Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología.* 2008; 13(3): 233-44
223. Hernández D, Salazar A, Gómez V. Relación entre los aspectos psicosociales del ambiente de trabajo y el riesgo cardiovascular en hombres. *Revista latinoamericana de Psicología.* 2004; 36(1): 107-23.
224. De Bacquer D, Pelfrene E, Clays E, Mark R, Moreau M, De Smet P, Kornitzer M, De Backer G. Perceived job control and risk of coronary events:3 –year follow-up of the Belgian Job Stress Project Cohort. *Am J Epidemiol.* 2005; 161(5): 434-41.

-
225. Beltrán A. La unidad de cuidado intensivo, un lugar para quedarse solo. *Investigación y Educación en Enfermería*, 27(1), 34-45.
226. Veliz L, Paravic T. Coaching educativo como estrategia para fortalecer el liderazgo en enfermería. *Cienc. Enferm.* 2012; 18(2): 111-17.
227. Shimizu H, Ciampone M. The representations of nursing auxiliaries and technicians about teamwork at an Intensive-Care Unit. *Rev Latino-Am Enferm.* 2004; 12(4): 623-30.
228. Pazetto A, Kowal I, Yamaguchi I. Nurses Leadership styles in the ICU: association with personal and professional profile and workload. *Rev Latino-Am Enferm.* 2009; 17(1): 28-33.
229. Thomas E, Sexton B, Helmreich. Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Crit Care Med.* 2003; 31(3):956-59.
230. García M, Barón F, Abelló L. Estudio cualitativo sobre factores psicosociales de riesgos en profesionales de Enfermería (Catalunya-España). *Revista Waxapa.* 2010; 3:27-34.
231. Peiró J, Rodríguez I. Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papales del psicólogo.* 2008; 29(1): 68-82.
232. Frandique M, Mendes L. Efects of leadership in improving the quality of nursing care. *Rev Enferm Referencia.* 2013; 10(3): 45-53.
233. Campos J, David H. Work context assessment in intensive therapy units from the perspective of work psychodynamics. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011; 45(2): 363-68.
234. Rubio L, Aguaron M, Ferrater M, Toda D. Vivir la UCI: diferentes perspectivas. *Cultura de Cuidados.* 2002; 6(12):55-66.

-
235. Ulrich B, Lavandero R, Woods D, Early S. Critical Care Nurse Work Environments 2013: a status Report. *Critical Care Nurse*. 2014; 34(4): 64-79.
236. Fernandes J, Portela L, Rotenberg L, Griep R. Working hours and health behaviour among nurses at public hospitals. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(5): 1104-111.
237. Sociedad Chilena de Medicina intensiva. Generando y cuidado al recurso humano en pacientes críticos. [Consultado 02 Jul 2014]. Disponible en: <http://www.medicina-intensiva.cl/web2/content.php?id=8>.
238. Prochnow A, Magnago T, Urbanetto J, Beck C, De Lima S, Greco P. Work ability in nursing: relationship with psychological demands and control over the work. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(6): 1298-1305.
239. Fontana R, Lautert L. The situation of nursing work and occupational risks from an ergological perspective. *Rev. Latino-Am. Enferm*. 2013; 21(6): 1306-13.
240. Lopes F, Ferraz E. Estrés de los enfermeros de UCI en Brasil. *Enfermería Global*. 2011; 22: 1-9.
241. Shorter M, Stayt L. Critical care nurses' experiences of grief in an adult intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(1): 159-67.
242. Prieto S, Gutiérrez F, Jiménez C, Méndez D. El teléfono celular como distractor de la atención médica en un Servicio de Urgencia. *Med Int Mex*. 2013; 29(1):39-47.
243. Castillo I, Torres N, Ahumada A, Cárdenas K, Licon S. Labor Stress in nursing and associate factors. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2014; 30(1): 34-43.
244. Noregada S, Bestreén M. Nota técnica de prevención N°916. El descanso en el trabajo (I): pausa. Instituto Nacional de Higiene y Seguridad en el trabajo; 2011.

-
245. Osmon S, Harris CB, Dunagan WC, Prentice D, Fraser WJ, Kollef MH. Reporting of medical errors: an intensive care unit experience. *Crit Care Med.* 2004; 32: 727-33.
246. Mosqueda A, Gutiérrez M. Análisis conceptual de los efectos adversos en la atención hospitalaria y el rol de enfermería en su detección y control. *Horiz Enferm.* 2012; 23(2): 39-47.
247. Figueredo M, Deguer M. The nurse's emotional parameters on the professional performance at intensive care units. *Rev Esc Enferm USP.* 2004; 38(2): 161-7.
248. López L, Solano A, Arias A, Osorio C, Vásquez E. El estrés laboral y los trastornos psiquiátricos en profesionales de la medicina. *Revista CES Salud Pública.* 2012; 3(2): 280-88.
249. Knesebeck O, Klein J, Frie K, Blum K, Siegrist J. Psychosocial stress among hospital doctors in surgical fields. *Dtsch Arztebl Int.* 2010; 107(14): 248-53.
250. Giraldo Y, López B, Arango L, Góez F, Silva E. Estrés laboral en auxiliares de enfermería, Medellín-Colombia, 2011. *Salud UIS.* 2013; 45(1): 23-31.
251. Castillo I, Torres A, Karina C, Licona S. Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte.* 2014; 30(1):34-43.
252. Vásquez A, Pérez D, Moreno R, Arroyo F, Suárez J. Factores psicosociales motivacionales y estado de salud. *Med Segur Trab.* 2010; 56(218):12-21.
253. Farias M, Teixeira O, Moreira W, De Oliveira M, Pereira M. Characterization of the physical symptoms of stress in the emergency Health care team. *Rev Esc Enferm UPS.* 2011; 45(3):722-9.
254. Ley N°19.264. Establece beneficios a funcionarios del Servicio de Salud que indica.

Ministerio de Salud. (05 Noviembre de 1993).

255. Altacoz L. Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gac Sanit.* 2004; 18(2):1-2.
256. Ministerio de sanidad y consumo. Observatorio de salud de las Mujeres. Informe de salud y género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias. Informes, estudios, e investigación: OMS. [Consultado 26 Jul 2014] 2009. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/docs/informeSaludGenero2007_2008.pdf
257. Spindola T, Martins E. Stress and Nursing the Nursing's Auxiliares perception of a public institution. *Esc Anna Nery E Enferm.* 2007; 11(2):212-9.
258. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Romper el techo de cristal. Las mujeres en los puestos de dirección. Actualización 2004. Ginebra [Consultado 27 Jul 2014] 2004. Disponible en: [http://intranet.oit.org.pe/WDMS/bib/virtual/coleccion_tem/genero/romper_techo_cristal\[2004\].pdf](http://intranet.oit.org.pe/WDMS/bib/virtual/coleccion_tem/genero/romper_techo_cristal[2004].pdf)
259. Delgado A, Saletti L. Desigualdad de género en la ocupación de cargos directivos en el sistema sanitario público en España. Ponencia VIII congreso Iberoamericano de Ciencia, tecnología y género. Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, Curitiba, Paraná, Brasil. 05-09 de abril 2010. [Consultado 25 jul 2014]. Disponible en: http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo_cd/espanhol/E7_Desigualdad_de_G%C3%A9nero.pdf
260. Ceballos P, Paravic K, Valenzuela S. Factores de Riesgos psicosociales en el trabajo, género y enfermería. *Av Enferm.* 2014; 32(2):271-79.
261. Más R, Escriba V, Cárdenas M. Estresores laborales percibidos por el personal de

-
- enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. Arch Prev Riesgos Labor. 1999;2(4): 159-67.
262. Duarte S, Matos M, Tozo T, Toso L, Tomiasi A, Duarte P. Practicing silence: educational intervention for reducing noise in the Intensive Care Unit. Rev Bras Enferm. 2012; 65(2):285-90.
263. Molina J. Metanálisis: Relación entre factores psicosociales en el trabajo y absentismo laboral. Medicina y seguridad en el trabajo. 2010; 56(220):200-19.
264. Estremero J, Gacia X. Familia y ciclo vital familiar [Consultado 12 Ago 2014]. 2007; 19-22. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf>
265. Gobierno de Chile. Superintendencia de Seguridad Social. Circular N°2511. Sistema único de prestaciones familiares establecido en el D.F.L N°150 de 1981, del ministerio del trabajo y prevención social. Imparte instrucciones [Consultado 26 Jul 2014] 2009. Disponible en: <http://www.suseso.cl/common/asp/pagAtachadorVisualizador.asp?argCryptedData=GP1TkTXdhRJAS2Wp3v88hO9AThLtvPik&argModo=&argOrigen=BD&argFlagYaGrabados=&argArchivoId=7137>
266. Feldman L, Vivaz E, Lugli Z, Zaragoza J, Gómez V. Relación Trabajo-familia y salud en mujeres trabajadoras. Salud pública de México. 2008; 50(6):482-89.
267. Díaz X, Godoy L, Stecher A. Cuadernos de investigación N°3. Significados del trabajo, identidad y ciudadanía. La experiencia de hombres y mujeres en un mercado laboral flexible. Centro d estudios de la Mujer. Santiago: Chile; 2005.
268. Gutiérrez-Vera A. Diferencias de género en la relación entre las largas jornadas de trabajo y el estado de salud. [Trabajo final de Máster]. Barcelona, España. Máster en Salud Laboral Universidad Pompeu Fabra; 2011.

-
269. Versa G, Murassaki A, Inoue K, Melo W, Faller J, Matsuda L. Estresse ocupacional: avaliação de enfermeiros intensivistas que atuam no período noturno. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(2):78-85.
270. Cañón S, Galeano G. Factores laborales psicosociales y calidad de vida de los trabajadores de la salud de ASSBASALUD. *Archivos de medicina.* 2011; 11(2): 114-26.
271. De Oliverira L, Chaves-Maia E. The psychic wellbeing of Health personnel working in public hospital. *Rev Salud Pública.* 2008; 10(3):405-13.
272. Campusano J. La ficha Pop. *Diario la Cuarta*; Chile: 2002, febrero 01. Sección crónica. [citado 19 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.lacuarta.com/diario/2002/02/01/cronica.html>
273. Beserra F, Souza A, Moreira D, Alves M, D'Alencar B. Significado del trabajo de los profesionales de Enfermería en el hospital general. *Av Enferm.* 2010; 28(2):31-9.
274. Sosa-Cerda O, Cheverria-Rivera S, Rodríguez-Padilla ME. Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2010; 18(3):153-58.
275. Lara E, Martínez C, Pandolfi MP, Penroz K, Perfetti R, Pino G. Adulto joven. Seminario estudiantes de Psicología de la Universidad de Concepción [citado 20 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.apsique.cl/book/export/html/154>
276. Pease A, Pease B. Por qué los hombres no escuchan y las mujeres no entienden los mapas. Barcelona, España: Editorial Amat; 2010.
277. Burges L. Diferencias Mentales entre los sexos: innato versus adquirido bajo un enfoque evolutivo. *Ludus Vitalis.* 2006; 14(25): 43-73.
278. Ansoleaga E, Toro JP, Godoy L, Stecher A, Blanch J. Malestar psicofisiológico en

-
- profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. Rev Med Chile.2011; 139:1185-91.
279. Happell B, Dwyer T, Reid K, Burke K, Caperchione C, Gaskin C. Nurses and stress: reconognizing causes and seeking solutions. Journal of Nursing Management. 2013; 21: 638-47.
280. Rubio S, Díaz E, Martín J, Luceño L. La Carga Mental como factor de riesgo psicosocial. Diferencias por baja laboral. Ansiedad y estrés. 2010; 16(2-3): 271-82.
281. Farias S, Teixeira O, Oliveira M, Pereira M. Characterization of the physical symptoms of stress in the emergency Health care team. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(3):722-9.
282. Robazzi ML, Mauro M, Dalri R, Almeida L, Secco I, Pedrão J. Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. Rev Cubana Enferm. 2010; 26(1): 52-64.
283. Meichenbaum D. Manual de Inoculación de estrés. Traducción de Jordi Fibla Revisión de Josep Toro. España: Ediciones Martínez Roca, S. A; 1987.
284. Deschamps A, Olivares S, De la Rosa K, Asunsolo A. influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de *burnout* en médicos y enfermeras. Red Segur Trab. 2011; 57(224):224-41.
285. Wright KP, Bogan R, Wyatt J. Shift work and the assessment and management of shift work disorder (SWD). Sleep Med Rev. 2013; 17(1):41-54.
286. Serra L. Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y medicolegales. Rev Med Clín Condes. 2013; 24(3):443-51.
287. Swanson LM, Arnedt JT, Rosekind MR, Belenky G, Balkin TJ, Drake C. Sleep disorder and work performance: findings from the 2008 National Sleep Foundation in America poll. J

Sleep Res. 2011; 20(3):478-94.

288. González J, Rodríguez A. Los cambios en el entorno y sus repercusiones en mercado laboral. [citado 18 agosto 2014]. Disponible en: www.uhu.es/aeurla/revista/art101.do
289. Noriega M, Gutiérrez G, Méndez I, Pulido M. Las trabajadoras de la salud: vida, trabajo y trastornos mentales. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5):1361-72.
290. Instituto de la Mujer (Ministerio de la igualdad). Rivero A, Del Corral A, Cabrero B, Martínez I, Pescador G, Antolines P, Rodríguez A. Conciliación de la vida familiar y la vida laboral: situación actual, necesidades y demandas (informes de resultados). Madrid: RUMAGRAF S.A; 2005.
291. Gobierno de Chile. Ministerio de salud. Departamento de salud ocupacional. División de Políticas públicas Saludables y Promoción. Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo. Subsecretaría de Salud Pública. [citado 21 agosto 2014]. 2013. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e039772356757886e040010165014a72.pdf>
292. Blanch J, Ochoa P, Sahagún M. Resignificación del trabajo y de la profesión médica bajo la nueva gestión sanitaria. En: *Personas que cuidan a personas: dimensión humana y trabajo en salud*. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2012.
293. Vera O. Programas académicos de la residencia médica en medicina crítica y terapia intensiva. *Rev. Méd. La Paz*. [citado 22 agosto 2014].]. 2012; 18(2):70-86. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582012000200013&script=sci_arttext
294. García Rossique PM, Herrera Hernández N. Protocolización y calidad asistencial, una necesidad impostergable. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2012. [citado 21 agosto 2014]. 34(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202012/vol2%202012/tema14.htm>

-
295. Gómez M, Alfaro C. Ruido: evaluación y acondicionamiento ergonómico. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid: INSHT. [citado 21 agosto 2014]. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/Aplicaciones/ficherosCuestionarios/naranja.pdf>
296. Poblete M, Valenzuela S. Cuidado Humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul. Enferm.* 2007; 20(4): 499-503.
297. Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. *Cienc Enferm.* 2010; 16(1):31-5.
298. Cabrera L, Sánchez M, Rodríguez F, Hernández E, Casamit A, Fernández M. Actitudes y percepciones del personal médico del hospital acerca de los cuidados intensivos y la especialidad de la medicina intensiva. *Rev Intensiva.* 2008; 32(7): 319-28.
299. Fuentes M. A fondo. Seguridad en el trabajo. Riesgos laborales específicos del sector limpieza. *Empresa & Limpieza.* [citado 22 agosto 2014]. 2013; 76:23-7. Disponible en: http://empresaylimpieza.com/not/672/riesgos_laborales_especificos_del_sector_de_la_limpieza/

ANEXOS

Anexo A: Definición nominal y operacional de las variables

Variables dependientes

Riesgos Psicosociales ⁽⁴¹⁾

Nominal	Operacional
Consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal que pueden influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo. La cuales al ser visualizadas de forma negativa se transforman en estos riesgos.	Esta variable se mide a través del Cuestionario SUSESO-ISTAS 21 mediante ítems de las dimensiones: <i>Exigencias Psicológicas, Trabajo activo y desarrollo de habilidades, Apoyo social en la empresa, Compensaciones y Doble presencia</i> (ANEXO C)

Carga Mental de Trabajo ⁽¹⁰¹⁾

Nominal	Operacional
Es el nivel de recursos atencionales necesarios para equilibrar los criterios de ejecución, objetivos y subjetivos, que son modificados por las demandas de la tarea, el soporte externo y la experiencia.	Esta variable se mide por medio de la Escala Subjetiva de <i>Carga Mental de Trabajo</i> (ESCAM) a través de ítems de los factores: <i>Demandas cognitivas y complejidad de la tarea, Organización temporal de trabajo, Consecuencias para la salud, Características de la tarea y Ritmo de trabajo</i> (ANEXO D)

Variables independientes

Institución de salud

Nominal	Operacional
Lugar donde el trabajador/a tiene actualmente un contrato laboral y que en el presente estudio corresponde a un establecimiento hospitalario.	De acuerdo a lo declarado por la/el encuestado/a, se categorizan en: - Hospital 1: Hospital Regional de Rancagua. - Hospital 2: Hospital Regional de Talca. - Hospital 3: Hospital Regional de Concepción.

Unidad o servicio donde se desempeña

Nominal	Operacional
Área de la institución de salud donde la persona trabaja regularmente	Se categorizan en: - Unidad de cuidados intensivos - Unidad de cuidados intermedios quirúrgicos - Unidad de cuidados intermedios médicos. - Intermedio de neurocirugía - Unidad coronaria - Unidad de cuidados intensivos quirúrgicos

Categoría ocupacional

Nominal	Operacional
Actividad profesional, técnica u ocupacional ejercida por el o la trabajador/a del equipo de salud.	Las categorías son: - Enfermera/o - Médico/a - Kinesiólogo/a - TENS - Auxiliares de servicio - Administrativos - Nutricionista

Antigüedad en el puesto

Nominal	Operacional
Se refiere a la sumatoria de años de ejercicio profesional, técnico u ocupacional, desempeñados en la unidad o servicio donde trabaja actualmente.	Esta estará determinada por la pregunta abierta respecto a la antigüedad en años en el puesto de trabajo.

Tipo de contrato

Nominal	Operacional
Relación legal y contractual establecida por el empleador y el o la trabajador/a, desde el momento en que la persona se incorpora como trabajador en la institución de salud.	De acuerdo a lo declarado por el o la trabajador/a, se categorizan en: <ul style="list-style-type: none">- Contrato indefinido.- Contrata o contrato a plazo fijo.- Honorarios- Reemplazante (a plazo fijo)

Sistema de turno

Nominal	Operacional
Modelo que ordena las horas de trabajo contratadas en forma semanal, según el Estatuto Administrativos de Servicios Públicos, para satisfacer las necesidades de sistema.	Las categorías serán: <ul style="list-style-type: none">- Diurno- Cuarto turno- 24 horas

Desempeña otras funciones a las asistenciales

Nominal	Operacional
Corresponde a otras actividades complementarias a las asistenciales asignadas al trabajador/a, dentro de la unidad en donde se desempeña.	Según las respuestas de los y las trabajadores/as se categorizan en: <ul style="list-style-type: none">-Administrativas-Docencia-Investigación

Trabajo en otra institución

Nominal	Operacional
Corresponde al desempeño de funciones propias de su profesión, oficio u otro fuera de la institución de salud en la que tiene contrato actual.	Según las respuestas de los y las trabajadores/as se categorizan en: -Cargo clínico y/o asistencial -Docencia - Otro tipo de actividades

Sexo

Nominal	Operacional
Son las características anatómicas, que diferencian al hombre y la mujer.	Se categorizan en: - Hombre - Mujer

Edad

Nominal	Operacional
Tiempo transcurrido, en años, desde el nacimiento del trabajador/a hasta el momento de la aplicación la encuesta.	Se calculó la edad en años a partir de la fecha de nacimiento, y luego fue categorizada en: -21 – 30 años -31 – 40 años -41 – 50 años -51 – 60 años -61 y más años

Situación de pareja

Nominal	Operacional
Condición actual de convivencia estable ó legal de mujer o hombre que vive en pareja	Situación de pareja actual declarado por la/el encuestado/a y se consideraron las siguientes categorías: Con pareja <ul style="list-style-type: none">•Soltero/a con pareja•Casado /a con pareja•Separado/a con pareja•Viudo/con pareja Sin pareja <ul style="list-style-type: none">•Soltero/a sin pareja•Casado/a sin pareja.•Separado/a sin pareja•Viudo/a sin pareja

Número de hijos

Nominal	Operacional
Número de descendientes naturales y/o adoptivos que tiene el o la trabajador/a	Estará determinada por la pregunta abierta: N° de Hijos/as

Nivel de estudios

Nominal	Operacional
Curso más alto que haya aprobado el o la trabajador/a en el sistema educacional chileno formal.	Se categorizan en: <ul style="list-style-type: none">- Educación Básica- Educación Media- Educación Técnico-profesional- Educación Universitaria

Edad de los/as hijos/as

Nominal	Operacional
Cantidad de años cumplidos por el o los hijos/as del trabajador/a, desde su nacimiento al día de la aplicación de la encuesta.	Para este estudio, se mide consultando al trabajador/a las edades en años de sus hijos/as.

Hijos/as a su cargo

Nominal	Operacional
Se refiere a la cantidad de hijos/as que dependen del trabajador/a al momento de la aplicación de la encuesta	Se midió consultando la cantidad de hijos/as a cargo del trabajador/a. Luego se categorizan en: <ul style="list-style-type: none">-Cero hijos/as o sin Hijos/as-Un hijo/a-Dos Hijos/as-Tres Hijos/as-Cuatro Hijos /as-Cinco Hijos/as

Colaboradores al cuidado de los hijos/as

Nominal	Operacional
Corresponde a la o las personas que le colaboran al trabajador/a, en relación al cuidado de los hijos/as, cuando el o ella se encuentra en el trabajo.	Los/as colaboradores/as se categorizan en: <ul style="list-style-type: none">- Pareja y/o cónyuge- Asesora del hogar- Familiares.- Vecinos/as- Amigos/as- Otros

Familiares a su cargo

Nominal	Operacional
Se refiere a que existan personas consanguíneas que dependen del trabajador/a y que habitan en el mismo lugar de residencia al momento de la aplicación de la encuesta	Para este estudio, se mide consultando la trabajador/a quienes son los/as familiares a su cargo. Según lo referido por los trabajadores/as se categorizan en: <ul style="list-style-type: none">-Pareja o cónyuge-Padres (madre y/o padre)-Nietos/as-Otros

Colaboradores al cuidado de familiares

Nominal	Operacional
Corresponde a la colaboración que recibe el trabajador/a, en relación al cuidado de los familiares a su cargo, cuando el o ella se encuentra en el trabajo.	Los colaboradores se categorizan en: <ul style="list-style-type: none">- Pareja y/o cónyuge- Asesora del hogar- Familiares.- Vecinos/as- Amigos/as- Otros

Apoyo en tareas domésticas

Nominal	Operacional
Corresponde a la colaboración que recibe trabajador/a, en relación al apoyo en las tareas domésticas, cuando él o ella se encuentra en el trabajo.	Se midió consultando quien o quienes entregan apoyo doméstico al trabajador/a, luego se categorizo en: <ul style="list-style-type: none">- Pareja y/o cónyuge- Hijos/as- Asesora del hogar- Familiares.

Consulta médica en los últimos 12 meses

Nominal	Operacional
Se refiere a la necesidad de acudir a medico/a por parte del trabajador/a para determinar su estado de salud, en los últimos 12 meses.	Se dicotomiza en: <ul style="list-style-type: none">- No- Si

Causa de consulta médica

Nominal	Operacional
Se refiere a la razón médica que está generando malestar o alteración del estado de salud del trabajador, la cual origina que este consulte a un facultativo.	Para este estudio, se mide consultando al trabajador/a la causa por la que realizó consulta médica y se categoriza en: <ul style="list-style-type: none">- Alt. Cardiovasculares- Alt. Musculosqueléticas- Alt. Digestivas- Alt Respiratorias- Alt. Salud mental- Alt. Ginecológicas- Otras Alteraciones

Licencia médica en los últimos 12 meses

Nominal	Operacional
Documento legal emitido por un médico/a durante el último año, el cual indica que el trabajador/a suscrito, requiere algún tipo de reposo por problemas de salud.	Se dicotomiza en: <ul style="list-style-type: none">- No- Si

Duración de la licencia médica extendida

Nominal	Operacional
Tiempo de reposo indicado, a través del documento extendido por el facultativo médico.	Se categoriza en: <ul style="list-style-type: none">- 1 a 6 días- 7 a 21 días- 22 o más días

Enfermedad diagnosticada

Nominal	Operacional
El trabajador/a padece de una alteración de salud medicamente evaluada.	Se dicotomiza en: <ul style="list-style-type: none">- No- Si

Causa de enfermedad diagnosticada

Nominal	Operacional
Causa de la alteración de salud del trabajador o trabajadora referida por el médico/a, en la evaluación de salud.	De acuerdo al diagnóstico establecido fueron categorizadas en: <ul style="list-style-type: none">- Cardiovasculares- Musculoesqueléticas- Respiratorias- Salud mental- Endocrinas- Otras Causas

Percepción de salud del trabajador/a

Nominal	Operacional
Es la estimación subjetiva que refiere el o la trabajador/a sobre su estado de salud actual.	Se categorizó la respuestas en: <ul style="list-style-type: none">- Muy mala- Mala- Regular- Buena- Muy buena

Percepción de condiciones ambientales de trabajo

Nominal	Operacional
Es la estimación subjetiva referida por el trabajador/a en relación al ambiente físico de trabajo, tales como iluminación, temperatura, ruidos, espacios, entre otros. Los diversos aspectos se midieron por medio de una escala de Likert.	Se categoriza en: <ul style="list-style-type: none">- Muy inadecuado.- Inadecuado- Intermedio- Adecuado- Muy adecuado.

Anexo B: Cuestionario variables biopsicosociodemográficas

A) DATOS PERSONALES

Nombre de la institución de salud en que trabaja	
Unidad o servicio donde se desempeña	
Indique la categoría ocupacional que usted ejerce en la unidad	
Antigüedad en el puesto (en años)	
Tipo de contrato	<input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Plazo fijo <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Reemplazante
Tipo de turno	<input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Cuarto turno <input type="checkbox"/> 24 horas
Desempeña otra función a las asistenciales en la unidad donde trabaja (Jefaturas de turnos, participación en sociedades científicas, comités, comisiones, entre otras)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cual?.....
Usted trabaja en otra institución	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En qué Cargo?.....

B) DATOS PERSONALES

Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de nacimiento	
Situación de pareja	<input type="checkbox"/> Soltero (a) c/pareja <input type="checkbox"/> Soltero (a) s/pareja <input type="checkbox"/> Casado (a) c/pareja <input type="checkbox"/> Casado (a) s/pareja <input type="checkbox"/> Separado/divorciado (a) c/pareja <input type="checkbox"/> Separado/divorciado (a) s/pareja <input type="checkbox"/> Viudo (a) c/pareja <input type="checkbox"/> Viudo (a) s/pareja
Nivel de estudios	<input type="checkbox"/> Básico <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otros
N° de hijos/as	¿Cuáles son sus edades?

C) ASPECTOS DE APOYO EN TAREAS DOMÉSTICAS

Tiene hijos/as a su cargo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuántos?.....
Quien o quienes le colaboran en el cuidado de ellos/ellas	<input type="checkbox"/> Pareja o Cónyuge <input type="checkbox"/> Asesora del Hogar <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Vecinos <input type="checkbox"/> Amigos/as <input type="checkbox"/> Otros.....
Tiene otros familiares a su cargo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Quien o Quienes?
Quien o quienes le colaboran en el cuidado de ellos/as	<input type="checkbox"/> Pareja o Cónyuge <input type="checkbox"/> Asesora del Hogar <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Vecinos <input type="checkbox"/> Amigos/as <input type="checkbox"/> Otros.....
Comparte las tareas domésticas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Con quien o quienes?

D) ASPECTOS RELACIONADOS CON SU SALUD

Ha consultado algún médico en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Por qué Causa?
En los últimos 12 meses, ha presentado alguna licencia médica	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cuántos días?
Tiene alguna alteración de salud diagnosticada	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Cual?
Como evaluaría usted, su salud en general	Muy Buena — Buena Regular Mala Muy Mala 5-----4-----3-----2-----1

E) CONDICIONES AMBIENTALES DE TRABAJO

La temperatura en su puesto de trabajo es:	Muy Inadecuada Intermedia Adecuada Muy Adecuada 1-----2-----3-----4-----5
La iluminación en su puesto de trabajo es:	Muy Inadecuada Intermedia Adecuada Muy Adecuada 1-----2-----3-----4-----5
El ruido en su puesto de trabajo es:	Muy Inadecuada Intermedia Adecuada Muy Adecuada 1-----2-----3-----4-----5
El espacio de trabajo en su puesto de trabajo es:	Muy Inadecuada Intermedia Adecuada Muy Adecuada 1-----2-----3-----4-----5
Las condiciones de higiene (p.e: olores contaminantes, polvo) en su puesto de trabajo son:	Muy Inadecuada Intermedia Adecuada Muy Adecuada 1-----2-----3-----4-----5

Anexo C: Cuestionario de evaluación de Riesgos psicosociales en el trabajo (SUSES-ISTAS 21)

1) Dimensión Exigencias psicológicas

N°	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
1	¿Puede hacer su trabajo con tranquilidad y tenerlo al día?	0	1	2	3	4
2	En su trabajo, ¿tiene usted que tomar decisiones difíciles?	4	3	2	1	0
3	En general, ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?	4	3	2	1	0
4	En su trabajo, ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?	4	3	2	1	0
5	¿Su trabajo requiere atención constante?	4	3	2	1	0

2) Dimensión trabajo Activo y desarrollo de habilidades

N°	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
6	¿Tiene influencia sobre la cantidad de trabajo que se le asigna?	0	1	2	3	4
7	¿Puede dejar su trabajo un momento para conversar con un compañero o compañera?	0	1	2	3	4
8	¿Su trabajo permite que aprenda cosas nuevas?	0	1	2	3	4
9	Las tareas que hace ¿le parecen importantes?	0	1	2	3	4
10	¿Sientes que su empresa tiene una gran importancia para usted?	0	1	2	3	4

3) Dimensión Apoyo Social en la Empresa y Calidad de Liderazgo

N°	Preguntas	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
11	¿Sabe exactamente qué tareas son de su responsabilidad?	0	1	2	3	4
12	¿Tiene que hacer tareas que usted cree que deberían hacerse de otra manera?	4	3	2	1	0
13	¿Recibe ayuda y apoyo de su inmediato o inmediata superior?	0	1	2	3	4
14	Entre compañeros y compañeras, ¿se ayudan en el trabajo?	0	1	2	3	4
15	Sus jefes inmediatos, ¿resuelven bien los conflictos?	0	1	2	3	4

4) Dimensión Compensaciones

N°	Preguntas	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
16	¿Está preocupado por si le despiden o no le renuevan el contrato?	4	3	2	1	0
17	¿Está preocupado por si le cambian de tareas contra su voluntad?	4	3	2	1	0
18	Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco	0	1	2	3	4

5) Dimensión Doble Presencia

N°	Preguntas	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Sólo unas pocas veces	Nunca
19	Si está ausente un día de casa, las tareas domésticas que realiza, ¿se quedan sin hacer?	4	3	2	1	0
20	Cuándo está en el trabajo, ¿piensa en las exigencias domésticas y familiares?	4	3	2	1	0

Anexo D: Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM)

1) El grado de complejidad de la información que debo utilizar en mi trabajo es:	Muy Bajo 1-----	Bajo 2-----	Medio 3-----	Alto 4-----	Muy alto 5
2) La cantidad de memorización de información y material que requiere mi trabajo es:	Muy Bajo 1-----	Bajo 2-----	Medio 3-----	Alto 4-----	Muy alto 5
3) El nivel de esfuerzo o concentración mental que requiere mi trabajo es:	Muy Bajo 1-----	Bajo 2-----	Medio 3-----	Alto 4-----	Muy alto 5
4) Habitualmente en mi puesto de trabajo el número de decisiones que debo tomar es:	Muy Bajo 1-----	Bajo 2-----	Medio 3-----	Alto 4-----	Muy alto 5
5) El nivel de ambigüedad de las decisiones a tomar en mi trabajo es:	Muy Bajo 1-----	Bajo 2-----	Medio 3-----	Alto 4-----	Muy alto 5
6) El número de interrupciones (llamadas telefónicas, atender público, otro compañero solicitando información, etc) durante la realización de mi trabajo es:	Muy Bajo 1-----	Bajo 2-----	Medio 3-----	Alto 4-----	Muy alto 5
7) La cantidad de dificultades que se producen cuando se introducen nuevos procedimientos de trabajo o programas informáticos es:	Muy Bajo 1-----	Bajo 2-----	Medio 3-----	Alto 4-----	Muy alto 5
8) El nivel de esfuerzo mental necesario para evitar los errores en mi trabajo es:	Muy Bajo 1-----	Bajo 2-----	Medio 3-----	Alto 4-----	Muy alto 5
9) El cansancio que me produce mi trabajo es:	Muy Bajo 1-----	Bajo 2-----	Medio 3-----	Alto 4-----	Muy alto 5
10) Las tareas que realizo en mi trabajo requieren una alta concentración debido a la cantidad de distracción o ruido de fondo	Total desacuerdo 1-----	Algo desacuerdo 2-----	Indiferente 3-----	Algo de acuerdo 4-----	Total acuerdo 5
11) Es posible variar mi ritmo de trabajo sin perturbar el trabajo de mi sección	Total desacuerdo 1-----	Algo desacuerdo 2-----	Indiferente 3-----	Algo de acuerdo 4-----	Total acuerdo 5
12) Además de las pausas reglamentarias el trabajo me permite hacer alguna pausa cuando lo necesito	Total desacuerdo 1-----	Algo desacuerdo 2-----	Indiferente 3-----	Algo de acuerdo 4-----	Total acuerdo 5
13) En mi trabajo, tengo que hacer más de una tarea a la vez.	Total desacuerdo 1-----	Algo desacuerdo 2-----	Indiferente 3-----	Algo de acuerdo 4-----	Total acuerdo 5
14) En mi trabajo, puedo cometer algún error sin que incida en forma crítica sobre los resultados del trabajo.	Total desacuerdo 1-----	Algo desacuerdo 2-----	Indiferente 3-----	Algo de acuerdo 4-----	Total acuerdo 5
15) Al final de la jornada de trabajo me siento agotado/a	Total desacuerdo 1-----	Algo desacuerdo 2-----	Indiferente 3-----	Algo de acuerdo 4-----	Total acuerdo 5
16) Me siento agotado/a cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo	Total desacuerdo 1-----	Algo desacuerdo 2-----	Indiferente 3-----	Algo de acuerdo 4-----	Total acuerdo 5
17) Tengo dificultades para relajarme después del trabajo	Total desacuerdo 1-----	Algo desacuerdo 2-----	Indiferente 3-----	Algo de acuerdo 4-----	Total acuerdo 5
18) El tiempo del que dispongo para tomar las decisiones exigidas por mi trabajo es:	Muy Insuficiente 1-----	Insuficiente 2-----	Preciso 3-----	Suficiente 4-----	Muy suficiente 5
19) El tiempo del que dispongo para realizar mi trabajo es:	Muy Insuficiente 1-----	Insuficiente 2-----	Preciso 3-----	Suficiente 4-----	Muy suficiente 5
20) El tiempo asignado a cada una de las tareas que realizo es:	Muy Insuficiente 1-----	Insuficiente 2-----	Preciso 3-----	Suficiente 4-----	Muy suficiente 5

Anexo E: Interpretación de Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el trabajo SUSESO-ISTAS 21

Instrumento B. **SUSESO-ISTAS 21**, contiene 5 dimensiones: *Exigencias psicológicas, Trabajo activo y desarrollo de habilidades, Apoyo social y calidad del liderazgo, Compensaciones y Doble presencia*. Es una escala tipo Likert, donde cada pregunta tiene 5 opciones, con una puntuación de 0 a 4 puntos, de tal forma que un mayor puntaje, indica un mayor riesgo en esa dimensión. Esto significa que un puntaje “bajo” muestra el nivel de exposición al riesgo más favorable para los(as) trabajadores(as), y “alto” es lo contrario. Cada una de las dimensiones tiene diferentes puntajes para evaluar la intensidad del riesgo, lo que se detalla a continuación.

•**Exigencias Psicológicas:** Incluye 5 sub-dimensiones: *-Exigencias psicológicas cuantitativas*, es la cantidad o volumen de trabajo y el tiempo disponible para realizarlo. Si el tiempo es insuficiente, las altas exigencias se presentan como un ritmo de trabajo rápido, imposibilidad de llevar el trabajo al día o acumulación de trabajo, y también puede tener relación con la distribución temporal irregular de las tareas. Puede ocurrir la situación contraria, con exigencias limitadas o escasas; *-Exigencias psicológicas cognitivas*, tratan sobre la toma de decisiones, tener ideas nuevas, memorizar, manejar conocimientos y controlar muchas dimensiones a la vez; *-Exigencias psicológicas emocionales*, incluyen aquellas que afectan los sentimientos, sobre todo cuando requieren capacidad para entender la situación de otras personas que también tienen emociones y sentimientos que pueden ser transferidos y ante quienes se puede mostrar comprensión y compasión; *-Exigencias psicológicas de esconder emociones*, esta exigencia afecta tanto a los sentimientos negativos como a los positivos, pero en la práctica se trata de reacciones y opiniones negativas que el trabajador o trabajadores esconden al público, y *-Exigencias psicológicas sensoriales*, se relacionan con exigencias laborales en relación con los sentidos, que representan una parte importante de las exigencias impuestas por el trabajo. Se han relacionado con los síntomas somáticos de estrés, probablemente por su relación con variables ergonómicas. Las puntuación de 0 a 8 indican un *bajo* nivel de exposición al riesgo, de 9 a 11 corresponden a un nivel *medio* de exposición al riesgo y de 12 a 20 indica un *alto* nivel de exposición al riesgo psicosocial.

• **Trabajo Activo y Desarrollo de Habilidades:** También incluye 5 subdimensiones psicosociales específicas: -Influencia, es tener margen de decisión, de autonomía respecto al contenido y las condiciones de trabajo (orden, métodos a utilizar, tareas a realizar, cantidad de trabajo, etc.); -Posibilidades de desarrollo en el trabajo, se evalúa si el trabajo es fuente de oportunidades de desarrollo de las habilidades y conocimientos de cada persona; -Control sobre los tiempos de trabajo, esta dimensión complementa la de influencia, con relación al control sobre los tiempos a disposición del trabajador; -Sentido del trabajo, el hecho de ver sentido al trabajo significa poder relacionarlo con otros valores o fines que los simplemente instrumentales (estar ocupado y obtener a cambio unos ingresos económicos; e -Integración en la empresa, estrechamente relacionada con la anterior, sin embargo, se concentra en la implicación de cada persona en la empresa y no en el contenido de su trabajo en sí. Para esta dimensión las puntuaciones de 0 a 5 corresponden a un *bajo* nivel de exposición al riesgos psicosocial, de 6 a 8 significan un nivel *medio* de exposición al riesgo y de 9 a 20 equivale a un *alto* nivel de exposición al riesgo psicosocial.

• **Apoyo social en la empresa y calidad del liderazgo:** tiene 5 sub-dimensiones: -Claridad de rol, esta definición tiene que ver con la definición del puesto de trabajo. Si el papel a desempeñar no está bien definido puede ser un factor muy estresante; -Conflicto de rol, trata de las exigencias contradictorias que presentan en el trabajo y de los conflictos de carácter profesional o ético, cuando las exigencias de lo que hay que hacer entran en conflicto con las normas y valores personales; -Calidad de liderazgo, el papel de la dirección y la importancia de la calidad de dirección para asegurar el crecimiento personal, la motivación y el bienestar de los trabajadores. La calidad de la dirección exhibe una clara relación con la salud de los trabajadores, especialmente la salud mental, -Calidad de la relación con superiores, se refiere al hecho de recibir de superiores información adecuada y suficiente, y ayuda necesaria y oportuna; y -Calidad de la relación con los compañeros/as de trabajo, se refiere al hecho de recibir ayuda necesaria y oportuna de los compañeros/as de trabajo, junto con el sentimiento de formar parte de un grupo social. Para la dimensión *Apoyo social y calidad del liderazgo*, las puntuaciones de 0 a 3 significan *bajo* nivel de exposición al riesgo, de 4 a 6 corresponden a un nivel *medio* de exposición y de 7 a 20 puntos equivale a un *alto* nivel de exposición al riesgo psicosocial.

•**Compensaciones:** en este caso se incluyen 3 dimensiones psicosociales específicas: - Inseguridad respecto del contrato de trabajo, existe evidencia de que la inseguridad en el empleo, la temporalidad y, en general, la precariedad laboral se relacionan con múltiples indicadores de salud, y se ha puesto especialmente de manifiesto su relación con la siniestralidad laboral. Esta dimensión incluye la inseguridad de las condiciones de trabajo: movilidad funcional y geográfica, cambios de la jornada y horario de trabajo, salario y forma de pago y carrera profesional. También incluye la estabilidad del contrato y de las remuneraciones y las posibilidades de ascenso en el trabajo; -Inseguridad respecto de las características del trabajo, esta sub-dimensión se refiere específicamente a la estabilidad en ciertas características del puesto de trabajo, tales como el lugar, los horarios y las tareas que se realiza; y -Estima, componente de la dimensión de compensaciones del trabajo, integrante del modelo «esfuerzo-recompensa». Incluye el reconocimiento de los superiores y del esfuerzo realizado para desempeñar el trabajo, recibir el apoyo adecuado y un trato justo en el trabajo. Representa una compensación psicológica obtenida de manera suficiente o insuficiente a cambio del trabajo realizado. Para la dimensión *Compensaciones* un puntaje de 0 a 2 corresponde a un *bajo* nivel de exposición al riesgo, de 3 a 5 corresponde a un nivel *medio* de exposición al riesgo y de 6 a 12 significa un *alto* nivel de exposición al riesgo psicosocial.

•**Doble Presencia:** Corresponde a dos sub-dimensiones específicas, que se define de la siguiente manera: -Carga de tareas domésticas, se refiere a la cantidad de trabajos domésticos y/o familiar que depende del trabajador(a); y -Preocupación por tareas domésticas, corresponde a la preocupación que las tareas del trabajo doméstico y/o familiar producen en el trabajador(a). Las puntuaciones de 0 a 1 corresponden a un bajo nivel de exposición al riesgo, de 2 a 3 indican un nivel medio de exposición al riesgo y de 4 a 8 valoran un nivel alto de exposición al riesgo psicosocial.

Sobre los resultados obtenidos en el proceso de evaluación ⁽²⁹¹⁾

Posteriormente, para establecer el nivel de riesgo en la organización o la empresa, se requiere establecer prevalencia del riesgo elevado, es decir, que parte de los trabajadores/as obtuvieron

un puntaje considerado de alto riesgo. Cuando el 50% de los trabajadores obtuvieron un puntaje de “alto riesgo”, se considera que esta dimensión está en riesgo.

- Situación “**Sin Riesgo**”: Si la medición arroja que las cinco dimensiones medidas están dentro del nivel de riesgo bajo.
- Situación de “**Riesgo Medio**”: Si existen dimensiones cuyos resultados se ubican en el riesgo moderado o medio.
- Situación “**Riesgo Alto**”:
 - Si existen 1 o 2 dimensiones en riesgo alto, la situación se considera como Riesgo Alto/Nivel 1.
 - Si existen 3 dimensiones en riesgo alto, la situación se considera Riesgo Alto/Tipo 2.
 - Si existen 4 o 5 dimensiones en un riesgo alto, la situación se considerará como Riesgo alto/Nivel 3.



Anexo F: Interpretación de Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM)

ESCAM consta 20 ítems los que se agrupan en 5 factores: *Demandas cognitivas y complejidad de la tarea*, *Organización temporal del trabajo*, *Consecuencias para la salud*, *Características de la tarea* y *Ritmo de trabajo*. Es una escala tipo Likert, donde las puntuaciones oscilan entre 1 y 5, donde el 5 es alta carga mental, y 1 indica baja *Carga Mental*. La escala permite obtener el promedio de *Carga Mental* subjetiva, y puntuaciones específicas para cada una de las dimensiones, dichas puntuaciones fueron determinadas por criterio interno de la muestra (Bisagras de Tukey), lo indicado se detalla a continuación.

- ***Demandas cognitivas y complejidad de la tarea***, se refiere al esfuerzo mental que supone el desempeño del puesto de trabajo. Específicamente, este factor comprende seis ítems referidos a los procesos mentales/cognitivos requeridos para realizar la tarea, es decir, las exigencias de memorización, concentración, evitación de errores, toma de decisiones, así como el grado de complejidad de las tareas a realizar en el trabajo. Las demandas mentales a nivel laboral, constituyen una de las principales fuentes de carga mental, afectando negativamente a la percepción de ésta (infracarga o sobrecarga), y derivando en efectos potencialmente perjudiciales para la salud y bienestar de los o las trabajadores/as y sobre los resultados de la organización.
- ***Características de la tarea***, este factor se compone de cuatro ítems. Esta dimensión se relaciona con el número de interrupciones que se producen cuando se está realizando la tarea (llamadas telefónicas, atención al público en general, atención a compañeros y/o colaboradores solicitando información, entre otros), las demandas de concentración causadas por las distracciones en el puesto de trabajo o el nivel de ruido, la necesidad de responder a tareas simultáneas, y la cantidad de dificultades que se general al implementar nuevos procedimientos, entre otros.
- ***Organización temporal del trabajo***, se compone de tres ítems, que recogen valoraciones sobre la adecuación del tiempo del que disponen los y las trabajadores/as para realizar las tareas, considerando la naturaleza de ésta.

-
- El factor ***Ritmo de trabajo***, está compuesto por tres ítems, los cuales dan cuenta de la posibilidad que tiene el o la trabajador/a de organizar su tiempo en el desempeño de sus tareas (como la posibilidad de variar su ritmo de trabajo y organizar pausas cuando lo requiera). Por otra parte también contempla, la probabilidad de que sus errores afecten los resultados de la tarea. Esta dimensión se centra específicamente en el grado de autonomía que tiene el o la trabajador/a para distribuir su tiempo de trabajo a lo largo de la jornada laboral.
 - ***Consecuencias para la salud del trabajador***, incluye cuatro ítems que hacen referencia al agotamiento que el desempeño del puesto de trabajo produce en los y las trabajadores/as. Un desequilibrio en la carga mental de trabajo puede generar algunas consecuencias negativas o nocivas para la salud, como son, la sensación de cansancio y agotamiento, así como las dificultades para relajarse después de la jornada de trabajo.



Anexo G: Información al participante y consentimiento informado Hospital 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN

Título del proyecto de investigación: "Percepción de Riesgos Psicosociales y Carga Mental de Trabajo en el equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos".

Investigador principal: PAULA ANDREA CEBALLOS VÁSQUEZ, Enfermera, Licenciada en Enfermería, Dra. © en Enfermería. Becaria MECESUP. RUT: 13.304.508 - 2.

Teléfonos de contacto: (071) - 413679 o **móvil:** 82938991. **Mail:** pauceballos@udec.cl

Instituciones participantes del estudio: Universidad de Concepción y Universidad Católica del Maule.

Estimado/a funcionario/a, a usted se le esta invitando a participar en esta investigación en Enfermería. Antes de decidir si accede a participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

1. Objetivos del estudio:

A usted se le esta invitando a participar en este proyecto de investigación, el cual pertenece a una tesis para obtener grado de Doctor en Enfermería, de la Universidad de Concepción y tiene como objetivo:

- Evaluar cómo incide el trabajo de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Pacientes Críticos en la percepción de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo.

2. Beneficios del estudio: los beneficios que se obtendrán de este estudio es información novedosa y relevante, la cual contribuirá a orientar hacia estrategias de mejora, tanto de promoción, de prevención y recuperación de la salud en trabajadores con factores de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo.

3. Procedimientos del estudio: Posterior a su aceptación a participar, se le realizará una entrevista individual (con una duración de 30 minutos aproximadamente), la cual debe contestar en forma completa. En ella se le consultará sobre usted, aspectos relacionados con su salud, apoyo social y percepción de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo. Este proyecto cuenta con la autorización del comité Ético-Científico de la Universidad de Concepción y el comité Ético-Científico de cada una de las instituciones participantes en el estudio.

4. Riesgos asociados con la investigación: este estudio no contempla mediciones invasivas, toma de exámenes, administración de medicamentos o intervenciones, por lo que se plantea con un mínimo de riesgos para los y las participantes.

5. Aclaraciones:

- La participación en este estudio es voluntaria. En el caso que durante las entrevistas usted desee retirarse, puede hacerlo libremente, sin sanciones de ningún tipo.
- Usted no tendrá que hacer ningún gasto económico. Sin embargo, no esta contemplado ningún tipo de contribución monetaria para usted, al participar en este estudio.
- Además de usted en este estudio participarán más de 400 personas que se desempeñan en Unidades de Paciente Crítico.

Anexo H: Información al participante y consentimiento informado Hospital 2



INFORMACION AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título del proyecto de investigación: "Percepción de Riesgos Psicosociales y Carga Mental de Trabajo en el equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos".

Investigador principal: PAULA ANDREA CEBALLOS VÁSQUEZ, Enfermera, Licenciada en Enfermería, Dra © en Enfermería por la Universidad de Concepción. RUT: 13.304.508 - 2. Fono: (071) - 2203466.

Mail: pauceballos@udec.cl

Instituciones Patrocinadoras: Universidad de Concepción y Universidad Católica del Maule.

Centros donde se realizará el estudio: Hospital de Rancagua, Hospital Regional de Talca y Hospital Dr. G.G.B. Concepción (1).

A usted se le esta invitando a participar en esta investigación en Enfermería. Antes de decidir si accede a participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

1) Objetivo del estudio:

- Evaluar cómo incide el trabajo en la percepción de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Paciente Crítico

2) Beneficios del estudio:

- Los beneficios que se obtendrán de este estudio es información novedosa y relevante, la cual contribuirá a orientar hacia estrategias de mejora, tanto de promoción, de prevención y recuperación de la salud en trabajadores con factores de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo.

3) Procedimientos del estudio:

- Posterior a su aceptación a participar, se le realizará una entrevista individual (con una duración de 20 minutos aproximadamente), la cual debe contestar en forma completa. En ella se le consultará sobre usted, aspectos relacionados con su salud, aspectos relacionados con el apoyo social y sobre su percepción de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo. Este proyecto cuenta con la autorización del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y el comité Ético-Científico (CEC) de cada una de las instituciones participantes en el estudio. Los datos de contacto del CEC del SS Maule son: Dr. Rafael Muñoz, (presidente). Teléfono: (071) - 2411710, mail: rmunoz@ssmaule.cl

4) Riesgos asociados con la investigación:

- Este estudio no contempla mediciones invasivas, toma de exámenes, administración de medicamentos o intervenciones, por lo que se plantea con un mínimo de riesgos para los y las participantes. Los riesgos relativos a la confidencialidad serán estrictamente resguardados.

5) Aclaraciones:

- A usted se le está invitando a participar de una investigación, la cual pertenece a una tesis para obtener grado de Doctor en Enfermería de la Universidad de Concepción.
- La participación en este estudio es voluntaria. En el caso que durante las entrevistas usted desee retirarse, puede hacerlo libremente, sin sanciones de ningún tipo.
- Usted no tendrá que hacer ningún gasto económico. Sin embargo, no esta contemplado ningún tipo

(1) Este consentimiento será utilizado en la UPC del Hospital Regional de Talca.



de contribución monetaria para usted, al participar en este estudio.

- Además de usted, en este estudio multicéntrico nacional participarán más de 400 personas que se desempeñan en Unidades de Paciente Crítico. En el Hospital de Talca se estima participarán aproximadamente 140 personas
- La información que usted entregará será manejada sólo por la investigadora principal, bajo absoluta confidencialidad, antes, durante y después de aplicadas las encuestas.
- Los resultados de este estudio, serán publicados en revistas de corriente principal, conservando el anonimato de las personas e instituciones que participen en el estudio.
- Recibirá copia firmada de este consentimiento informado.
- Se espera que los resultados de esta investigación, permitan la comprensión del fenómeno de estudio, el cual pretende ser un aporte para la salud pública, la disciplina y la práctica profesional de enfermería.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación en este estudio, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

6) Carta de Consentimiento Informado:

Yo, _____ he leído y comprendido las información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado/a claramente sobre los procesos que se realizarán en la presente investigación, aportando información fidedigna He sido Informado(a) y comprendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados y/o difundidos con fines científicos, manteniendo la confidencialidad de ellos. Por lo tanto, libre y voluntariamente



Acepto colaborar



Rechazo colaborar

En el estudio "Percepción de Riesgos Psicosociales y Carga Mental de Trabajo en el equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos".

_____ de _____ de 2013
 Nombre y Firma Participante Fecha

Esta parte es completada por la investigadora (o su representante):

He explicado al Señor o Señora _____ la naturaleza y propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación en esta investigación. He contestado a sus preguntas y aclarado sus dudas en la medida de lo posible. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigaciones con seres humanos y me apego.

_____ de _____ de 2013
 Nombre y Firma Investigadora Fecha

_____ de _____ de 2013
 Nombre y Firma Director del centro o su delegado Fecha

Anexo I: Información al participante y consentimiento informado Hospital 3



INFORMACION AL PARTICIPANTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Título del proyecto de investigación: "Percepción de Riesgos Psicosociales y Carga Mental de Trabajo en el equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos".

Investigador principal: PAULA ANDREA CEBALLOS VÁSQUEZ, Enfermera, Licenciada en Enfermería, Dra © en Enfermería por la Universidad de Concepción. RUT: 13.304.508 – 2. Fono: (071) – 2203466. Mail: pauceballos@u-dec.cl

Instituciones Patrocinadoras: Universidad de Concepción y Universidad Católica del Maule.

Centros donde se realizará el estudio: Hospital de Rancagua, Hospital Regional de Talca y Hospital Dr. G.G.B. Concepción (1).

A usted se le esta invitando a participar en esta investigación en Enfermería. Antes de decidir si accede a participar o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

1.- Objetivos del estudio:

A usted se le esta invitando a participar en este proyecto de investigación, el cual pertenece a una tesis para obtener grado de Doctor en Enfermería de la Universidad de Concepción y tiene como objetivo:

- Evaluar cómo incide el trabajo en la percepción de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo de los y las integrantes del equipo de salud de las Unidades de Paciente Crítico

2.- Beneficios del estudio:

Los beneficios que se obtendrán de este estudio es información novedosa y relevante, la cual contribuirá a orientar hacia estrategias de mejora, tanto de promoción, de prevención y recuperación de la salud en trabajadores con factores de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo.

3.- Procedimientos del estudio:

Posterior a su aceptación a participar, se le realizará una entrevista individual (con una duración de 30 minutos aproximadamente), la cual debe contestar en forma completa. En ella se le consultará sobre usted, aspectos relacionados con su salud, aspectos relacionados con el apoyo social y sobre su percepción de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo. Este proyecto cuenta con la autorización del comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y el comité Ético-Científico (CEC) de cada una de las instituciones participantes en el estudio. Los datos de contacto del CEC del SS Concepción son: Dra. M. Antonia Bidegain S; (presidenta) y Dr. Rubén Miranda A, (secretario). Teléfono: (041) - 2722745.

4.- Riesgos asociados con la investigación:

Este estudio no contempla mediciones invasivas, toma de exámenes, administración de medicamentos o intervenciones, por lo que se plantea con un mínimo de riesgos para los y las participantes. Los riesgos relativos a la confidencialidad serán estrictamente resguardados.

5.- Aclaraciones:

- La participación en este estudio es voluntaria. En el caso que durante las entrevistas usted desee retirarse, puede hacerlo libremente, sin sanciones de ningún tipo.
- Usted no tendrá que hacer ningún gasto económico. Sin embargo, no esta contemplado ningún tipo de contribución monetaria para usted, al participar en este estudio.

(1) Este Consentimiento informado será utilizado en la UPC del Hospital Dr. G.G.B. Concepción.



- Además de usted, en este estudio multicéntrico nacional participarán más de 400 personas que se desempeñan en Unidades de Paciente Crítico. En el HGGB se estima participarán aproximadamente 130 personas
- La información que usted entregará será manejada sólo por la investigadora principal, bajo absoluta confidencialidad, antes, durante y después de aplicadas las encuestas.
- Los resultados de este estudio, serán publicados en revistas de corriente principal, conservando el anonimato de las personas e instituciones que participen en el estudio.
- Recibirá copia firmada de este consentimiento informado.
- Se espera que los resultados de esta investigación, permitan la comprensión del fenómeno de estudio, el cual pretende ser un aporte para la salud pública, la disciplina y la práctica profesional de enfermería.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación en este estudio, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

6.- Carta de Consentimiento Informado:

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado/a claramente sobre los procesos que se realizarán en la presente investigación, aportando información fidedigna He sido informado(a) y comprendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados y/o difundidos con fines científicos, manteniendo la confidencialidad de ellos. Por lo tanto, libre y voluntariamente

Acepto colaborar

Rechazo colaborar

En el estudio "Percepción de Riesgos Psicosociales y Carga Mental de Trabajo en el equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos".

Firma del participante

_____ de _____ de 2013
Fecha

Esta parte es completada por la investigadora (o su representante):

He explicado al Señor o Señora _____ la naturaleza y propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación en esta investigación. He contestado a sus preguntas y aclarado sus dudas en la medida de lo posible. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigaciones con seres humanos y me apego.

Nombre y firma de la investigadora

_____ de _____ de 2013
Fecha

Nombre y firma de Director del centro o su delegado

_____ de _____ de 2013
Fecha

Anexo J: Autorización de uso de SUSESO-ISTAS 21



Santiago, de Mayo de 2012.

ACEPTACIÓN CONDICIONES DE USO CUESTIONARIO SUSESO ISTAS 21

Paula Andrea Ceballos Vásquez, RUT 13.304.508-2, en su calidad de estudiante de Doctorado en Enfermería de la Universidad de Concepción con domicilio particular, Edificio Vista Verde, Chacabuco 1140, Depto 1204, Concepción, Región del Bío Bío, y con el objetivo de determinar en Tesis doctoral la existencia de riesgos psicosociales en la Unidad de Paciente Crítico, en este acto se entrega:

1. Manual de versión completa y breve
2. Software versión completa y breve
3. Manual software
4. Presentación

Documentos y aplicaciones contenidos en soporte magnético (CD) denominado “Suseso-Istas 21 Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo”, registro de propiedad intelectual, inscripción N° 187466

Autorizando su utilización para los fines declarados en documento anexo “solicitud de autorización de uso” obligándose a cumplir las condiciones para su aplicación, uso y desarrollo que se detallan a continuación:

Condiciones Esenciales de Uso

El cuestionario SUSESO-ISTAS 21 sólo podrá ser utilizado en la medida que se cumpla con las condiciones esenciales de uso, las cuales son permanentes y deben respetarse de manera estricta. Cualquier infracción a dichas condiciones implicará el término inmediato de la autorización de uso y autorizará a la Superintendencia de Seguridad Social a ejercer todas las acciones legales destinadas a resarcir los perjuicios causados. Las “Condiciones Esenciales de Uso” son las siguientes:

1. Respeto a las garantías y derechos de los trabajadores

El Cuestionario SUSESO-ISTAS 21 deberá ser utilizado dando estricto cumplimiento y respeto a las garantías y derechos de los trabajadores. En dicho espíritu, la utilización del cuestionario nunca podrá generar acciones u omisiones discriminatorias o que vulneren los derechos laborales.

2. No Modificación

El Cuestionario SUSESO-ISTAS 21 ha sido validado y adaptado a la realidad nacional tanto en aspectos de forma como de fondo, siguiendo para ello una rigurosa y científica metodología, razón por la cual, el cuestionario debe ser utilizado íntegramente y no puede ser objeto de ninguna modificación.



3. Anonimato y confidencialidad

El Cuestionario SUSESO-ISTAS 21 es un instrumento de aplicación individual, pero no evalúa al individuo sino que las condiciones organizacionales que pueden, eventualmente, constituir un riesgo psicosocial para un trabajador. Por ello, las respuestas al cuestionario son anónimas y se debe garantizar su estricta confidencialidad. Asimismo, se deja constancia que existe prohibición absoluta para el usuario de utilizar los datos proporcionados para tratar de identificar de alguna manera a los individuos que participaron en el cuestionario.

4. Protección de los datos personales

El Cuestionario SUSESO-ISTAS 21 deberá ser utilizado dando estricto cumplimiento y respeto a la normativa existente en materia de protección de datos personales, teniendo especial cuidado en no realizar acciones que pudieran afectar la intimidad, la vida privada o la honra de los trabajadores.

5. Información de los resultados

Proceso a través del cual un usuario informa a las autoridades competentes de los resultados obtenidos en el proceso de aplicación del cuestionario, a los Organismos del Estado normativos y fiscalizadores de la Ley 16.744 que así lo requiriesen, en cumplimiento de sus funciones.

Condiciones Especiales de Uso

Para poder utilizar el Cuestionario SUSESO-ISTAS 21, según sea la versión, naturaleza del usuario o finalidad perseguida, se deberán aplicar las siguientes reglas especiales:

1. Acreditación

La acreditación es el proceso a través del cual un Usuario se identifica ante la Superintendencia de Seguridad Social, cuando corresponda, a efectos de registrar sus datos, validar la información proporcionada y autorizar la utilización del Cuestionario.

Tratándose del uso del cuestionario SUSESO-ISTAS 21 Versión Completa y del uso del cuestionario SUSESO-ISTAS 21 Versión Breve por parte de unidades técnicas responsables de la prevención de riesgos de una empresa, institución, organizaciones gremiales o sindicales u otros, se deberá presentar una solicitud, identificando a la persona responsable que garantizará la correcta aplicación técnica y ética del Cuestionario, ante el Departamento Médico de la Superintendencia de Seguridad Social.

2. Participación

La participación es el proceso a través del cual se deja constancia de la aceptación libre, voluntaria e informada de los involucrados de formar parte del proceso que implica la aplicación del cuestionario en un Complejo Laboral en Estudio *.



Tratándose del uso del cuestionario SUSESO-ISTAS 21 Versión Breve por parte de las unidades técnicas responsables de la prevención de riesgos de una empresa, institución, organizaciones gremiales o sindicales u otros, se deberá contar con el acuerdo de las partes involucradas en la prevención de riesgos del complejo laboral en estudio (representación empresarial, representación de trabajadores), de lo cual deberá quedar constancia.

(*«Complejo Laboral en Estudio»: Empresa o institución, pública o privada, adscrita al sistema de seguridad social regido por la Ley 16.744, al cual se aplica el Cuestionario SUSESO-ISTAS 21, bajo las condiciones de este documento).

3. Socialización de Resultados

Proceso a través del cual un usuario informa a todas las partes involucradas en el proceso de aplicación del cuestionario, los resultados obtenidos. Tratándose del uso del cuestionario SUSESO-ISTAS 21 Versión Breve por parte de las unidades técnicas responsables de la prevención de riesgos de una empresa, institución, organizaciones gremiales o sindicales e instituciones de educación, los resultados obtenidos deberán ser informados por el usuario a todas las partes involucradas en el proceso de la aplicación del cuestionario.

Limitación de Responsabilidad

La Superintendencia de Seguridad Social quedará liberada de toda responsabilidad por el uso indebido del Cuestionario SUSESO-ISTAS 21, reservándose el derecho a ejercer todas las acciones legales tendientes a indemnizar por los perjuicios que se hubieren ocasionado.

Vigencia

La autorización de uso otorgada en virtud de este documento terminará automáticamente si el usuario infringe alguna condición establecida en el mismo. No obstante lo anterior, la Superintendencia de Seguridad Social se reserva el derecho a impedir su utilización, por resolución fundada.

La Superintendencia de Seguridad Social se reserva la facultad de sustituir en cualquier momento tanto las Condiciones esenciales y especiales así como todos aquellos avisos legales, directrices y/o reglamentos de uso incorporados en el sitio web de la Superintendencia y que, según los casos, sustituirán, completarán y/o modificarán las Condiciones aquí recogidas.

*Se deja constancia que en el software incluido en CD:

1. En “sentido del trabajo” el software asigna mal la categoría (bajo.medio-alto)
2. Hay una divergencia entre el informe que aparece en pantalla y el impreso : los títulos estarían intercambiados al menos entre “exigencias de esconder emociones “ y “exigencias sensoriales”, sólo en el informe impreso, en el informe en pantalla aparecen de manera correcta

Anexo K: Autorización de uso de ESCAM

Mail enviado a la tesista el 10/11/11

Estimada Paula:

Consideramos que puede utilizar la ESCAM-Escala Subjetiva de Carga Mental en el estudio que está realizando. Le adjuntamos la ESCAM en formato original actualizado, con 20 ítems. Y a continuación, le indicamos la forma de corrección e interpretación de la misma, aspecto que no viene recogido en el artículo de Rolo González, G., Díaz Cabrera, D. and Hernández Fernaud, E. (2009) Desarrollo de una Escala Subjetiva de Carga Mental de Trabajo (ESCAM). Rev. de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, vol.25, no.1, p.29-37.

Además se adjuntan documentos para la Corrección e interpretación de la ESCAM. Dado que la muestra de estudio que usted va a utilizar resulta de gran interés e importancia para nosotras, le agradeceríamos que nos enviara los datos (las escalas cumplimentadas por su muestra de enfermeras de UCI), para que formen parte de nuestro banco de datos e incluirlas en el baremo que estamos elaborando.

Esperando que la ESCAM sea de gran utilidad y aporte información relevante a su estudio se despide de usted atentamente,

Dra. Gladys Rolo González

Prof. Titular de Psicología Social.

Dpto. de Psicología Cognitiva, Social y Organizacional. Facultad de Psicología.

Campus de Guajara s/n. 38205. La Laguna.

Tenerife. I. Canarias. España.

Tfno.: (34) 922.31.75.24

Correo electrónico: grolog@ull.es

Anexo L: Aprobación del proyecto de investigación por Comité de Bioética Facultad de Medicina Universidad de Concepción



UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN



Sra.
Prof. Dra. Tatiana Paravic K.
Directora
Programa Doctorado en Enfermería
Facultad de Medicina
Presente./

De mi consideración,

Me es grato hacer llegar a UD. el informe corregido del Proyecto de Tesis denominado "Percepción de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo del equipo de salud en unidades de paciente crítico" de la alumna de Doctorado en Enfermería Srta. Paula Ceballos.

Sin otro particular, me despido de UD. saludándola muy atentamente.

Edgardo S. Sanzana, MD, PhD
Profesor Titular
Director de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Correo-e: esanzana@udec.cl



Concepción, 24 de Enero de 2013.
ESS/ecv
DIFM 010/2013





UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
FACULTAD DE MEDICINA



Concepción, 9 de enero de 2013.

Dr. Edgardo Sanzana S.
Director de Investigación
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimado Dr. Sanzana:

En respuesta a su solicitud de Evaluación Ética del Proyecto de Tesis denominado "Percepción de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo del equipo de salud en unidades de paciente crítico", de la alumna del Programa Doctorado en Enfermería, Sra. Paula Ceballos Vásquez, le envío mis observaciones de acuerdo a los estándares preestablecidos¹:

1. **Valor científico o social:** este proyecto permitirá contar con evidencia que sustente la esencia y rol de la Enfermería como disciplina. Los resultados contribuirán a una planificación estratégica de ésta para trasladar los conceptos filosóficos a la práctica asistencial.
2. **Validez científica:** Estudio descriptivo, correlacional y transversal. Utiliza los principios científicos y metodologías de la investigación adecuados. La investigadora fundamenta adecuadamente el diseño metodológico y la selección de muestra; explicita las variables; los instrumentos utilizados para la recolección de información se ajustan a los propósitos de su investigación y han sido sometidos a juicio de expertos; el procesamiento estadístico de la información recolectada y el análisis es coherente con los objetivos de su proyecto.
3. **Transparencia en la selección de los sujetos:** La condición de los sujetos de investigación se ajusta a los propósitos de la investigación, por lo tanto se justifica adecuadamente que ingresen en el estudio.
4. **Equilibrio entre riesgos y beneficios:** no existen riesgos potenciales, ni beneficios directos para los sujetos de investigación. Sin embargo, indirectamente se benefician todos los participantes y la sociedad, por los resultados e impacto potencial.
5. **Revisión independiente:** no existen conflictos de interés de este comité con la propuesta de investigación.
6. **Consentimiento informado:** describe el procedimiento ético que se realizará e incluye el formulario de consentimiento informado que se ajusta a los requerimientos internacionales (propósito de la investigación, voluntariedad de participación, garantía de confidencialidad y posibilidad de retiro voluntario en cualquier etapa de la investigación).
7. **Respeto hacia los sujetos, instituciones y comunidades que participan:** respeta el principio de autonomía de los participantes, a través del proceso de Consentimiento informado.

De acuerdo a lo planteado, se **APRUEBA** el proyecto.

Atentamente,

Dr. Alejandro Soto Sepúlveda
Integrante Comité de Bioética
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción



¹ Emanuel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. En Lolás F, Quezada A, editores. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003

Anexo M: Autorización Comité Ético-Científico Hospital 1



MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD JURÍDICA
Dr. FDK/MC/Sam



**SRA. PAULA CEBALLOS
PRESENTE**

De mi consideración:

Junto con saludarla, doy respuesta a su solicitud de realizar Investigación con el Personal de la Unidad Paciente Crítico de nuestro establecimiento

Al respecto puedo manifestarle que el Comité de Ética estimó de interés llevar a cabo esta investigación y dio su autorización.

Le saluda cordialmente,




**DR. FRANCISCO DANIELS KATZ
PRESIDENTE COMITÉ ÉTICA
HOSPITAL REGIONAL RANCAGUA**

RANCAGUA, MAYO 2013.-

Anexo N: Autorización Comité Ético-Científico Hospital 2



SERVICIO DE SALUD MAULE
COMPROMISO DE GESTIÓN BIOÉTICA

DR. EPR/DR. RM/CLAR
INT. B-ET. N° 35
28.06.2013

ORD.: N° 3592

ANT.: INT. B-ET. N° 21.

MAT.: Adjunta documento.

TALCA, 28 JUNIO 2013.

DE : SUBDIRECTOR DE GESTIÓN ASISTENCIAL DSSM

A : DRA. TATIANA PARAVIC KLIJN
Docente Guía de Tesis.
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Docente Guía de Tesis.

Adjunto remito a Ud. certificado de Aprobación del Comité de Ética Científica al proyecto : "Percepción de Riesgos Psicosociales y Carga Mental de Trabajo en el equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos". De la alumna PAULA ANDREA CEBALLOS VÁSQUEZ del programa de Doctorado en enfermería de vuestra casa de estudios.

Sin otro particular le saluda Atentamente

POR ORDEN DEL SEÑOR DIRECTOR



DR. EDUARDO PENA ROJAS
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN ASISTENCIAL
SERVICIO DE SALUD MAULE

DISTRIBUCIÓN:

- ✓ La Indicada,
- Cc.
- ✓ Archivo Comité de Ética SSM,
- ✓ Oficina de Partes.

"Construyendo una Red de Excelencia"



Comité de Ética Científica
1 SUR #936 TALCA
Teléfonos: 071-411710 - 411843 Red MINSAL 711710-711843
E-Mail: etica@ssmaule.cl - rmunoz@ssmaule.cl - lpauire@ssmaule.cl



SERVICIO DE SALUD MAULE
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICO

DR. RMC/lar
INT. B-ET. Nº21
21.06.2013

Talca, junio 21 de 2013.

DRA. TATIANA PARAVIC KLIJN
Docente Guía de Tesis.
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

De nuestra consideración:

Se han recibido los siguientes documentos del Proyecto titulado: "Percepción de Riesgos Psicosociales y Carga Mental de Trabajo en el equipo de salud de Unidades de Pacientes Críticos". De la alumna PAULA ANDREA CEBALLOS VÁSQUEZ, Enfermera, Licenciada en Enfermería, para optar al grado de Doctora en Enfermería. Becaria MECESUP. RUT: 13.304.508 - 2.

1. Resumen del Proyecto
2. Proyecto in extenso con anexos
3. Consentimiento Informado
4. Aprobación de los Comités de Ética relacionados
5. Certificado de alumno regular
6. Documento de Compromiso (*conocer y respetar*) la Leyes Nº 20.120 y 20.584 y la Norma Nº 57
7. Carta de autorización de Jefatura de Unidad de Paciente Crítico del Hospital de Talca.

Fueron analizados por los integrantes del Comité de Ética Científico del Servicio de Salud del Maule y se modificaron de acuerdo a las recomendaciones señaladas en reuniones de trabajo, a completa satisfacción, por lo que se Aprueba la realización del proyecto señalado.

Se emitirá la documentación correspondiente al Hospital Regional de Talca recomendando su Autorización

Sin otro particular, saluda atentamente,



DR. RAFAEL MUÑOZ CARRASCO
SECRETARIO EJECUTIVO
COMITÉ DE ÉTICA CIENTÍFICA
SERVICIO DE SALUD MAULE

DISTRIBUCIÓN:

- ✓ La Indicada,
- ✓ Archivo Comité de Ética SSM.

Comité de Ética Científica
1 SUR #936 TALCA
Teléfonos: 071-411710 - 411843 Red HINGAL 711710-711843
E-Mail: ctica@ssmaule.cl - rmunoz@ssmaule.cl - laquirre@ssmaule.cl

Anexo O: Autorización Comité Ético-Científico Hospital 3



ACTA DE EVALUACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA Nº2444
DE FECHA 14/08/2012.

CONCEPCION, 30 de Mayo de 2013

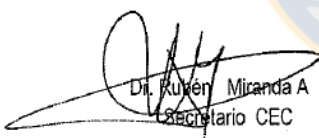
Srta.
Paula Ceballos Vásquez
Departamento de Enfermería
Facultad de Medicina U de C.
Presente.

Estimada Srta. Ceballos:

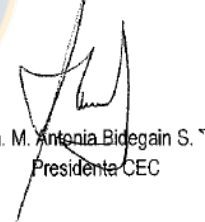
Junto con saludarle, nos permitimos informar a usted, que el Comité ético científico del Servicio de Salud Concepción, con fecha 30 de Mayo de 2013, resolvió aprobar en forma expedita las enmiendas efectuadas a su estudio titulado: "Percepción de riesgos psicosociales y carga mental de trabajo del equipo de salud en unidades de paciente crítico", por lo que considera que no hay impedimentos para su desarrollo en el hospital Dr. G.G.B. de Concepción, bajo su conducción como investigador responsable.

Además, este Comité solicita que:

- 1.- El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
 - 2.- Los reportes de efectos adversos y enmiendas se entreguen al comité en conjunto con una opinión personal del investigador, sobre la relevancia de ellos en el proyecto, los riesgos y la voluntariedad del paciente.
 - 3.- Una vez finalizado el proyecto, el comité deberá ser informado de los resultados del estudio.
 - 4.- Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta tres años cerrado el estudio
- Atentamente,


Dr. Rubén Miranda A.
Secretario CEC




Dra. M. Antonia Bidegain S.
Presidenta CEC

Distribución: - La indicada

- Director Centro de Investigación
- Archivo CEC

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC. Página 1

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(GCP-ICH); CON LAS LEYES CHILENAS Nº 20.120 Y Nº 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

Anexo P: Resultados de ANOVAS de Riesgos Psicosociales y Carga Mental de Trabajo con categorías ocupacionales

ANOVA de un factor para las categorías ocupacionales de los trabajadores de UPC participantes y las dimensiones de *Riesgos Psicosociales*.

Variables		Dimensiones de <i>Riesgos Psicosociales</i>										
		Exigencias psicológicas			Trabajo activo y desarrollo de habilidades		Apoyo social y calidad del liderazgo		Compensaciones		Doble presencia	
		N	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E
Cargo que desempeña	Enfermera/o	111	12,28	2,26	6,81	2,49	6,56	2,39	4,25	2,51	3,78	2,03
	Médico/a	55	13,49	2,55	6,36	2,65	6,44	3,06	2,85	2,50	2,64	1,84
	Kinesiólogo/a	18	11,06	2,60	6,72	2,74	7,89	2,65	5,00	2,70	3,22	1,92
	TENS	145	11,20	2,67	6,91	2,43	6,29	2,95	5,85	3,10	3,85	2,19
	Auxiliar	43	10,51	3,47	6,72	2,91	6,81	3,36	4,51	3,36	4,00	2,05
	Administrativo/a	6	11,67	3,55	7,00	2,19	4,33	1,63	3,17	1,94	3,67	2,16
		$F= 7,470^{**}$ $p=.000$			$F= ,323$ $p=,925$		$F= 1,536$ $p=,165$		$F= 8,828^{**}$ $p=,000$		$F= 2,891^{*}$ $p=,009$	

* $p < .05$; ** $p < .01$

ANOVA de un factor para las categorías ocupacionales de los trabajadores de UPC participantes y los factores de *Carga Mental de Trabajo*.

Variables		Factores de <i>Carga Mental de Trabajo</i>										
		Demandas cognitivas y complejidad de la tarea			Organización temporal		Consecuencias para la salud		Características de la Tarea		Ritmo de trabajo	
		N	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E	Media	D.E
Cargo que desempeña	Enfermera/o	111	3,99	,46	2,75	,71	3,41	,86	3,95	,55	3,22	,79
	Médico/a	55	4,02	,41	2,77	,83	3,41	,76	3,74	,59	3,07	,85
	Kinesiólogo/a	18	3,83	,57	3,00	,75	3,59	,70	3,07	,37	2,57	,47
	TENS	145	3,70	,57	2,70	,76	3,97	,80	3,66	,71	3,03	,87
	Auxiliar	43	3,30	,55	2,54	,79	3,65	,89	3,45	,65	2,67	,94
	Administrativo/a	6	3,64	,97	2,94	,71	3,83	1,09	3,92	,71	3,00	,79
		$F= 11,367^{**}$ $p=,000$			$F= 1,011$ $p=,418$		$F= 5,936^{**}$ $p=,000$		$F= 7,240^{**}$ $p=,000$		$F= 3,340^{*}$ $p=,003$	

* $p < .05$; ** $p < .01$