

# Desgaste y Riesgos Psicosociales en profesionales de la salud durante la pandemia en Chile

## Doctorado en Psicología

---

Autores/as: José Matamala;

Alba Barrera.

Sitio web: [www.psiucv.cl](http://www.psiucv.cl)

Fecha: 13 de agosto de 2020

Tel.: (32) 2274363

Dirección: Avda. El Bosque,

1290. Viña del mar

Ed: Grupo de Estudios TRASAS



# CONTENIDO

PRÓLOGO	3
INTRODUCCIÓN	4
I. FUNDAMENTACIÓN	5
I.I ASPECTOS CONCEPTUALES	8
II. METODOLOGÍA	10
OBJETIVO GENERAL	10
MUESTREO/PARTICIPANTES	11
INSTRUMENTOS	11
III. RESULTADOS	13
IV. DISCUSIÓN	38
VI. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIAS	47
VIII. AGRADECIMIENTOS	49

# PRÓLOGO

Como director del Programa de Doctorado en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y en representación del Grupo de Estudios en Trabajo, Subjetividad y Articulación Social (TRASAS) les presento los resultados de la investigación Desgaste profesional y riesgos psicosociales en trabajadores de la salud asociados a la CONFEDPRUS en tiempos de pandemia.

Esta investigación aborda el trabajo de los profesionales en el contexto de la pandemia por Covid19, un contexto complejo quienes se desempeñan en el sector salud, el cual ha demandado no sólo una mayor actividad en cuanto a tareas de atención, sino que también una mayor demanda psicológica. A simple vista no es difícil pensar que bajo la contingencia actual se genera una gran responsabilidad de cuidado por parte de estos profesionales para preservar la salud, lo cual conlleva además sobrecarga de trabajo.

En consideración con lo anterior, el objetivo de esta pesquisa fue dar cuenta del estado de salud mental que poseen estos trabajadores en condiciones tan excepcionales como la que estamos viviendo.

Poder contar con antecedentes sobre la situación de las trabajadoras y trabajadores proporcionará información sobre los contextos más desfavorecidos de la organización del trabajo, esto ayudará a la CONFEDPRUS y sus dirigentes a formar estrategias que resguarden la salud de sus afiliados y afiliadas.

Finalmente quiero relevar que esta investigación se generó producto del vínculo entre la academia y el mundo sindical. Como investigadoras e investigadores tenemos la responsabilidad de producir datos y análisis relevantes que puedan ser herramientas para actores y movimientos que empujan día a día por mejores condiciones y por un trabajo digno para todas y todos. Por ello agradecemos la confianza, el interés y el compromiso de la CONFEDPRUS por generar un trabajo conjunto que, creemos, representan un aporte tanto para el mundo del trabajo, como para la academia.

**Dr. Vicente Sisto Campos**  
**Director Programa Doctorado en Psicología**  
**Pontificia Universidad Católica de Valparaíso**

# INTRODUCCIÓN

El presente informe da cuenta de los resultados del segundo estudio coordinado por la subcomisión de salud mental de la Confederación Democrática de Profesionales Universitarios de la Salud (CONFEDPRUS) sobre la evaluación del desgaste profesional (o también conocido como *Burnout*) en sus asociados/as durante el período de la pandemia por coronavirus en Chile. Para el cumplimiento de los objetivos del segundo estudio, los/as responsables de la subcomisión invitaron a participar en el diseño y análisis de los datos a tres investigadores/as del Grupo de Estudios TRASAS, dependiente del programa de Doctorado en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso (PUCV). Tras dicha invitación, se acordó incorporar en el nuevo estudio algunas innovaciones, siendo las más destacadas la evaluación del contexto de trabajo durante el período de la pandemia y la medición del nivel de exposición a riesgos psicosociales. Con estas novedades, se esperaba contar con más información respecto al estado de la salud mental de los y las trabajadoras del rubro en la realización de sus importantes labores de cuidado.

Para facilitar la lectura y la comprensión, este informe se organiza en los siguientes apartados. En la primera parte, se fundamenta la relevancia del estudio, tomando en consideración la descripción del contexto sanitario, antecedentes conceptuales y empíricos relacionados con el tema de investigación. En la segunda parte, se detalla la metodología empleada para la construcción de los datos. En la tercera parte, se presentan los resultados y se les describe adecuadamente. Finalmente, en la cuarta parte se discuten los resultados, se enuncian las conclusiones y se comparten las limitaciones y proyecciones emergentes.

Esperamos que este informe sea útil para los propósitos que la directiva del Sindicato y sus asociados/as buscan en beneficio del cuidado de la salud mental en el trabajo.

# I. FUNDAMENTACIÓN

La pandemia por el novel coronavirus ha conllevado que los/as trabajadores/as del sector salud redoblen sus esfuerzos para brindar el cuidado necesario a la población afectada.

Los primeros reportes internacionales presentados en revistas científicas indicaron que este sobreesfuerzo se tradujo en una seria afectación de su salud mental, dado el aumento de los niveles de estrés, ansiedad y trastornos del humor (1), lo que puso en evidencia que su funcionamiento psíquico y el bienestar psicológico estaba en severo riesgo de empobrecimiento durante el período de la pandemia.

Antecedentes más actuales han venido a reafirmar dicha comunicación inicial. Así, por ejemplo, el estudio dirigido por Blake et al. (2) alertó sobre la excesiva preocupación del personal al contagio, acompañándose de experiencias cotidianas altamente estresantes, agotadoras y penosas relacionadas con el cuidado de los/as pacientes, lo que decantaba en la proliferación y agudización de cuadros psicósomáticos, ansiosos y de trastornos del sueño.

Por su parte, la revisión emprendida por Walton et al. (3) detalló otros aspectos relacionados con la afectación de la salud mental en dicho contexto. Algunos de ellos fueron los siguientes: a) el contagio efectivo del personal, lo que conducía al abandono provisorio del lugar de trabajo para el cumplimiento de cuarentas obligatorias, siendo no pocas de ellas efectuadas en un lugar apartado del domicilio de su grupo familiar b) los cambios constantes de protocolos de gestión en los centros asistenciales para el abordaje de los casos c) las exigencias para tomar decisiones sanitarias difíciles y con altos conflictos éticos e) la falta de provisión de elementos de protección personal (EPP) adecuados f) el dolor y la culpa por la muerte solitaria y sin contacto de los pacientes con sus familiares.

Finalmente, la revisión de literatura efectuada por Soares et al. (4) agregó que los/as profesionales de la salud durante la pandemia se han visto expuestos a un aumento significativo a riesgos psicosociales laborales, destacándose la gran carga de trabajo que deben sortear al tener una alta demanda de atenciones, junto con la extensión de la jornada de trabajo, el agotamiento y desgaste profesional, los conflictos con las autoridades sanitarias, la falta de reconocimiento y retribución por el trabajo realizado, entre otros aspectos.

Lo descrito previamente permite sostener que la afectación de la salud mental de los/as trabajadores/as del sector salud en el mundo se ha relacionado con distintos factores, los cuales han contribuido de una u otra manera a desgastarlos/as y lesionarlos/as anímicamente en la realización de sus tareas durante la pandemia.

Observando lo anterior en el plano local, en Chile las cifras de contagio por COVID-19 han sido extremadamente alarmantes, lo que ha traído aparejado la mantención de un estado de catástrofe sanitaria junto con medidas de restricción del contacto social. Este escenario además ha significado que los centros asistenciales se desborden, dada la necesidad imperiosa de la población de acceder a exámenes o cuidados relacionados con la enfermedad respiratoria.

Así las cosas, los/as profesionales de la salud han tenido que responder a las exigencias acrecentadas desempeñándose en un área laboral caracterizada por el fuerte debilitamiento del sistema de salud público gracias a décadas de postergación y desmantelamiento en comparación con el sistema de salud privado, asimismo, han tenido que actuar en condiciones laborales de alta precariedad y fragmentación, con deficiente infraestructura y de provisión de insumos.

En efecto, lo anterior ha jugado un papel importante en algunas experiencias e indicadores que se han elaborado en el país y que tienen relación con el estado de la salud mental de los/as trabajadores/as. Como muestra de aquello, en un reportaje realizado por la revista Paula<sup>1</sup> se documentaron relatos de profesionales del área de la salud, donde se detalló que algunos/as de ellos/as sufrían alteraciones del sueño, alopecia, ideaciones suicidas, crisis de angustia, trastornos de estrés postraumáticos, entre otros. Entre quienes compartieron sus relatos hubo ciertos componentes comunes afines con el sustrato de su malestar: la sobrecarga laboral, el miedo constante al contagio, la violencia laboral, la mala gestión de la crisis por parte de la autoridad, la falta de implementos técnicos y de personal para responder a las necesidades de la población, etc.

Por su parte, el primer estudio emprendido por la CONFEDPRUS en el mes de mayo de 2020 (5) permitió deslindar interesantes indicadores nacionales sobre la incidencia del desgaste profesional en la salud mental de sus asociados/as. En los resultados de dicho estudio, se destacó que los/as profesionales de la salud en Chile presentaron altos niveles de agotamiento emocional, con un nivel medio-alto de despersonalización o cinismo en la realización de sus tareas y un bajo riesgo en el nivel de realización personal mientras se trabaja. Aquello se puede interpretar como que los/as profesionales de la salud se estarían desgastando aceleradamente durante la pandemia, estando en serio riesgo de des-implicarse del trato humano y atento a sus pacientes, aun cuando el único factor protector indicado en el estudio haya sido precisamente que el trabajo realizado durante la pandemia tenga el pleno sentido social que ellos/as creen.

---

<sup>1</sup> El reportaje se llama ¿Quién cuida al personal médico? Salud mental y pandemia. Revista Paula, 19 de mayo de 2020. Disponible en <https://www.latercera.com/paula/noticia/quien-cuida-al-personal-medico-salud-mental-y-pandemia/4IBG63KCTVAI7KJDUT5HQEGM4I/>

De acuerdo con lo enunciado, el estudio realizado por la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI) en el mes de julio de 2020 (6) sobre la misma temática señalada previamente, vino a robustecer la preocupación y el estado de alerta sobre el estado de la salud mental en el ámbito sanitario. En dicho estudio, la SOCHIMI recalcó que un 60% de sus encuestados/as reportó altos niveles de agotamiento emocional, cerca del 50% un nivel moderado a alto de despersonalización y un 40% un nivel alto de Desrealización personal. Los resultados fueron un tanto más perniciosos para sus asociados/as, comparados con los entregados en el primer estudio efectuado por la CONFEDPRUS.

Tomando en cuenta todo lo descrito hasta esta parte, los antecedentes destacados instan a suponer la necesidad de vigilar y evaluar constantemente aquellos factores que están impactando negativamente en la salud mental de los/as profesionales de la salud, dado que la evidencia, los relatos y los indicadores analizados han sugerido la existencia de un severo daño para su actividad anímica mientras realizan sus funciones en el contexto de pandemia. Dicho perjuicio, sin la adecuada prevención e inclusive reparación pueden conllevar consecuencias aún más dramáticas, como son los suicidios sucedidos en el lugar de trabajo, la aversión para cumplir las jornadas de trabajo, la actuación negligente, la propensión a accidentes con resultados catastróficos, entre otros.

Por esa razón, en este segundo estudio emprendido por la CONFEDPRUS en colaboración con el Grupo de Estudios TRASAS de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso se decidió evaluar la intensidad de algunos de los factores que estarían relacionados con la afectación de la salud mental en los/as profesionales de la salud. Dichos factores son el desgaste profesional y los riesgos psicosociales laborales, los cuales suponen indicadores altamente explorados previamente en la población, entregando correctas orientaciones para el manejo y la gestión del cuidado de la salud ocupacional.

A continuación, se define conceptualmente cada uno de ellos para facilitar su comprensión.

# I.I ASPECTOS CONCEPTUALES

## a) El desgaste profesional o *burnout*

El desgaste profesional o conocido como síndrome de *burnout* ha sido ampliamente investigado en el ámbito sanitario (ver Merino et al.; Torres et al; Bitran et al. (7-9)) En general, dichos estudios han concluido que el desgaste profesional en el rubro está relacionado con el gran esfuerzo físico y mental implicado en las tareas de cuidado, el aumento de la carga de trabajo y demanda constante para resolver situaciones complejas, asimismo, el *burnout* se vincula con aspectos organizacionales e institucionales, tomando en cuenta los constantes cambios en la organización del trabajo sanitario.



Figura 1. Dimensiones que componen el Síndrome de *Burnout* según Ch. Maslach.

### Definición conceptual del *burnout*

De acuerdo con la definición de Maslach (10) el *burnout* es un síndrome que emerge como una respuesta psicológica a estresores psicosociales crónicos en el trabajo. Se compone de tres aristas o dimensiones, las cuales se conocen como cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o cinismo y desrealización o ineficacia profesional. Estos son descritos como sigue:

#### 1.- Cansancio o agotamiento emocional

Corresponde a sentimientos de estar sobreejercido/a y vacío/a de recursos emocionales, con sensación de debilidad o agotamiento, carencia de energía, etc.

#### 2.- Despersonalización o cinismo

Corresponde a una respuesta negativa insensible o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo. Este desapego puede implicar la presencia de tratos deshumanos hacia los/as usuarios/as de los servicios

#### 3.- Desrealización o ineficacia profesional

Se refiere a los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo. Se puede acompañar por una falta de recursos de trabajo, falta de apoyo social y de oportunidades para realizarse profesionalmente.

El *burnout* se asocia con la cronicidad del estrés en el trabajo y el fracaso de las estrategias de afrontamiento.



## b) Los riesgos psicosociales laborales

Así como el desgaste profesional, los riesgos psicosociales laborales también han sido estudiados en el sector salud (ver Castro; Rivera et al.; Palma y Ansoleaga (11-13)). Aquello se ha debido a que en el rubro se han identificado altas demandas psicológicas, experiencias estresantes, con una usual baja latitud decisional, falta de apoyo social, conflicto entre la vida familiar y laboral, asimismo, deficiencias organizativas, estilos de liderazgos perniciosos, conflictos de rol, violencia laboral, entre otros aspectos.



Figura 2. Dimensiones que componen los riesgos psicosociales laborales

### Definición conceptual de los riesgos psicosociales en el trabajo.

De acuerdo con Neffa (14) se entienden por riesgos psicosociales aquellos riesgos para la salud relacionados con el empleo y los factores organizacionales e interpersonales, los cuales son susceptibles de interactuar con el funcionamiento mental, los cuales impactan no solo en el individuo, sino también en la organización o empresa donde éste se desempeña. Siguiendo a Facas (15) los riesgos psicosociales se componen de cuatro componentes, los cuales son el sufrimiento patogénico, los estilos de gestión, la organización del contexto de trabajo y los daños relacionados con el trabajo. Aquellos se sintetizan a continuación:

#### 1.- Sufrimiento patogénico

Se relaciona con la presencia de sentimientos de inutilidad, indignidad, descalificación y vivencias depresivas, junto con una falla considerablemente de las estrategias defensivas de la salud mental.

#### 2.- Estilos de gestión

La gestión egocéntrica, sin preocupación por el bienestar de los/as trabajadores/as y basadas en la asimetría en las relaciones socioprofesionales corresponde un riesgo para la salud mental.

#### 3.- Organización del Contexto de Trabajo.

El trabajo se organiza dividiendo las tareas y a las personas, según normas prescritas, reglas, expectativas, demandas, etc. Una desarticulación entre el trabajo prescrito y lo real del trabajo, puede suponer un riesgo para la salud ocupacional.

#### 4.- Daños relacionados con el trabajo

Tienen relación con las dolencias y afecciones físicas, mentales y sociales relacionadas con el trabajo

## II. METODOLOGÍA

### OBJETIVO GENERAL

- Analizar la intensidad del desgaste profesional y los riesgos psicosociales laborales en una muestra representativa de profesionales de la salud asociados/as a la CONFEDEPRUS en Chile.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de desgaste profesional entre profesionales de la salud asociados/as a CONFEDEPRUS.
- Describir los niveles de riesgo psicosocial en el trabajo en la misma muestra.
- Analizar el grado de relación entre los niveles de desgaste profesional y riesgos psicosociales laborales.
- Evaluar la incidencia de algunas variables sociodemográficas, ocupacionales, de salud y relacionadas con la pandemia en los niveles de exposición a desgaste profesional y riesgos psicosociales laborales.
- Estimar los niveles de exposición a desgaste profesional y riesgos psicosociales laborales en subgrupos de interés que conforman la muestra.

### HIPÓTESIS

Tras los antecedentes descritos en el apartado precedente y en un contexto de alta tensión psicosocial en el que se encuentra laborando la población estudiada, las hipótesis que guían este estudio son.

- H<sub>1</sub>: Los/as participantes evidencian un nivel de riesgo moderado a alto en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización. A su vez, obtendrán valores de bajo a moderado en la dimensión de realización personal.
- H<sub>2</sub>: Los/as participantes obtienen puntajes acordes a un riesgo moderado a alto en las dimensiones que componen los Riesgos psicosociales laborales.
- H<sub>3</sub>: Existe una relación significativa entre las dimensiones de desgaste profesional y las de los riesgos psicosociales laborales.
- H<sub>4</sub>: Variables de interés sociodemográficas, ocupacionales, de salud y relacionadas con la pandemia tienen una incidencia significativa en los niveles de desgaste y riesgos psicosociales.
- H<sub>4</sub>: Subgrupos de interés en la muestra evidenciarán distintos niveles de desgaste y riesgos psicosociales.

### MÉTODO

Corresponde a un estudio de corte cuantitativo, no experimental, ex post facto, de tipo transversal.

## MUESTREO/PARTICIPANTES

La técnica de muestreo fue no probabilística por conveniencia. Según el registro de asociados/as a la CONFEDERUS, se obtuvo que el número de la población susceptible de ser incorporada al estudio fue de N=5.000 trabajadores/as. En consideración a dicha cantidad, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, se estimó un tamaño de la muestra de n= 379 individuos/as para participar del estudio. Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Ser mujer, hombre u otro género y mayor de edad
- Ser trabajador/a de rango universitario de la salud
- Contar con al menos un año de servicio en el sector.
- Estar afiliado/a a la CONFEDERUS.

## INSTRUMENTOS

Se utilizó una encuesta auto aplicada. La primera parte de ésta se compuso de variables sociodemográficas (e.g. sexo, edad, estado civil, etc.), ocupacionales (e.g. años de antigüedad en el rubro, tipo de calidad jurídica, remuneración, etc.), de estado de la salud (e.g. si ha tenido algún diagnóstico previo de salud mental, si tiene problemas de salud, si fuma, consume OH o medicamentos, etc.) y relacionadas con la pandemia (e.g. miedo al contagio, preocupación excesiva, extensión de jornada de trabajo, teletrabajo, esfuerzo de trabajo, conflicto conciliación trabajo-familia, etc.), las cuales fueron indagadas a partir de preguntas con respuestas cerradas y de selección múltiple.

La segunda parte del instrumento contuvo el *Maslach Burnout Inventory (MBI)* de Maslach & Jackson (16), adaptado para su uso en Chile por Manso-Pinto (17). El instrumento sirve para medir desgaste profesional o *burnout* y contiene tres dimensiones: **agotamiento personal** ( $\alpha = .80$ ), **despersonalización** ( $\alpha = .82$ ) y **realización personal** ( $\alpha = .85$ ), con un total de 22 ítems. Todos ellos son evaluados en una Escala Likert de 7 puntos, en un orden ascendente que va desde los valores 0= Nunca a 7= Todos los días, lo que permite categorizar el nivel de riesgo de *burnout* en bajo, medio, alto.

Finalmente, la tercera parte del instrumento dispuso del *Protocolo de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo (PROART)* de Facas y Mendes (18). Este instrumento permite medir el conjunto de factores de la organización del trabajo, estilos de gestión, sufrimiento patogénico y daños relacionados con el trabajo. Contiene cuatro subescalas: **1. Escala de organización del trabajo** que contiene dos dimensiones: división de tareas ( $\alpha = .85$ ) y división social del trabajo ( $\alpha = .90$ ). **2. Escala de estilos de gestión**, que contiene dos dimensiones: estilo individualista ( $\alpha = .85$ ) y estilo colectivista ( $\alpha = .93$ ). **3. Escala de indicadores de sufrimiento en el trabajo** compuesta por tres dimensiones: falta de sentido del trabajo ( $\alpha = .90$ ), agotamiento o desgaste mental ( $\alpha = .91$ ), falta de reconocimiento ( $\alpha = .92$ ). **4. La Escala de daños relacionados con el trabajo** que contiene tres dimensiones:

daños psicológicos ( $\alpha = .94$ ), daños sociales ( $\alpha = .91$ ) y daños físicos ( $\alpha = .93$ ). Todas las escalas son de tipo Likert de 5 puntos, cuyos puntajes van en un orden ascendente, donde 1= Nunca y 5= Siempre, lo que permite categorizar los riesgos psicosociales en los niveles bajo, moderado y alto.

## PROCEDIMIENTO

Representantes de la subcomisión de salud mental de la CONFEDPRUS les solicitaron a los/as participantes responder una encuesta en línea durante el mes de julio de 2020, a través de la plataforma virtual SurveyMonkey. Para que él o la participante pudiera acceder a responder la encuesta debía aceptar el consentimiento informado adjunto en la misma, manifestando su voluntariedad, conocimiento de los riesgos, beneficios y objetivos del proyecto de investigación. El consentimiento informado se basó en las orientaciones del comité de bioética de la PUCV<sup>2</sup>

### Plan de análisis

En la construcción de los resultados, se realizó un análisis primario de la base de datos. Se analizaron los estadísticos descriptivos y las frecuencias de las variables medidas. Posteriormente, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para analizar si los datos se distribuyeron normalmente, lo que permitiría determinar qué tipo de análisis estadísticos efectuar (i.e. paramétricos o no-paramétricos). Tras eso, se procedió a efectuar el análisis de fiabilidad de los instrumentos en relación con la muestra, obteniéndose el Coeficiente de fiabilidad ( $\alpha$ ) de Cronbach. Con esto, se buscaba evitar errores de medida, asegurando un mayor grado de consistencia en las puntuaciones a analizar.

Una vez efectuado lo anterior, se realizaron pruebas estadísticas inferenciales para analizar el grado de asociación e incidencia entre las variables y las diferencias entre los grupos de interés.

Todo el procedimiento de análisis de los datos se realizó a través del software estadístico Jamovi en su versión 1.1.9 y SPSS versión 23.0

---

<sup>2</sup> Se puede revisar el consentimiento informado tipo en la página web <https://www.pucv.cl/uuaa/vriea/instructivos-de-estudios-con-personas/2016-12-07/131201.html>

## III. RESULTADOS

### III.1 ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LAS ESCALAS

El siguiente análisis que se realizó fue el de fiabilidad por dimensión. Cabe señalar que los valores esperados para este análisis deben ser mayores a 0.70.

En cuanto al análisis de fiabilidad por dimensión del instrumento Maslach Burnout Inventory (16), arrojó los siguientes valores: agotamiento personal ( $\alpha=0.89$ ), despersonalización ( $\alpha=0.70$ ) y realización personal ( $\alpha=0.77$ ). Se aprecia que todos los valores de alfa de las dimensiones se encuentran por sobre el valor esperado 0.70, lo cual se identifica como adecuado.

En consonancia con lo anterior, el análisis de fiabilidad por dimensión del instrumento de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo (18) alcanzó los siguientes valores: 1. Escala de organización del trabajo que contiene dos dimensiones: división de tareas ( $\alpha=0.82$ ) y división social del trabajo ( $\alpha=0.87$ ). 2. Escala de estilos de gestión, que contiene dos dimensiones: \*estilo individualista ( $\alpha=0.84$ ) y estilo colectivista ( $\alpha=0.90$ ). 3. Escala de indicadores de sufrimiento en el trabajo compuesta por tres dimensiones: falta de sentido del trabajo ( $\alpha=0.97$ ), agotamiento mental ( $\alpha=0.87$ ), falta de reconocimiento ( $\alpha=0.91$ ). 4. la Escala de daños relacionados con el trabajo que contiene tres dimensiones: daños psicológicos ( $\alpha=0.90$ ), daños sociales ( $\alpha=0.86$ ) y daños físicos ( $\alpha=0.90$ ). Se observa que todos los valores de alfa de las dimensiones se encuentran por sobre el valor esperado 0.70, lo que se configura como adecuado.

\*En esta dimensión se eliminó el ítem 6 ya contribuía a disminuir el alfa de Cronbach de la dimensión completa.

### III.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

#### a) Antecedentes sociodemográficos

El total de trabajadores y trabajadoras que respondió la encuesta fue de  $n=470$ , siendo superior a la cantidad estimada en el cálculo inicial de la muestra. El 77% correspondió a mujeres, el 22.6% a hombres y el 0.4% a otro género. Las edades fueron de entre 25 a 78 años, siendo  $\bar{x}=39.9$  años ( $DE=9.33$ ). El nivel educativo de los y las participantes se compuso de un 34.7% de universitarios sin postgrado, 17% de universitarios con postgrado, el 11,3% con postítulo y el 37% restante con diplomado.

Su estado civil predominante fue soltero/a con un 57.2%, le siguió casado/a con un 30%, luego divorciados/as con un 8.5%, separados/as con un 3,6%, y finalmente viudo/a con 0.6%. En cuanto al número de hijos de los trabajadores y trabajadoras se puede señalar

que la mayoría tienen entre 1 y 3 con un 54.3%, le siguen aquellos que no tienen hijos con un 43.4% y luego están los que tienen entre 4 y 6 hijos con un 2.3%. En cuanto al número de personas que viven en el hogar de los/as profesionales, la gran mayoría oscila entre 1 a 5 integrantes con un 95,7%, los demás profesionales viven con 6 a 10 con un 4.3%.

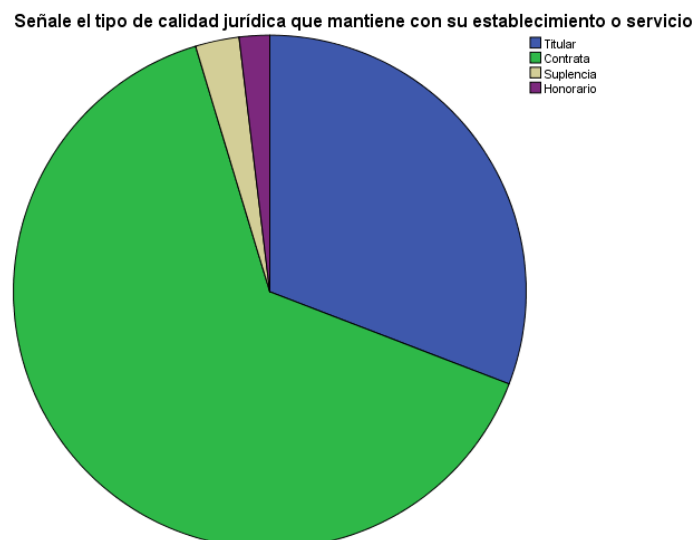
### b) Aspectos ocupacionales

En cuanto a las profesiones, de las 20 estipuladas, 5 profesiones se llevaron los mayores porcentajes, los cuales se detallan a continuación: el mayor porcentaje fue la profesión de enfermera con un 19,6%, luego las Matronas con un 14.7%, kinesiólogas 12,1%, Tecnóloga Médica con un 11,3% y finalmente Trabajadora Social con un 10%.

Respecto a los ingresos mensuales el rango que contiene a la mayoría de las participantes es el que va desde el millón de pesos a un millón quinientos mil con un 46.6%, le sigue el rango que va desde los ochocientos un mil hasta el millón de pesos con un 26.6%, en tercer lugar, se encuentra el rango de un millón quinientos hasta dos millones de pesos con 12.3%, entre cuatrocientos mil pesos a ochocientos mil con 9.8% y finalmente aquellos que obtienen más de dos millones de pesos con un 4.7%.

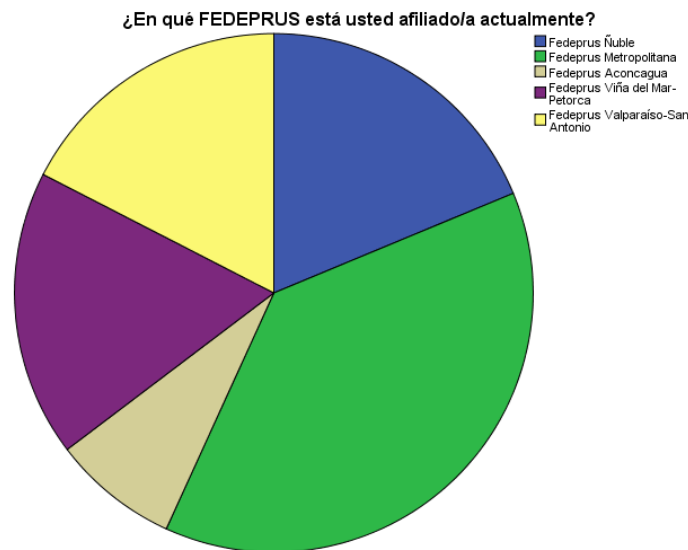
Vinculado a lo anterior, el 85.7% de las profesionales que respondieron a la encuesta le pagaban sus asignaciones, frente al 14.3% que no estaban recibiendo dicha asignación. Sobre el tiempo en la profesión, la mayoría de las profesionales se concentran entre los 11 y 15 años con un porcentaje de 24,7%, luego le sigue de 6 a 10 años con un 24,3%, luego de 1 a 5 años 16,8%, más de 25 años 14%, entre 16 y 20 años 11,1% y finalmente de 20 a 25 años con un 9,1%.

Relacionado con aquello, se encuentran los datos que dan cuenta del tiempo de antigüedad en el sector salud sobresaliendo el rango entre 6 y 10 años con un 26,4%, luego de 1 a 5 años un 23,4%, de 11 a 15 años 20,9%, más de 20 años 20,2% y en último lugar se encuentra el rango de 16 a 20 años con un 9,1%.



**Gráfico 1.** Calidad jurídica de los/as profesionales

La calidad jurídica que más porcentaje alcanzó fue a contrata con un 64.5%, le siguió luego titular con un 30.9%, suplencia 2.8% y finalmente honorarios con un 1.9%.



**Gráfico 2.** Afiliación sindical

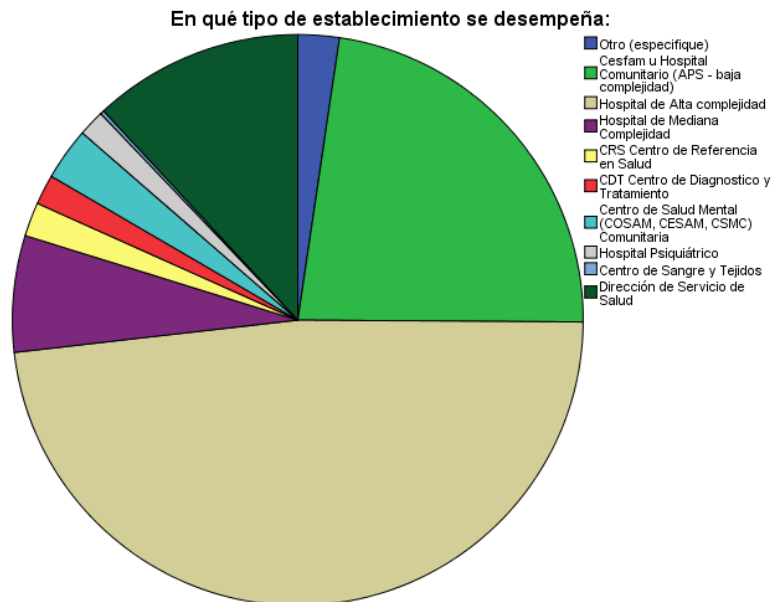
En cuanto a la afiliación sindical, se puede señalar que las trabajadoras/as con mayor cantidad de respuestas estuvieron afiliados/s a la FEDEPRUS Metropolitana con un 38.1 %, les siguieron las trabajadoras/as de FEDEPRUS Ñuble con 18.7%, FEDEPRUS Viña del Mar-Petorca 17.9%, FEDEPRUS Valparaíso-San Antonio 17.4%, y finalmente FEDEPRUS Aconcagua con un 7.9%.



**Gráfico 3.** Área de desarrollo laboral

Se puede observar en el gráfico que el mayor porcentaje de profesionales encuestados ejerce labores en la atención cerrada/servicios clínicos 33.8%, luego en la atención

abierta/ambulatoria 25.3%, en tercer lugar las áreas de apoyo clínico con un 11.1%, cuarto lugar las áreas de gestión de personas con un 10.6%, quinto lugar en lo administrativo financiero y otras con un 10.6%, sexto lugar en la gestión asistencial o sanitario con un 8.9%, séptimo lugar en lo prehospitalario (SAMU)/servicio de urgencia de alta resolutiveidad con un 1.3%, y finalmente se encuentra la dirigencial/sindical con un 2.1%.



**Gráfico 4.** Tipo establecimiento de salud

Respecto al tipo de establecimiento, la mayor cantidad de trabajadoras que respondieron a la encuesta pertenecen al Hospital de Alta complejidad concentrando el 48.1%, luego le siguió CEFAM u Hospital Comunitario (APS - baja complejidad) 22.8%, Hospital de Mediana Complejidad 6.6%, Centro de Salud Mental (COSAM, CESAM, CSMC) Comunitaria 3%, CRS Centro de Referencia en Salud 1.9%, CDT Centro de Diagnóstico y Tratamiento 1.7%, Hospital Psiquiátrico 1.5%, Centro de Sangre y Tejidos 0.2%, Dirección de Servicio de Salud 11.9%, finalmente, aquellas trabajadoras que pertenecen a otro establecimiento son un 2.3%.

En cuanto al tipo de jornada de trabajo (ver tabla 1), sobresale la jornada de 44 horas que concentra más de la mitad de las trabajadoras con un 61.7%

**Tabla 1.** Tipo de jornada de trabajo (n=470)

Tipo de jornada	n	%
Jornada de 11 horas	4	0.9
Jornada de 22 horas	13	2.8
Jornada de 44 horas	290	61.7
Jornada de 44 horas + extensión horaria	28	6
Sistema de tercer turno	8	1.7
Sistema de cuarto turno	49	10.4
Sistema de turno modificado (24 horas)	78	16.6



**Tabla 2.** Prolongación de turnos de trabajo (n=470)

<b>Horas de turnos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
No realiza turnos de trabajo	293	62.3
menos de 12 horas	27	5.7
12 horas	29	6.2
Entre 13 a 24 horas	51	10.9
Más de 24 horas	70	14.9

En consideración con la satisfacción que presentan las profesionales en torno a sus turnos de trabajo, un porcentaje de 15,1% señaló sentirse medianamente satisfecho/a, un 13.2% satisfecho/a, un 6.8% poco satisfecho/a, un 5.1% nada satisfecho/a y un 3.8% muy satisfecho/a.

### c) Aspectos del estado de salud

El 42.3% señaló tener algún problema de salud diagnosticado, mientras que el 57.7% respondió negativamente. En términos generales, la gran mayoría de las profesionales encuestadas refirió no realizar actividad física con un 57%, el 32.3% se ejercitaba entre una a tres veces a la semana, el 4.3% todos los días de la semana y el 6.4% de una a tres veces al mes.

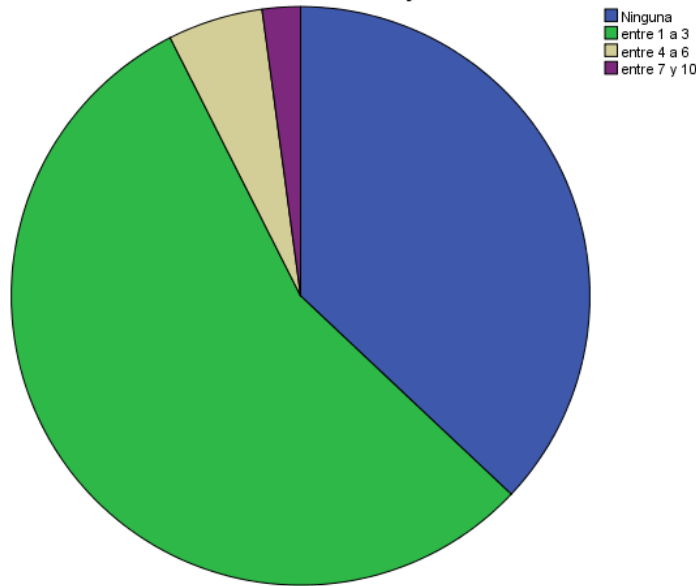
Al 41.3% de las profesionales que respondieron la encuesta le han diagnosticado un problema de salud mental previamente, mientras que el 58.7% respondió no tener patologías que afectaran la salud mental.

En cuanto al consumo de tabaco el 72.3% de las participantes señaló no consumir. De las personas que respondieron afirmativamente a la pregunta de consumo de tabaco, el 9.4% respondió muchas veces al día, mientras que el 6.8% señaló pocas veces al día, el 4.7% algunas veces a la semana, el 1.5% solo los fines de semana y finalmente el 5.3% señaló algunas veces durante el mes.

Sobre el consumo de medicamentos y psicotrópicos, el 57.2% señaló no haber consumido ninguna vez, mientras que el 24.7% respondió diariamente, el 10.2% mensualmente de forma esporádica y poco frecuente y finalmente el 7.9% semanalmente. De aquellos/as profesionales que señalaron consumir medicamentos, el 39.4% respondió que fueron prescritos por una profesional, mientras que el 11.5% son autoadministrados.

Respecto al consumo de alcohol, el 29.8% señaló no consumir, el mismo porcentaje (29.8%) señaló que lo hacía entre una a tres veces al mes, el 26.8% entre una o dos veces a la semana, el 10.9% tres o más veces a la semana y el 2.8% cuatro a seis veces al mes.

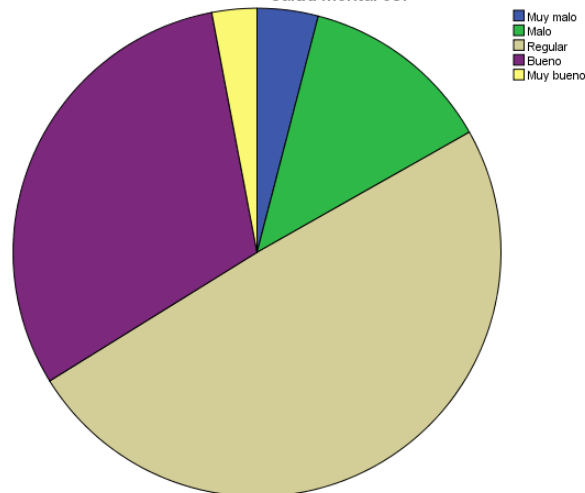
En los últimos 12 meses ¿cuántas licencias médicas ha presentado en su trabajo?



**Gráfico 5.** Cantidad de licencias médicas presentadas los últimos 12 meses.

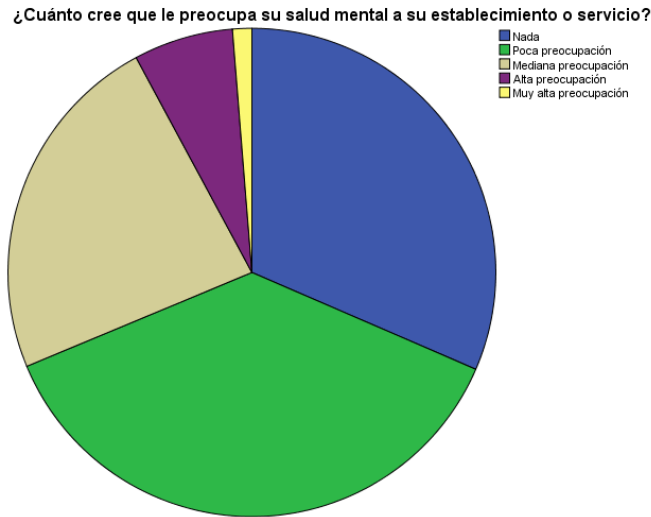
En orden decreciente el 55,5% ha presentado de entre una a tres licencias médicas, el 37% no ha presentado licencias médicas, el 10% entre siete y 10 licencias y el 5.3% entre cuatro y seis. Disgregando este ítem por género, es posible señalar que las mujeres obtuvieron un porcentaje mayor en cuanto a la solicitud de licencias médicas con un 82%, frente al 18% que presentaron los hombres en esta misma categoría.

En general, durante los últimos 6 meses, usted considera que el estado de su salud mental es:



**Gráfico 6.** Autopercepción del estado de salud mental

El 49.4% señaló tener un estado regular de salud mental, el 30.9% un estado bueno, el 12.8% un mal estado, el 4% muy malo y el 3% muy bueno.



**Gráfico 7.** Preocupación por la salud mental en el establecimiento

El 37.2% señala poca preocupación por parte de su establecimiento sobre el cuidado de la salud mental en el trabajo, el 31.5% nada de preocupación, el 23.4% mediana preocupación, el 6.6% alta preocupación y el 1.3% muy alta preocupación.

Respeto a la realización de autocuidado para las profesionales, el 52.1% señaló no tener estas instancias de este tipo en su establecimiento. El 38.3% entre una a tres actividades durante los últimos doce meses, el 7.9% entre cuatro y seis, y finalmente entre seis a diez 0.9% y más de diez 0.9%. En vinculación con esto, las respuestas en torno a la satisfacción de las participantes con las actividades de autocuidado guardan relación con que el 45.5% se siente nada satisfecho, el 28.7% poco satisfecho, el 16.6% medianamente satisfecho, el 6.8% satisfecho y el 0.6% muy satisfecho.

#### d) Aspectos relacionados con la pandemia

Para contextualizar, cabe señalar que las preguntas referidas en la siguiente tabla se generaron bajo la consigna inicial: “durante el periodo de pandemia...”

**Tabla 3.** Frecuencias sobre variables relacionadas con el trabajo durante la pandemia

Preguntas	Si %	No %
Aumento de exigencia en el trabajo	86.6	13.4
Disminución del control en el trabajo	68.9	31.1
Preocupación excesiva por los usuarios	84	16
Sobre esfuerzo para realizar el trabajo	84.7	15.3
Incremento de las recompensas en el trabajo	4.7	95.3
Presión de los colegas para cumplir metas	55.7	44.3
Presión de los superiores para cumplir metas	59.8	40.2
Sensación de aislamiento de los colegas	54.9	45.1
Extensión de la jornada	71.7	28.3
Dificultades para realizar trabajo doméstico	78.3	21.7
Dificultad de conciliación trabajo-hogar	71.1	28.9

Sobre exigencia trabajo doméstico-agobio	60.4	39.6
Irritabilidad hacia los seres queridos	70.6	29.4
Capacitación y supervisión de EPP	68.1	31.9
Entrega de EPP suficientes	63.2	36.8

Disgregando por género aquellas respuestas que señalaron afirmativamente tener las dificultades para realizar trabajo doméstico el 76,3% corresponden a mujeres, el 22.5% a hombre y el 0.5% a otro género.

Sobre las dificultades de conciliación trabajo-hogar, el 76.3% correspondieron a mujeres, el 23% a hombres el 0.5% a otro género.

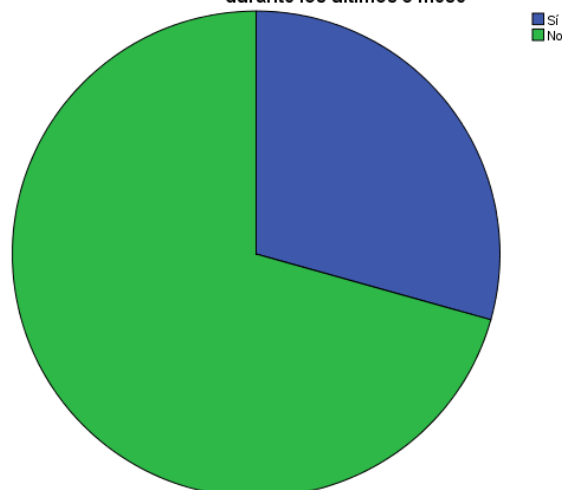
Respecto a la sobre exigencia en el trabajo doméstico y la sensación de agobio el 78.8% correspondió a mujeres, el 20.4% a hombres y el 0.7% a otro género

En cuanto a la percepción de exposición a pacientes con COVID 19, un 54.9% de las profesionales encuestadas manifestó sentirse expuesta en su lugar de trabajo. Por el contrario, un 45.1% señaló no percibir exposición al virus. En concordancia con este tema se consultó sobre la percepción de preocupación excesiva de contagiarse de COVID 19. En ese sentido el 49.4% señaló mantener una frecuencia de una a tres veces a la semana, el 19.1% de cuatro a siete veces a la semana, el 16.4% ninguna vez, el 11.1% más de doce veces a la semana y finalmente el 4% de ocho a doce veces a la semana.

La valorización de riesgo de contagiarse de COVID 19 en el establecimiento fue de un 34.4% de moderado riesgo de contagio, un 23% consideró un alto riesgo de contagio, el 19.4% bajo riesgo de contagio, el 16.2% muy alto riesgo de contagio y el 5.1% nada de riesgo de contagio.

Frente a la pregunta de sobre la realización de teletrabajo por contexto de COVID 19 el 57% refirió que debió ajustarse a esa modalidad, mientras que el 43% señaló que mantiene la presencialidad en el trabajo. Para aquellas personas que respondieron afirmativamente encontrarse en teletrabajo el 20.2% señaló sentirse medianamente satisfecho, el 17.4% nada satisfecho, el 16.2% poco satisfecho, el 15.3% satisfecho y el 5.5% muy satisfecho.

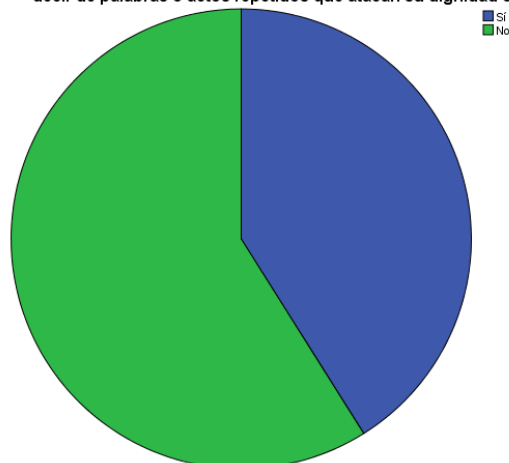
Si definimos el acoso como una situación en la que una persona percibe que continuamente es objeto de conductas negativas frente a las cuales tiene dificultades para defenderse ¿según esta definición, usted ha sido acosado/a durante los últimos 6 mese



**Gráfico 8.** Autopercepción de acoso laboral

El 70.6% refirió no haber vivenciado acoso laboral, mientras que el 29.4% de las encuestados/as señaló percibir actitudes de acosos en su trabajo. Para aquellas personas que respondieron afirmativamente a la pregunta sobre acoso laboral, el 16.8% respondió con la frecuencia de vez en cuando, el 12.6% pocas veces, el 4.9% varias veces a la semana y finalmente el 1.3% señaló prácticamente a diario. En la misma línea, desgregado por género, el 79% correspondieron a mujeres que auto percibieron acoso, mientras que los hombres obtuvieron el 20%.

En su trabajo principal, ¿ha sido alguna vez objeto de acoso psicológico, es decir de palabras o actos repetidos que atacan su dignidad o integridad?



**Gráfico 9.** Autopercepción de acoso psicológico en el trabajo

El 41.1% señaló auto percibirse como víctima de acoso psicológico, mientras que el 58.9% refirió lo contrario. Frente a aquellas respuestas afirmativas de autopercepción de acoso psicológico el 83% fueron mujeres, el 16.3% hombres y el 0.4% de otro género.

### III.2 ANÁLISIS SOBRE NIVELES DE DESGASTE Y RIESGOS PSICOSOCIALES LABORALES

Tal como detalló en el plan de análisis de los datos, previo al análisis de los valores obtenidos en cada una de las escalas, se procedió a efectuar la prueba Kolmogórov-Smirnov para una muestra con el objeto de analizar si los datos se ajustaron o no a la distribución normal. Los resultados revelaron que los datos recabados no se ajustaron a la distribución normal, por lo que se deberían utilizar en este estudio procedimientos atinentes a la estadística no paramétrica para inferir algunas interpretaciones.

Posteriormente, se efectuó el análisis de las intensidades sobre los niveles de riesgo de desgaste profesional y riesgos psicosociales laborales.

#### a) DESGASTE PROFESIONAL

De acuerdo con los resultados obtenidos en las dimensiones que conforman el constructo de desgaste profesional, la media de los puntajes en la dimensión **Cansancio o agotamiento emocional** fue  $\bar{x} = 29.03$  ( $DE = 12.68$ ); mientras que en la dimensión **despersonalización o cinismo**  $\bar{x} = 6.40$  ( $DE = 6.02$ ) y en la dimensión **realización personal**  $\bar{x} = 38.80$  ( $DE = 7.03$ ).

Para la determinación de las intensidades de los niveles de riesgo en cada una de las dimensiones, se fijaron dos sistemas de medición de puntajes de corte. El primero de ellos (**criterio 1**) es aquel que está conforme con lo sugerido por algunas investigaciones previas relacionadas con la temática, las cuales identifican los siguientes puntos de corte para cada nivel de riesgo en las dimensiones de desgaste profesional.

**Tabla 4.** Puntos de cortes de niveles de riesgo según recomendaciones de alguna literatura previa.

Dimensión	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Cansancio emocional	0-18	19-26	27-58
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	40-56	34-39	0-33

Sin embargo, dada la discusión observada en la literatura sobre la validez del uso de dichos criterios de corte sobre distintas poblaciones, se consideró pertinente también la determinación de puntajes relacionados con los valores propios de la muestra en estudio (**criterio 2**). Para aquello, se siguió la recomendación de Maslach, quien sugiere establecer puntajes de cortes en función de los percentiles 33 y 66.

**Tabla 5.** Puntos de cortes de niveles de riesgo según percentiles 33 y 66

Dimensión	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
Cansancio emocional	0-21	22-34	35-58
Despersonalización	0-2	3-6	7-30
Realización personal	43-56	37-42	0-36

Así, tras la utilización de ambos de puntajes de corte, se obtuvieron los niveles de riesgo en cada una de las dimensiones.

**Tabla 6.** Niveles de riesgos en las dimensiones del desgaste profesional según dos criterios de corte

Dimensión	Criterio 1	Criterio 2
Cansancio emocional	Riesgo Alto	Riesgo Medio
Despersonalización	Riesgo medio	Riesgo Alto
Realización personal	Riesgo medio	Riesgo medio

Tal como se observa, las intensidades de los niveles de riesgo en las dimensiones Cansancio emocional y Despersonalización son distintas en función del criterio utilizado para dicha determinación. Sin embargo, aquello solo varía la ponderación del nivel de afectación en cada dimensión, sin modificar sustancialmente el razonamiento general derivado de los resultados. Por ejemplo, siguiendo a Morera et al. (19), aquellos/as trabajadores/as que reportan bajo nivel de vigor y dedicación, con un moderado nivel de cansancio o agotamiento y una despersonalización alta evidencian una mayor severidad en los síntomas relacionados con el *burnout*. De esa manera, **se puede aducir que las intensidades indicadas en la tabla 6 hacen suponer, tanto en función del criterio 1 como del criterio 2, que los/as participantes de este estudio en promedio están severamente afectados/as por el desgaste profesional en la realización de sus funciones.**

Considerando lo anterior, se puede señalar que los hombres de entre 31-35 años y las mujeres de 36-40 años presentaron las más altas prevalencias en desgaste emocional y despersonalización; mientras que los hombres de entre 36-40 años y las mujeres de 48+ años evidenciaron las más bajas puntuaciones en la dimensión de realización personal. Para género no binario, las puntuaciones se situaron en el intervalo de edad de entre 36-40 años, siendo similares a los indicadores antes descritos.

Para facilitar la discriminación de los niveles de riesgo más altos en las dos primeras dimensiones y los más bajos en la tercera dimensión en función de las variables sociodemográficas y ocupacionales, se construyó una tabla de síntesis (Tabla 7).

**Tabla 7.** Síntesis de medias más altas en dos dimensiones y medias más bajas en una dimensión (Realización personal) según algunas variables sociodemográficas y ocupacionales (n=470)

Variables	Descripción	Cansancio emocional	Despersonalización	Realización personal
Estado civil	Separado/a	$\bar{x}$ = 31.12 (DE= 12.95)	-	$\bar{x}$ = 37.02 (DE= 8.67)
	Soltero/a	-	$\bar{x}$ = 7.12 (DE= 6.29)	-
Cantidad de hijos	4 a 6 hijos	$\bar{x}$ = 32.27 (DE= 11.95)	$\bar{x}$ = 8.09 (DE= 7.01)	$\bar{x}$ = 32.27 (DE= 11.95)
Nivel educativo	Postítulo	$\bar{x}$ = 30.87 (DE= 11.95)	$\bar{x}$ = 6.94 (DE= 6.26)	$\bar{x}$ = 37.23 (DE= 7.66)
Tiempo en la profesión	11 a 15 años	$\bar{x}$ = 32.37 (DE= 11.29)	-	-
	6 a 10 años	-	$\bar{x}$ = 7.16 (DE= 6.45)	-
	20 a 25 años	-	-	$\bar{x}$ = 37.44 (DE= 8.00)
Relación de servicios	11 a 15 años	$\bar{x}$ = 31.29 (DE= 12.36)	-	-
	16 a 20 años	-	$\bar{x}$ = 7.56 (DE= 6.63)	$\bar{x}$ = 37.98 (DE= 7.75)
Calidad jurídica	Suplencia	$\bar{x}$ = 31.54 (DE= 10.70)	$\bar{x}$ = 6.62 (DE= 8.14)	$\bar{x}$ = 37.38 (DE= 9.48)
Tipo de establecimiento en que trabaja	CRS Centro Referencia Salud	$\bar{x}$ = 35.67 (DE= 11.22)	-	-
	CDT Centro de Diagnóstico y Tratamiento	-	$\bar{x}$ = 9,25 (DE= 5.75)	$\bar{x}$ = 38.13 (DE= 5.08)
Área desempeño laboral	Dirigencia sindical	$\bar{x}$ = 36.70 (DE= 12.61)	-	$\bar{x}$ = 34.40 (DE= 7.95)
	Pre Hospitalaria (SAMU) /	-	$\bar{x}$ = 9.83 (DE= 6.62)	-
Tipo de Jornada de Trabajo	Jornada de 11 horas	$\bar{x}$ = 35.75 (DE= 14.24)	-	-
	Sistema de turno modificado (24 horas)	-	$\bar{x}$ = 7.90 (DE= 6.36)	$\bar{x}$ = 37.26 (DE= 7.89)

Tal como se puede apreciar, hubo diferencias en las intensidades en función de las variables indicadas. Por ejemplo, quienes señalaron estar separados/as reportaron mayores niveles de cansancio emocional y mayor desrealización profesional. Asimismo, quienes llevaban 16 a 20 años de relación de servicio con la institucionalidad de salud obtuvieron las más altas puntuaciones en despersonalización. Por su parte, quienes trabajan en sistema de 11 horas reportaron la más alta intensidad de cansancio emocional, mientras quienes están en un sistema de turnos modificado (24 horas) presentaron las más riesgosas puntuaciones en despersonalización y desrealización profesional.



## B) RIESGOS PSICOSOCIALES LABORALES

En relación con los resultados obtenidos en las dimensiones que conforman los riesgos psicosociales laborales, la media de las puntuaciones en las subescalas de la escala de **Organización del contexto de trabajo, División de Tareas** fue  $\bar{x} = 3.07$  ( $DE = .73$ ); mientras que en la **División Social de Trabajo**  $\bar{x} = 3.37$  ( $DE = .65$ ). Respecto a las subescalas de la escala de **estilos de gestión**, las medias fueron **Estilo Individualista**  $\bar{x} = 3.29$  ( $DE = .68$ ) y **Estilo Colectivista**  $\bar{x} = 2.65$  ( $DE = .69$ ). Respecto a las subescalas de la escala de **Sufrimiento patogénico**, las medias de las puntuaciones fueron para **Sentido de trabajo**  $\bar{x} = 1.80$  ( $DE = .67$ ); **Desgaste mental**  $\bar{x} = 2.76$  ( $DE = .78$ ); **Reconocimiento**  $\bar{x} = 2.34$  ( $DE = .83$ ). Por su parte, las medias en las subescalas de la escala de **Daños relacionados con el trabajo** fueron **daños psicológicos**  $\bar{x} = 2.57$  ( $DE = .84$ ); **daños sociales**  $\bar{x} = 2.16$  ( $DE = .70$ ) y **daños físicos**  $\bar{x} = 3.00$  ( $DE = .88$ ).

Para estimar las intensidades o niveles en cada una de las subdimensiones relacionadas con los riesgos psicosociales laborales se utilizaron los puntajes de corte recomendados por Facas y Mendes (18).

**Tabla 8.** Puntajes de cortes en cada subescala sobre riesgos psicosociales laborales

Dimensión	Riesgo Bajo	Riesgo Medio	Riesgo Alto
División de Tareas	3.70-5.00	2.30-3.69	1.00-2.29
División Social del Trabajo	3.70-5.00	2.30-3.69	1.00-2.29
Estilo individualista	3.50-5.00	2.50-3.49	1.00-2.49
Estilo colectivista	3.50-5.00	2.50-3.49	1.00-2.49
Sentido de trabajo	1.00-2.29	2.30-3.69	3.70-5.00
Desgaste mental	1.00-2.29	2.30-3.69	3.70-5.00
Reconocimiento	1.00-2.29	2.30-3.69	3.70-5.00
Daños psicológicos	1.00-2.29	2.30-3.69	3.70-5.00
Daños sociales	1.00-2.29	2.30-3.69	3.70-5.00
Daños físicos	1.00-2.29	2.30-3.69	3.70-5.00

Las intensidades en cada una de las subescalas permiten suponer que las dimensiones de **división de tareas** y **división social del trabajo** se situaron en un **riesgo medio**. Esto permite indicar que en la escala de **Organización de contexto de trabajo** los/as participantes evidenciaron un **riesgo medio** ( $\bar{x} = 3.22$ ). Asimismo, en las dimensiones relacionadas con el Estilo de gestión, se obtuvo una mayor preponderancia en la presencia del **Estilo Individualista de administración**, ubicándose las puntuaciones en un **riesgo medio**.

Por su parte, en las dimensiones relacionadas con la escala de **Sufrimiento Patogénico**, los puntajes en las dimensiones **Desgaste Mental** y **Reconocimiento** se ubicaron en un **riesgo medio**, mientras que en la dimensión **Sentido de trabajo** en un **nivel bajo**. Lo anterior permite sostener que en la Escala de **Sufrimiento Patogénico** los/as participantes evidenciaron en promedio un nivel de **riesgo medio** ( $\bar{x} = 2.30$ ).

Respecto a las dimensiones de la escala de **Daños relacionados con el trabajo**, los valores obtenidos en las dimensiones **Daños psicológicos** y **Daños físicos** se posicionaron en un nivel de **riesgo medio**, mientras que la dimensión **Daños sociales** se encontraron en un **nivel bajo**. Sintetizando los anteriores resultados, se puede señalar que en la escala de **Daños relacionados con el trabajo** los puntajes generales se ubicaron en un **nivel de riesgo medio** ( $\bar{x} = 2.57$ ).

**Tabla 9.** Síntesis del nivel de riesgos psicosociales laborales según dimensiones de escala (n=470)

Dimensión	Nivel de riesgo
División de Tareas	Riesgo medio
División Social del Trabajo	Riesgo medio
Estilo individualista	Riesgo medio
Estilo colectivista	Riesgo medio
Sentido de trabajo	Riesgo bajo
Desgaste mental	Riesgo medio
Reconocimiento	Riesgo medio
Daños psicológicos	Riesgo medio
Daños sociales	Riesgo bajo
Daños físicos	Riesgo medio

Aparte de lo previamente señalado, desagregando los resultados por variables sociodemográficas, se puede señalar que las mujeres y hombres de entre 25 a 30 años tuvieron las más altas puntuaciones en las escalas de **División de tareas** y **División social del trabajo**, y **Estilo de gestión individualista**. Mientras tanto, los hombres y mujeres de entre 36 a 40 años obtuvieron los más altos valores en la escala de **Sentido de trabajo** y **Reconocimiento**; los hombres de entre 31 a 35 años y las mujeres de 36 a 40 años lo hicieron en la escala de **Desgaste mental**. Por su parte, los hombres de entre 31 a 40 años y las mujeres de 36 a 40 años obtuvieron los puntajes más altos en la dimensión de **Daños psicológicos** y **Daños sociales**. Finalmente, los hombres de entre 31 a 35 años y las mujeres de 36 a 40 años reportaron las mayores prevalencias en la dimensión de **Daños físicos**.

Continuando con el análisis de los datos desagregados, las intensidades más altas en función de las cuatro dimensiones de los riesgos psicosociales, variables sociodemográficas y ocupacionales, se sintetizan en la tabla 10.

**Tabla 10.** Síntesis de las medias más altas por cada dimensión de los riesgos psicosociales laborales (n=470)

Variables	Descripción	Organización del contexto de trabajo	Estilo de Gestión	Sufrimiento patológico	Daños relacionados con el trabajo
	Viudo/a	$\bar{x}$ = 3.24 (DE= .63)	$\bar{x}$ = 3.03 (DE= .29)	-	-
Estado civil	Separado/a	-	-	$\bar{x}$ = 2.57 (DE= .92)	$\bar{x}$ = 2.74 (DE= .82)
Cantidad de hijos	No tener hijos	$\bar{x}$ = 3.11 (DE= .51)	$\bar{x}$ = 2.94 (DE= .31)	-	-
	4 a 6 hijos	-	-	$\bar{x}$ = 2.66 (DE= .78)	$\bar{x}$ = 3.04 (DE= .66)
Nivel educativo	Universitario pregrado	$\bar{x}$ = 3.12 (DE= .61)	$\bar{x}$ = 2.46 (DE= .57)	-	-
	Postítulo	-	-	$\bar{x}$ = 2.46 (DE= .66)	$\bar{x}$ = 2.77 (DE= .55)
Tiempo en la profesión	1 a 5 años	$\bar{x}$ = 3.14 (DE= .66)			
	16 a 20 años		$\bar{x}$ = 2.96 (DE= .25)		
	11 a 15 años			$\bar{x}$ = 2.44 (DE= .65)	$\bar{x}$ = 2.71 (DE= .65)
Afiliación a Fedepus	Fedepus Ñuble	$\bar{x}$ = 3.14 (DE= .59)	-	-	-
	Fedepus Aconcagua	-	$\bar{x}$ = 2.97 (DE= .30)	-	-
	Fedepus Viña-Petorca	-	-	$\bar{x}$ = 2.39 (DE= .73)	$\bar{x}$ = 2.78 (DE= .65)
	Honorarios	$\bar{x}$ = 3.53 (DE= .59)	-	-	-
Calidad jurídica	Suplencia	-	$\bar{x}$ = 2.96 (DE= .29)	$\bar{x}$ = 2.56 (DE= .21)	$\bar{x}$ = 2.73 (DE= .51)
	Otro	$\bar{x}$ = 3.35 (DE= .53)	-	-	-
Tipo de establecimiento en que trabaja	CDT Centro de Diagnóstico y Tratamiento		$\bar{x}$ = 2.97 (DE= .40)	-	-
	Centro de Salud Mental	-	-	$\bar{x}$ = 2.31 (DE= .49)	-
	CRS Centro de Referencia Salud	-	-	-	$\bar{x}$ = 2.96 (DE= .64)
Área de desempeño laboral	Área de apoyo clínico (laboratorio y farmacias)	$\bar{x}$ = 3.16 (DE= .58)	$\bar{x}$ = 2.99 (DE= .39)		
	Dirigencia sindical			$\bar{x}$ = 2.78 (DE= .88)	

Variables	Descripción	Organización del contexto de trabajo	Estilo de Gestión	Sufrimiento patogénico	Daños relacionados con el trabajo
	Prehospitalaria (Samu, etc.)/SAR				$\bar{x}= 3.12$ (DE= 78)
Tipo de Jornada de Trabajo	Jornada de 22 horas	$\bar{x}= 3.41$ (DE= .45)			
	Sistema de tercer turno		$\bar{x}= 3.19$ (DE= .37)		
	Jornada de 11 horas			$\bar{x}= 2.58$ (DE= 1.32)	$\bar{x}= 2.91$ (DE= 1.24)

Como muestra de lo presentado en la tabla 10, se puede señalar que los/as participantes viudos/as y separados/as presentaron las cifras más altas de riesgos psicosociales en comparación con otros estados civiles. A su vez, quienes señalaron no tener hijos o tener entre 4 a 6, obtuvieron unas medias un poco más altas respecto con otros segmentos. Asimismo, quienes señalaron tener el grado académico de pregrado o haber realizado un postítulo evidenciaron las medias más altas.

Cabe mencionar que quienes estaban afiliados/as a Confedepus Ñuble obtuvieron las medias más altas en la dimensión de Organización del Contexto de Trabajo; mientras que aquellos/as de Fedepus Aconcagua lo hicieron en la dimensión de Estilo de Gestión, así como quienes estaban asociados/as a Fedepus Viña-Petorca lo evidenciaron en las dimensiones de Sufrimiento patogénico y Daños relacionados con el trabajo.

Por su parte, las personas que reconocieron mantener una calidad jurídica de tipo honorarios mostraron las medias más altas en la escala de Organización del Contexto de Trabajo, mientras que quienes están en calidad de suplencia lo hicieron en las demás escalas restantes. Asimismo, aquellas personas que laboraban en otro tipo de establecimiento, en CDT, Centro de Salud Mental y Centro de referencia de salud obtuvieron las medias más altas de Organización de Contexto de Trabajo, Estilo de gestión, Sufrimiento Patogénico y Daños relacionados con el trabajo, respectivamente. Lo mismo para las áreas de desempeño, como lo fueron Área de apoyo clínico (en dos dimensiones), Dirigencia sindical y atención prehospitalaria, respectivamente.

Finalmente, en las jornadas de 22 horas se presentaron las medias más altas en la Escala de Organización de contexto de trabajo, en el sistema de tercer turno las medias más altas en la Escala de Estilos de gestión y en la Jornada de 11 horas las medias más preocupantes en las escalas Sufrimiento patogénico y Daños relacionados con el trabajo.

### III.3 ANÁLISIS INTERPRETATIVO

#### a) Asociación

Tal como se señaló previamente, para realizar algunas inferencias a partir de los datos descritos se utilizaron procedimientos estadísticos provenientes de la estadística no paramétrica. Para analizar el grado de relación entre los valores obtenidos en las dimensiones de la Escala de Desgaste Profesional y la de Riesgos Psicosociales Laborales, se utilizó el análisis correlacional, obteniéndose el coeficiente de correlación de Spearman (Rho de Spearman) en cada una de ellas.

**Tabla 11.** Correlaciones entre las dimensiones de desgaste profesional y riesgos psicosociales laborales (n=470)

Dimensiones	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Cansancio emocional	-												
2. Despersonalización	.34**	-											
3. Realización personal	-.26**	-.35**	-										
4. División de Tareas	.31*	.15**	-.21**	-									
5. División social del Trabajo	.17*	.15**	-.31**	.35**	-								
6. Estilo individualista	.17*	.08	-.10	.35**	.34**	-							
7. Estilo Colectivista	-.24**	-.11*	.25**	-.37*	-.34*	-.43*	-						
8. Sentido de Trabajo	.30**	.21**	-.34**	.22**	.34**	.21**	-.23*	-					
9. Desgaste Mental	.51*	.29**	-.35*	.40**	.28**	.27**	-.31**	.41**	-				
10. Reconocimiento	.36*	.26**	-.27*	.37**	.46**	.51**	-.41*	.42**	.48**	-			
11. Daños Psicológicos	.56**	.33**	-.38**	.28**	.32**	.24**	-.26**	.43**	.56**	.45**	-		
12. Daños Sociales	.37*	.30**	-.36**	.28**	.20**	.10**	-.13**	.22**	.40**	.32**	.52**	-	
13. Daños Físicos	.49**	.18**	-.22**	.29**	.19**	.20**	-.15*	.28**	.51**	.35**	.55**	.43**	-

\*\* La correlación es significativa en el nivel .01

\* La correlación es significativa en el nivel .05.

Como se puede observar en la tabla 11, la mayoría de las dimensiones de las escalas correlacionaron significativamente, a excepción de las dimensiones Estilo Individualista y Realización Personal.

A modo de muestra, **Cansancio Emocional** se relacionó positiva y significativamente con **División del trabajo**  $r = .31, p < .01$  y **División Social del Trabajo**  $r = .17, p < .01$ . Esto insta a suponer que en la medida que los riesgos en la Organización del Contexto de Trabajo aumentaban en su intensidad en la muestra, también lo hacen proporcionalmente el nivel de Cansancio Emocional y viceversa.

A su vez, el nivel de **Despersonalización** se asoció negativa y significativamente con el **Estilo de Gestión Colectivista**  $r = -.11, p < .05$ . Aquello sugiere afirmar que en la medida que aumentan las prácticas de gestión enfocadas en las personas, centrada en la unión de los equipos de trabajo y la identificación con el grupo de trabajo; los niveles de **Despersonalización** disminuyen. A la inversa, si las prácticas de gestión se individualizan y se priorizan los resultados sobre las personas, la despersonalización tiende a crecer.

Por su parte, el nivel de **Realización personal** se relacionó negativa y significativamente con **Sentido de Trabajo**  $r = -.34, p < .01$ ; **Desgaste Mental**  $r = -.35, p < .01$  y **Reconocimiento**  $r = -.27, p < .01$ . Así, se puede indicar que los niveles de Realización Personal decrecen cuando los riesgos de **Sufrimiento Patogénico** aumentan. En este caso, si el sentido de trabajo disminuye, aumenta la desrealización. Algo similar para Desgaste Mental y el Reconocimiento.

Finalmente, los niveles de **Cansancio Emocional** y **Despersonalización** se relacionaron positiva y significativamente con las **Dimensiones de Daños Psicológicos, sociales y físicos**. Mientras tanto, los niveles de Realización Personal lo hicieron inversamente con las mismas. Aquellas relaciones llevan a sostener que en la medida que el **Desgaste profesional aumenta** en sus dimensiones de **Cansancio Emocional** y **Despersonalización** también **aumentan** los tres tipos de **Daños relacionados con el Trabajo**. Asimismo, en la medida que los **Daños relacionados con el trabajo crecen**, la **Realización personal o eficacia disminuye**.

A partir de lo expuesto, se puede señalar que las asociaciones entre las variables y sus magnitudes instan a suponer que los niveles de **Desgaste profesional** y **Riesgos Psicosociales Laborales** evidenciaron una asociación importante, por cuanto las variaciones en la mayoría de sus valores son interdependientes, por lo que ambos factores están afectando en coordinación la salud mental de la población estudiada.

## b) Incidencia

Para analizar las incidencias de algunas variables de interés sociodemográficas, ocupacionales, de salud y relacionadas con la pandemia en los niveles de riesgo de cada una de las dimensiones del Desgaste Profesional y Riesgos Psicosociales, se utilizó la regresión logística ordinal.

En el **primer modelo**, se evaluó la incidencia de algunas variables sociodemográficas y ocupacionales en los niveles de riesgo de las dimensiones de Desgaste Profesional. En la tabla 12 se detallan aquellas variables que incidieron significativamente en los resultados en cada una de ellas

**Tabla 12.** Variables predictoras de las dimensiones de Desgaste profesional en el modelo 1

Variables	Cansancio Emocional			Despersonalización			Realización Personal		
	Wald	<i>p</i>	IC (95%)	Wald	<i>p</i>	IC (95%)	Wald	<i>p</i>	IC (95%)
Jornada 22 horas	7.32	.00	[-3.11, -.49]	-	-	-	-	-	-
Jornada de 44 horas	4.42	.03	[-1.23, -.04]	-	-	-	-	-	-
1 a 5 años en la profesión	-	-	-	10.83	.00	[1.01,4.0]	-	-	-
6 a 10 años en la profesión	-	-	-	6.75	.00	[.45, 3.21]	-	-	-
11 a 15 años en la profesión	-	-	-	7.98	.00	[.57,3.21]	-	-	-
1 a 5 años de trabajo en el sector salud	-	-	-	4.42	.03	[-2.54,-.08]	4.41	.03	[.08,2.37]
Jornada 44 horas + extensión horaria	-	-	-	-	-	-	5.51	.02	[.18, 2.05]

sig. < .05

Al observar el ajuste del modelo propuesto, se obtuvo un índice de bondad de ajuste de Pearson de  $\chi^2(139) = 151.87$ ,  $p = .21 > .05$  para la dimensión de Cansancio emocional,  $\chi^2(139) = 107.28$ ,  $p = .98 > .05$  para la dimensión Despersonalización y  $\chi^2(139) = 165.16$ ,  $p = .06 > .05$  para la dimensión de Realización Personal, lo que indica que el modelo presentado ajustó en las probabilidades pronosticadas respecto de las observadas, siendo las variables expuestas predictoras de los niveles de riesgos identificados. Así las cosas, el modelo presentado explica el 7.2% de la varianza total de los puntajes obtenidos en la Dimensión Cansancio Emocional, el 8.6% de la varianza total de la Dimensión Despersonalización y el 5.2% de la varianza total de la Dimensión Realización personal.

En el **segundo modelo** se evaluó la contribución de las variables de estado de salud y relacionadas con la pandemia en las mismas dimensiones antes expuestas. En la tabla 13 se detallan las variables que predicen significativamente los resultados en cada una de ellas.

**Tabla 13.** Variables predictoras de las dimensiones de Desgaste Profesional en modelo 2

Variables	Cansancio Emocional			Despersonalización			Realización Personal		
	Wald	<i>p</i>	IC (95%)	Wald	<i>p</i>	IC (95%)	Wald	<i>p</i>	IC (95%)
Muy mal estado de salud mental últimos 6 meses	6.27	.01	[.62, 5.11]	-	-	-	-	-	-
Mal estado de salud mental últimos 6 meses	16.44	.00	[2.09, 5.11]	-	-	-	6.00	.01	[-3.87, -.47]
Regular estado de salud mental últimos 6 meses	8.71	.00	[.83, 4.13]	-	-	-	4.13	.04	[-3.33, -.06]
Buen estado de Salud últimos 6 meses	5.10	.02	[.25, 3.54]	-	-	-	-	-	-
Extensión de la Jornada de Trabajo durante la pandemia	5.02	.02	[.08, 1.20]	-	-	-	-	-	-
Colapso u agobio emocional	13.87	.00	[-.49, 1.60]	-	-	-	5.55	.01	[-1.20, -.11]
Diagnóstico de salud mental previo	-	-	-	4.68	.03	[.04, .89]	6.17	.01	[-.96, -.11]
1 a 3 licencias médicas presentadas durante 12 meses	-	-	-	9.00	.00	[-5.31, -1.11]	-	-	-
4 a 6 licencias médicas presentadas durante 12 meses	-	-	-	4.49	.03	[-4.60, -.16]	-	-	-
Consumo de medicamentos a diario	-	-	-	-	-	-	5.22	.02	[.12, 1.50]
Estar en modalidad de Teletrabajo	-	-	-	-	-	-	4.21	.04	[.20, .91]
Capacitación en EPP	-	-	-	-	-	-	4.22	.04	[.02, .93]

sig. &lt; .05

Al analizar el ajuste del modelo 2, se obtuvo un índice de bondad de ajuste de Pearson de  $\chi^2(453) = 420.23$ ,  $p = .18 > .05$  para la Dimensión de Cansancio Emocional,  $\chi^2(453) = 543.36$ ,  $p = .32 > .05$  en la de Despersonalización y  $\chi^2(453) = 550.23$ ,  $p = .25 > .05$  en Realización Personal. Estos resultados indican, al igual que el modelo 1, que el modelo 2 ajusta favorablemente, por lo que las variables identificadas son predictoras en los niveles de riesgo detallados previamente. En el modelo 2, las variables son capaces de explicar el 11% de la varianza total de la Escala de Cansancio Emocional, el 12.4% de la varianza en Despersonalización y el 13.8% de la varianza en la dimensión Realización Personal.

Respecto a las variables predictoras de los **Riesgos Psicosociales Laborales**, el **tercer modelo** evalúa la incidencia de las variables sociodemográficas y ocupacionales en los niveles de Riesgos Psicosociales Laborales.



**Tabla 14.** Variables predictoras de las dimensiones de Riesgos Psicosociales Laborales en modelo 3

	Organización del Contexto de Trabajo			Estilo de Gestión			Sufrimiento Patogénico			Daños Relacionados con el Trabajo		
	Wald	<i>p</i>	IC (95%)	Wald	<i>p</i>	IC (95%)	Wald	<i>p</i>	IC (95%)	Wald	<i>p</i>	IC (95%)
Antigüedad de 16 a 20 años	4.63	.03	[.11,2.39]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ingreso Mensual 451 a 800 mil	-	-	-	5.27	.02	[-4.32,-.34]	-	-	-	-	-	-
Ingreso Mensual 801 a 1 millón	-	-	-	9.40	.00	[-4.23,-.92]	-	-	-	-	-	-
Ingreso mensual entre 1 millón y 1,5 millón	-	-	-	12.00	.00	[-4.15,-1.15]	-	-	-	-	-	-
Estado civil separado/a	-	-	-	-	-	-	5.16	.02	[-.07,2.30]	-	-	-
Suplencia	-	-	-	-	-	-	4.13	.04	[-.08,4.86]	-	-	-
6 a 10 años en la profesión	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.84	.01	[.26,2.52]
11 a 15 años en la profesión	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.37	.02	[.18,2.25]
Jornada de 22 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.47	.00	[-3.26,.53]
Jornada de 44 horas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.38	.01	[-1.32,.16]

sig. &lt; .05

Al analizar el ajuste del modelo 3, se obtuvo un índice de bondad de ajuste de Pearson de  $\chi^2(502) = 501.48$ ,  $p = .49 > .05$  para la Dimensión de Organización del Contexto de Trabajo,  $\chi^2(502) = 556.06$ ,  $p = .05 > .05$  en la de Estilo de Gestión,  $\chi^2(502) = 488.52$ ,  $p = .65 > .05$  en Sufrimiento Patogénico y  $\chi^2(502) = 488.05$ ,  $p = .66 > .05$ . Estos resultados indican que el modelo 3 ajusta favorablemente, con excepción de lo referido en la dimensión de Estilo de Gestión, que lo hace muy débilmente. Así las cosas, se puede indicar que **las variables identificadas son predictoras en los niveles de Riesgo psicosociales laborales**. Las variables son capaces de explicar el 9.2% de la varianza de los puntajes en la Escala de Organización del Contexto de Trabajo, el 18.4% en la Escala del Estilo de Gestión, 7.7% de la Escala de Sufrimiento Patogénico y el 9.9% de la varianza en la Escala de Daños relacionados con el Trabajo.

Tabla 15. Variables predictoras de Riesgos Psicosociales Laborales en modelo 4

Variables	Organización del Contexto de Trabajo			Estilo de Gestión			Sufrimiento Patogénico			Daños Relacionados con el Trabajo		
	Wald	p	IC (95%)	Wald	p	IC (95%)	Wald	p	IC (95%)	Wald	p	IC (95%)
Alta demanda de trabajo durante pandemia	4.30	.03	[-2.21, .63]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Presión de colegas	8.60	.00	[-.39, 1.97]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Presión de superiores	4.97	.02	[-.11, 1.74]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aislamiento laboral	4.63	.03	[-.06, 1.32]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autopercepción de acoso laboral	7.47	.00	[-.24, 1.48]	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnóstico de salud mental previo	-	-	-	-	-	-	4.27	.03	[-.02, 1.06]	4.06	.04	[-.01, .96]
0 licencias médicas presentadas	-	-	-	-	-	-	7.22	.00	[-3.84, -.60]	4.93	.02	[-3.32, -.20]
Disminución del control sobre el trabajo.	-	-	-	-	-	-	4.85	.02	[-.07, 1.20]	-	-	-
Preocuparse excesivamente bienestar de usuarios/as	-	-	-	-	-	-	6.85	.00	[-1.51, -.21]	-	-	-
Sensación aislamiento de pares	-	-	-	-	-	-	12.65	.00	[-.46, 1.43]	-	-	-
8 a 12 veces en la semana sentir miedo a contagio por COVID-19	-	-	-	-	-	-	5.24	.02	[-3.01, .23]	4.28	.03	[-2.16, -.07]
Extensión de la Jornada de Trabajo	-	-	-	-	-	-	5.46	.01	[-.12, 1.43]	4.21	.04	[-.02, 1.18]
Dificultad para realizar trabajo de cuidado o doméstico en domicilio	-	-	-	-	-	-	4.41	.03	[-1.82, -.06]	-	-	-
Autopercepción de acoso psicológico	-	-	-	-	-	-	8.19	.00	[-.24, 1.32]	-	-	-
Consumo OH tres o más veces por semana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.26	.03	[-.08, 3.01]
Colapso o agobio emocional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.48	.00	[-.46, 1.61]

sig. &lt; .05

En cuanto al **cuarto modelo**, indaga en la incidencia de las variables de salud y relacionadas con la pandemia en los niveles de Riesgos psicosociales laborales (Tabla 15). Al observar el ajuste del modelo 4, los índices de bondad de ajuste de Pearson fueron  $\chi^2(884) = 790.36$ ,  $p = .98 > .05$  para la Escala de Organización de Contexto de Trabajo (35% varianza);  $\chi^2(884) = 1035.99$   $p = .00 < .05$  en la Escala de Estilo de Gestión;  $\chi^2(884) = 654.85$ ,  $p = .10 > .05$  para la Escala de Sufrimiento Patogénico y  $\chi^2(884) = 872.04$ ,  $p = .60 > .05$  para la Escala de Daños relacionados con el Trabajo. Los anteriores resultados llevan a sugerir que el modelo ajusta bien para las dimensiones relacionadas con la Organización del Contexto de Trabajo, Sufrimiento Patogénico y Daños Relacionados con el Trabajo, no haciéndolo con las dimensiones de la Escalas de Estilos de Gestión.

Considerando lo indicado, **en el modelo 4** las variables indicadas en la tabla 15 explican el 35% de la varianza de los niveles de riesgo en la Escala de Organización de Contexto de Trabajo; un 48% de la varianza para los niveles de riesgo en la Escala de Sufrimiento Patogénico y un 38% en los niveles de riesgo en la Escala de Daños relacionados con el Trabajo.

### c) Diferencias entre subgrupos de interés

Para finalizar, se analizaron posibles diferencias en los niveles de riesgo de Desgaste profesional y Riesgos Psicosociales en función de subgrupos de interés, los cuales fueron definidos en función de algunos de los resultados anteriormente expuestos como los sugeridos por la literatura revisada.

Así, los grupos de interés que se comparan en esta sección son: **1) Sexo** (Hombre o Mujer); **2) Tiempo en la profesión** (1-5 años; 6-10 años; 11-15 años; 16-20 años; 20-25 años; +25 años) **3) Antigüedad en el sector** (1-5 años; 6-10 años; 11-15 años; 16-20 años; +20) **4) Tipo Jornada de Trabajo** (Jornada 11 horas; jornada de 22 horas; Jornada 44 horas; Jornada 44 horas + extensión; Sistema de Tercer turno, Sistema de Cuarto turno, Sistema de turno modificado (24 horas); **5) Dificultad conciliación trabajo/familia (Sí/No)**; **6) Realización Teletrabajo (Sí/No)** **7) Área de desempeño laboral** (Atención abierta/ambulatoria; Atención cerrada/Servicios Clínicos; SAMU/SAR; Área de apoyo clínico (Laboratorio, Farmacia, etc.); Gestión asistencial o sanitaria (asesoría, referente técnico, etc); Área de Gestión de personas, administración financiera u otros; Dirigencia Sindical).

Para la comparación de los subgrupos conformados por **dos tipos de posibilidades** (i.e Sexo, Dificultad conciliación trabajo/familia y Realización Teletrabajo) se utilizó la prueba de U de Mann Withney.

Así, se obtuvo que **las diferencias entre hombres y mujeres en las puntuaciones de la Dimensión Despersonalización fueron significativas**, dado que  $z = -2.14$ ,  $p .03 < .05$ . Lo

mismo se puede indicar para la **Dimensión Daños sociales relacionados con el trabajo**, puesto que  $z = -2.22$ ,  $p .02 < .05$ . En caso de la primera, el subgrupo de los hombres obtuvo las puntuaciones en rangos promedios más altos comparados con las mujeres, por lo que se puede señalar que **los hombres evidenciaron mayor Despersonalización comparado con las mujeres**; mientras que también lo hicieron en la **Dimensión de Daños sociales relacionados con el trabajo**.

Por su parte, al comparar los **subgrupos de los/as que manifestaron dificultad para conciliar la vida familiar y laboral durante el contexto de la pandemia y los/as que no lo hicieron**, se obtuvo que las diferencias en la **Dimensión Cansancio emocional**  $z = -5.75$ ,  $p .00 < .05$ ; **División de Tareas**  $z = -4.19$ ,  $p .00 < .05$ ; **Estilo Colectivista**  $z = -3.17$ ,  $p .03 < .05$ ; **Desgaste Mental**  $z = -4.26$ ,  $p .00 < .05$ ; **Reconocimiento**  $z = -2.73$ ,  $p .00 < .05$ ; **Daños Psicológicos**  $z = -4.92$ ,  $p .00 < .05$ ; **Daños sociales**  $z = -5.12$ ,  $p .00 < .05$  y **Daños físicos**  $z = -4.28$ ,  $p .00 < .05$  fueron significativas. Al observar los rangos promedios de cada una de ellas, se obtuvo que **aquellos/as participantes del subgrupo que manifestó dificultad para conciliar el trabajo con la vida familiar obtuvo los valores más altos en todas las dimensiones antes descritas**, con excepción de la dimensión sobre el Estilo de gestión Colectivista. Esto significa que quienes no presentaron un conflicto entre la vida familiar y laboral, obtuvieron puntuaciones más favorables en la dimensión de gestión colectivista.

En cuanto a los **subgrupos que indicaron o no haberse adecuado a realizar teletrabajo durante la pandemia**, se obtuvo diferencia en la dimensión **División de Tareas**  $z = -2.50$ ,  $p .01 < .05$ , siendo esta significativa. En el resto de las dimensiones no se obtuvieron diferencias de este tipo, por lo que se puede indicar que **quienes se encuentran realizando teletrabajo durante la pandemia tienen un rango promedio mayor de riesgos en la dimensión de División de Tareas**, comparado con quienes no lo están.

En relación con la comparación de los demás subgrupos conformados por **más de dos posibilidades de agrupamiento** (i.e. Tiempo de profesión, Antigüedad en el sector, Tipo de Jornada, Área desempeño laboral) se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis.

Para los primeros subgrupos, se obtuvo que las diferencias entre tiempo en la profesión al interior de la dimensión de Cansancio Emocional  $\chi^2 = 17.72$ ,  $p .00 < .05$  y Despersonalización  $\chi^2 = 13.96$ ,  $p .01 < .05$  fueron significativas, mientras que en el resto de las dimensiones no lo fueron. Al interior del subgrupo, quienes llevaban **entre 11 a 15 años en su profesión mostraron los rangos promedios más altos en Cansancio emocional y Despersonalización**.

Por otro lado, al interior del subgrupo diferenciado por Antigüedad en el sector salud, se obtuvo diferencias significativas en las dimensiones de Cansancio Emocional  $\chi^2 = 9.76$ ,  $p .04 < .05$  y División de Tareas  $\chi^2 = 9.27$ ,  $p .05 \leq .05$ , siendo aquellos/as que **llevaban entre 11 a 15 años en el rubro los que evidenciaron los rangos más altos en la dimensión**

**Cansancio Emocional, mientras que aquellos/as que llevaban 16 a 20 años en el rubro lo hicieron en División de Tareas.**

Para los subgrupos diferenciados por tipo de Jornada, se obtuvieron diferencias significativas solo en la dimensión de Desgaste Mental,  $\chi^2= 12.11$   $p .05 \leq .05$ . En este ámbito, **sistema de turno modificado (24 horas) mostró los rangos promedios más preocupantes en los niveles de riesgo de Desgaste Mental.**

Finalmente, en el subgrupo caracterizado por área de desarrollo o desempeño laboral durante la pandemia en las dimensiones de Desgaste Mental  $\chi^2= 17.81$ ,  $p .00 < .05$ ; Daños Psicológicos  $\chi^2= 15.67$ ,  $p .01 < .05$ ; Daños sociales  $\chi^2= 12.32$ ,  $p .05 \leq .05$  y Daños físicos  $\chi^2= 19.80$ ,  $p .00 < .05$ . evidenciaron diferencias significativas. **En las dimensiones de Desgaste Mental, Daños Psicológicos y Daños físicos, quienes se desempeñaban en Dirigencia Sindical evidenciaron los rangos promedios más altos; mientras que en Daños sociales las puntuaciones más altas se centraron en quienes trabajaban en SAMU/SAR.**

## IV. DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio buscaba indagar en las intensidades (niveles de riesgo) del Desgaste profesional y los Riesgos Psicosociales Laborales en una muestra conformada por profesionales de la salud asociados/as a la CONFEDPRUS.

Para el cumplimiento de dicho objetivo, cinco hipótesis fueron contrastadas en función de los procedimientos estadísticos descritos previamente.

### a) Respecto a la H<sub>1</sub>

Se planteó que los participantes podrían obtener puntuaciones acordes a niveles de riesgo moderado a alto en las dimensiones de Cansancio o Agotamiento emocional y Despersonalización, mientras que valores de bajo a moderado en la dimensión de Realización personal. Tras la presentación de los resultados, se puede indicar que está hipótesis se comprobó completamente, ya que en la muestra las puntuaciones, en función del criterio 1 y criterio 2, en las Dimensiones concernientes al Desgaste profesional, se ubicaron en dichos niveles o intensidades. **La confirmación de la hipótesis puede interpretarse como que los/as profesionales en promedio están severamente afectados/as por el Desgaste Profesional.**

Tal como se ha precisado en la literatura, la severidad del Desgaste profesional o *burnout* implica afecciones y consecuencias negativas importantes para la salud de los/as trabajadores/as, relacionándose con enfermedades cardiovasculares, musculoesqueléticas, síntomas depresivos, ansiedad, insomnio, fatiga prolongada, etc. (20). Esto es así pues niveles altos en agotamiento emocional, junto con un marcado cinismo en la provisión de cuidados, acompañada de una moderada Desrealización personal, implican que los estresores en el trabajo que causan el *burnout* se relacionen con sobrecarga de trabajo y alta demanda en la realización de las tareas, donde la respuesta emocional es la de cansancio y ansiedad, acompañada de estrategias de afrontamiento, como los cambios actitudinales y el aumento del cinismo y la Despersonalización, o, por el contrario, se traduce en la pérdida de recursos para hacerle frente a los estresores, lo que origina otras respuestas negativas, como la insatisfacción laboral, absentismo, alteraciones en la productividad, problemas para la salud mental, etc. (21).

En el caso del sector salud, la evidencia ha permitido sopesar dichas consecuencias en el rubro, identificando que el *burnout* disminuye el bienestar y la calidad de vida, por cuanto la exigencia del trabajo de cuidado de sus usuarios/as implica que a veces descuiden su propia salud, la cual se malogra por la falta de descanso, contar con tiempo libre, actividades de autocuidado, entre otros (22). Además de aquello, estudios como el de Luhman, John y Dzay (23) han señalado que el desgaste profesional es una de las

principales afecciones que aqueja a los/as profesionales del rubro, puesto que aquellos/as tienen que lidiar cotidianamente con situaciones difíciles, conflictos inter y extra organizacionales, estilos de gestión adversos y que poco respaldan la ejecución de las tareas o que restringen la autonomía del personal, turnos de trabajo que son extensos y agotadores. Estos factores inciden en que el personal evidencie una baja calidad en las labores de cuidado de los/as usuarios/as, llevándolos/as a cometer errores o mantener actitudes de desapego emocional hacia ellos/as y en algunos casos, conductas negligentes.

#### **b) En cuanto a la H<sub>2</sub>**

Se propuso que los/as participantes obtendrían medias acordes a niveles de riesgo moderado a alto en las dimensiones que componen los Riesgos Psicosociales Laborales. En función de los resultados obtenidos, se puede señalar que esta hipótesis se cumplió parcialmente, toda vez que, al desagregar los cuatro factores de Riesgos Psicosociales en sus dimensiones, se aprecia que en dos de ellas los valores se situaron en un riesgo bajo (Sentido de Trabajo y Daños sociales). No obstante, al analizar los valores generales en cada factor, se obtuvo que en los cuatro (Organización del Contexto de Trabajo, Estilo de Gestión, Sufrimiento Patogénico y Daños relacionados con el trabajo) los niveles estuvieron en un rango medio, por lo que la hipótesis puede ser aceptada. Aquello significa que los/as profesionales en promedio evidenciaron niveles medios de Riesgos Psicosociales Laborales. Lo anterior conlleva que **se esté alerta a las situaciones y/o eventos que contribuyen a dichos niveles, dado que el personal se encuentra en una situación límite que, de no ser intervenida en el corto y mediano plazo, puede volverse severamente iatrogénica**, pronosticándose peores resultados para la salud mental.

Los Riesgos Psicosociales Laborales han sido identificados como predictores de la salud mental en el trabajo, por lo que niveles preocupantes en las organizaciones e instituciones han sido sindicados como responsables de gran parte de las afecciones del personal de salud. Por ejemplo, en el estudio de Ansoleaga (24) se detalló que 1 de cada 3 trabajadores/as de la salud evidenciaba altos niveles de distrés y 1 de cada 5 sintomatología depresiva. Aquello se relacionaba con los preocupantes indicadores de *Jobstrain* en la población, la cual corresponde a la suma de las altas demandas psicológicas y bajo control en el trabajo, asimismo, cifras no menos despreciables en *Isostrain*, lo que involucraba la falta de apoyo social en el trabajo más *Jobstrain*. En dicho estudio, la autora señaló que el desbalance entre el esfuerzo puesto por los/as profesionales en la realización de sus labores de cuidado no se condecía con las recompensas recibidas, lo que se representaba en que por cada 1 trabajador/a del área, había 2,16 trabajadores/as con desbalance esfuerzo/recompensa que evidenciaban sintomatologías depresivas.

Por su parte, el estudio de Orozco et al. (25) destacó que los Riesgos Psicosociales implican la exigencia cuantitativa y cualitativa de los atributos emocionales del personal de salud, los cuales entran en contradicción por el aumento de la carga de trabajo vs el tiempo y los recursos con los que se cuenta para desarrollar las funciones. Así, el ritmo de trabajo se intensifica gracias a presiones institucionales, lo que causa gran malestar psicoemocional. Al ser un sector altamente feminizado, la doble presencia involucra una contradicción que se vive dolorosamente entre el personal, puesto que las mujeres deben realizar un doble trabajo de cuidado, tanto en su trabajo remunerado como en casa, funciones que debe asegurar completamente, sin miramientos por su efectiva disposición para cumplir con esa sobrecarga de tareas. Muchas veces, el personal de salud debe convivir con el sufrimiento humano, el dolor, el abandono, la muerte, etc. en la realización de sus funciones, por lo que se les insta a adaptarse activamente a dichos estresores o enmudecerse frente a las experiencias penosas. A lo anterior, se agrega que los estilos de liderazgo destructivos, la gestión orientada a metas y resultados, la cultura organizacional productivista, la violencia laboral interna y externa, precariedad laboral (13) en el sector también contribuyen a que los Riesgos Psicosociales se sitúen en niveles preocupantes, afectando severamente la salud ocupacional.

En el caso del presente estudio, se encontró que la **Organización del Contexto de Trabajo evidenció riesgos medios**. Esto significa que la División de Tareas, que corresponde a la evaluación del ritmo, plazos y condiciones ofrecidas para la ejecución de las tareas en el sector salud y la División Social del Trabajo, que corresponde a la evaluación de normas, comunicación, sistemas de evaluación, autonomía y participación relativa a las materias del trabajo realizado en el rubro, no son las más adecuadas para el correcto desempeño de los/as trabajadores/as. Como se presentó en los resultados, los/as trabajadores/as reconocieron que durante la pandemia su jornada de trabajo se ha visto extendida significativamente, teniendo menos autonomía en la realización de sus funciones. Además, señalaron que se están sobre esforzando para cumplir con las metas y que tienen la sensación de que sus jefaturas se preocupan muy poco o casi nada del estado de su salud global. Todo lo anterior insta a suponer que el Contexto de Trabajo es percibido como amenazante, que desborda sus capacidades y recursos, en donde no cuentan con el apoyo y respaldo social que necesitan para ejecutar sus funciones, entre otros.

Respecto a los **Estilos de Gestión**, se observó una **mayor preponderancia del estilo de Gestión Individualista**. Este tipo de estilo implica que las jefaturas, supervisores/as o aquellos que tienen a su cargo la dirección y/o administración de los centros de salud o del personal personifican una forma de liderazgo y gestión caracterizada por la centralización de las decisiones en dichas figuras, fortaleciendo la burocracia y el autoritarismo al interior de las organizaciones. Aquello implica que las reglas que ellos/as definan o cumplan son



infranqueables y ajenas de toda crítica, imponiendo un sistema de disciplina rígido, que busca acallar la disidencia o a quienes cuestionan las normas. Además, se aumenta el control sobre el trabajo y la supervisión, se desconfía de las capacidades técnicas del personal y se crean medidas arbitrarias para medir el cumplimiento de los objetivos. La predominancia de este estilo hace suponer que las jefaturas no tienen en cuenta los límites de la realidad, sobre exigen al personal y no hay un trato que reconozca a las personas de la organización.

En cuanto al **Sufrimiento patogénico**, los resultados también indicaron una **presencia moderada en la muestra estudiada**. De acuerdo con Amaral et al (26) el sufrimiento patogénico involucra la imposibilidad para la investidura libidinal de las actividades laborales, frustrando la posibilidad para sublimar en el trabajo. De acuerdo con Dejours y Gernet (27) el sufrimiento se torna patógeno cuando las defensas articuladas para mantener la normalidad y evitar la descompensación psíquica ya no cumplen una función adecuada, viéndose el sujeto desprotegido/a e impulsado hacia la enfermedad mental. La manifestación del sufrimiento patogénico se puede ver representada en la pérdida del sentido de trabajo, con fuertes sentimientos de inutilidad, cuestionamiento de la identidad; asimismo, se acompaña con un notorio desgaste mental, caracterizado por desanimo, sensación de injusticia. También, se denota una sensación de que falta reconocimiento por el trabajo que se realiza y que se desvalorizan los productos o acciones ejecutadas en el trabajo.

Finalmente, en relación con los **Daños relacionados con el Trabajo**, los puntajes en la **Escala se situaron en un nivel medio de riesgo**. Así, se puede señalar que la dimensión atingente a los Daños psicológicos relacionados con el trabajo da cuenta de las afecciones sintomatológicas y/o posiblemente psicopatológicas relacionadas con el ejercicio de las funciones en el contexto laboral. Por ejemplo, en esta dimensión se incluyen sentimientos de negativos hacia sí mismo/a y la vida en general, tales como sensación de vacío, amargura, tristeza, malhumor. Aquellos dan cuenta de la presencia de trastornos del humor, los cuales arruinan la identidad laboral y degradan la subjetividad. Se podría comentar que los/as trabajadores/as presentan daños psicológicos que están poniendo al límite los recursos defensivos y que el deterioro de aquello, dado el sufrimiento patogénico identificado, puede terminar afectando seriamente su salud. Algo similar es lo que ocurre en la dimensión de Daños físicos relacionados con el trabajo, por cuanto en ella se incorporan dolencias somáticas y alteraciones biológicas, tales como dolores corporales, alteraciones digestivas, circulatorias, del sueño, del apetito, etc. **Así, se puede comentar que en este caso la salud global de los trabajadores/as está en riesgo de grave deterioro mientras realizan sus funciones en el contexto de la pandemia.**

### c) En torno a la H<sub>3</sub>

Se estimó que existía una relación significativa entre las dimensiones de desgaste profesional y riesgos psicosociales laborales. En consideración al análisis realizado, se puede referir que en la mayoría de las dimensiones de las escalas correlacionaron en un nivel significativo. Sin desmedro de esto, hubo dos dimensiones que no alcanzaron los valores esperados, los cuales fueron el estilo individualista y realización personal. En cuanto al segundo análisis realizado en torno a esta hipótesis los niveles de desgaste profesional y riesgos psicosociales laborales evidenciaron una asociación relevante, por lo que se concluye que los valores son interdependientes. **Considerando esto último, se puede señalar que se acepta esta hipótesis, desprendiéndose de esto que para la población estudiada el Desgaste Profesional está relacionado con los Riesgos Psicosociales Laborales.**

Cabe señalar que la literatura reporta la existencia múltiples estudios que dan cuenta que los trabajadores de la salud poseen una alta percepción de exposición a riesgos psicosociales (25, 28, 29) esto se presenta debido a las características que determinan el trabajo en el sector salud, las que propician la aparición de riesgos psicosociales en el trabajo (25). Si consideramos las complejidades de la organización de este trabajo, en conjunto con una serie de exigencias propias del rubro, podemos plantear que los/as trabajadoras del sector salud también tienen propensión a manifestar Desgaste profesional lo que se condice con la literatura (30-32). El presente estudio viene a contribuir en cuanto comprueba la existencia de una relación entre estos dos factores.

### d) Respecto a la H<sub>4</sub>

Se señaló que las variables de interés sociodemográficas, ocupacionales, de salud y relacionadas con la pandemia tienen una incidencia significativa en los niveles de desgaste y riesgos psicosociales.

Cabe señalar que para la búsqueda de la respuesta a esta hipótesis se desarrollaron cuatro modelos, los cuales se detallan a continuación: en el primer modelo se analizaron las variables sociodemográficas con las de desgaste profesional, lo que arrojó un buen ajuste del modelo. En cuanto al segundo modelo se trabajó con las variables ocupacionales y desgaste profesional, análisis del cual también se puede mencionar que ajustó adecuadamente. Respecto al tercer modelo, se utilizaron las variables riesgos psicosociales y variables sociodemográficas, que al igual que los dos primeros se generó un buen ajuste. Finalmente, el cuarto modelo guarda relación con las variables de salud y los riesgos psicosociales, del que se puede señalar que hubo variaciones en tanto el modelo no ajustó sólo con la escala de estilos de gestión. El resto de las variables si ajustaron al modelo.

En consideración a los datos anteriormente señalados se puede concluir que la hipótesis se acepta parcialmente, en consideración al último modelo que no logró un buen resultado con una de las dimensiones. Sin desmedro de lo anterior y teniendo en cuenta que la gran mayoría de los análisis dieron buenos resultados, se puede señalar que:

En cuanto a las variables sociodemográficas elegidas (ver apartado III, letra b) se configuran como predictoras de niveles de riesgo en el desgaste profesional.

Las variables ocupacionales trabajadas (ver apartado III, letra b) en el segundo modelo se establecen como predictoras de niveles de riesgo de desgaste profesional.

Las variables sociodemográficas designadas en el tercer modelo (ver apartado III, letra b) son predictoras en los niveles de riesgo psicosocial.

En consideración a que son una gran cantidad de variables que intervienen en el desgaste mental y los riesgos psicosociales, se dará relevancia a algunas. **El contexto de pandemia ha generado la incorporación de nuevas situaciones que inciden en el desgaste mental de los y las profesionales de la salud, tal como lo es la extensión de la jornada de trabajo durante la pandemia y la sensación de temor frente al contagio de COVID 19.** Estudios recientes confirman esta información en tanto dan cuenta que estos factores son preocupaciones generalizadas en los profesionales de la salud, incluso a nivel mundial (30-32)

Otras variables que inciden en el Desgaste Mental y los Riesgos Psicosociales son el colapso y agobio mental, las licencias médicas, el consumo de medicamentos y la alta demanda de trabajo, todo esto ha sido estudiado en profesional sanitario con anterioridad existiendo concordancias con que estos factores emergen con frecuencia en este sector de trabajadores, configurándose como factores de riesgo (25-28-29)

#### **e) En torno a la H<sub>5</sub>**

Se planteó que los subgrupos de interés en la muestra evidenciarán distintos niveles de desgaste y riesgos psicosociales. Los grupos de interés que se eligieron fueron:

En función del género: análisis realizado desprendió que los hombres poseen una mayor despersonalización y un mayor daño social relacionado con el trabajo, en comparación con las mujeres y otro género.

El grupo que contestó afirmativamente tener dificultades en la conciliación vida laboral y familiar **se configuró como un grupo de riesgo al obtener los valores más altos de desgaste profesional y riesgos psicosociales, cabe señalar que, dentro de este grupo, fueron las mujeres quienes presentaron mayores dificultades en este ámbito.**

Quienes se encuentran realizando teletrabajo obtuvieron un mayor rango de riesgo en la división de tareas, en contraste con quienes señalaron no tener dificultades para concordar con la vida laboral y familiar. La proliferación del teletrabajo es un fenómeno reciente en nuestro país, es dable pensar que debido a que se produjo tan rápidamente y en

condiciones de escasa preparación se generen complicaciones en cuanto a la separación de rutinas familiares y establecimiento de límites entre trabajo y rutina del hogar.

El grupo que llevan entre 11 a 15 años en la profesión manifestaron un mayor cansancio emocional y despersonalización, asimismo quienes llevan entre 11 a 15 años en el rubro ostentan un mayor cansancio emocional, con esto se puede pensar que alcanzar una antigüedad laboral de más de diez años tiene incidencia en obtener un mayor estado de cansancio, esto se puede deber a que mantenerse por tanto tiempo en una organización del trabajo demandante y exigente tiene sus repercusiones en la salud mental de los/as trabajadores. Asimismo, el grupo que lleva de 16 a 20 años en el rubro arrojaron una mayor dificultad en torno a la división de tareas, se evidencia que existen dificultades en torno al establecimiento de límites en la división del trabajo para aquellas/os profesionales que llevan una gran cantidad de años en el rubro, configurándose la antigüedad como un factor de mayor carga de responsabilidades, aun cuando muchas de ellas no les correspondan. Aquellos que poseen un sistema de turnos modificado de 24 horas evidenciaron altos niveles de riesgo de desgaste mental. El grupo que señaló desempeñar labores sindicales arrojó un mayor desgaste mental y daños físicos, esto se condice con que los profesionales deben asumir compromisos adicionales como la escucha y resolución de conflictos de sus pares, entre otros, generando una mayor sobrecarga en todas las esferas de la vida. Finalmente, aquellos trabajadores y trabajadoras que laboran en los SAMU/SAR mostraron las puntuaciones más altas respecto de los daños sociales.

**Tomando en cuenta los análisis realizados, se puede señalar que se acepta la hipótesis planteada. Por lo tanto, se puede concluir que dentro de la muestra existen grupos que dadas sus condiciones particulares se encuentran expuestos a mayores niveles de riesgo tanto en el ámbito de Desgaste profesional, como los Riesgos Psicosociales Laborales**

A modo de ejemplo, el grupo de interés que señaló no lograr conciliar la vida familiar con la laboral también se repite en el estudio nacional realizado por Ansoleaga et al (29), en el que pesquisó que el trabajo desarrollado por profesionales de la salud, específicamente enfermería, tenía un impacto negativo en la vida familiar de las profesionales, en tanto no lograban hacer la separación del trabajo en sus hogares, llevándose trabajo al espacio laboral. Debido a las condiciones del trabajo en salud que se caracterizan por ser de gran complejidad, la jornada de trabajo regulada no es suficiente para responder a todos los requerimientos de la organización del trabajo, es por lo que los/las profesionales de la salud deciden extender las labores en el ámbito del hogar

Respecto del tema de los turnos de trabajo, un estudio realizado por Orozco et al (25) detectó que el trabajo por turnos genera una percepción de mayor sobrecarga laboral, lo lleva a la manifestación de sentimientos de estrés, agobio, cansancio entre otros. Esto se puede contrastar con los resultados de estudio en tanto el grupo de interés que trabaja 22

horas se encuentra en un mayor nivel de desgaste laboral. Con estos antecedentes cabe indagar cual es la carga de trabajo y la dinámica que poseen estas trabajadoras y trabajadores que los hace un grupo de mayor riesgo. Se puede pensar en las posibilidades de que estos/as trabajadores/as poseen un trabajo complementario, o que en la jornada de 22 horas se genera una gran carga de trabajo condensada, entre otras posibilidades que se deben profundizar para lograr ser develadas.

## VI. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta el análisis, resultados y discusión de esta investigación, se da paso a la sugerencias y recomendaciones. Cabe señalar que éstas se presentan en función de tres ámbitos de alcance, las cuales son: a) salud individual del personal, b) aspecto interpersonal y organizacional y c) el aspecto social y familiar.

A modo de sugerencia transversal a estas dimensiones, se estima pertinente la conformación de un equipo permanente especializado en salud mental, que brinde apoyo terapéutico para el personal de salud e intervenga en los siguientes ámbitos:

- a) En el ámbito de la salud individual del personal, se sugiere:
  - Desarrollar un sistema de prevención de desgaste profesional a través de un plan de autocuidado del personal de la salud
  - Desarrollar un sistema de gestión de estados emocionales del personal sanitario, considerando el estado de pandemia (sensación de temor al contagio).
  
- b) En el aspecto interpersonal y organizacional, se sugiere:
  - Desarrollar un plan de trabajo en torno a la prevención del acoso laboral. En la misma línea un plan de intervención para los trabajadores y trabajadoras que se encuentren viviendo acoso.
  - Trabajar en la buena relación entre pares y abordar la sensación de aislamiento del equipo de trabajo.
  - Fomentar la emergencia de liderazgos democráticos.
  
- c) En el aspecto social y familiar, se sugiere:
  - Diseñar un sistema de descanso compensatorio para los y las profesionales de la salud que contemple la necesidad de conciliar de la vida familiar.

## VII. REFERENCIAS

1. Zhu Z, Ph D, Xu S, Ph D, Wang H, Med M, et al. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. medRxiv. 2020;(1095).
2. Blake H, Bermingham F, Johnson G, Tabner A. Mitigating the psychological impact of covid-19 on healthcare workers: A digital learning package. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(9).
3. Walton M, Murray E, Christian MD. Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Eur Hear J Acute Cardiovasc Care. 2020;9(3):241-7.
4. Soares J, Batista A, Carvalho H, Neves E. Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por COVID-19. 2020;36(2):1-11.
5. CONFEDEPRUS. Desgaste profesional en profesionales de la salud ante COVID-19. 2020.
6. SOCHIMI. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario de UCI durante la pandemia por SARS-CoV-2. Santiago de Chile; 2020.
7. Merino-Plaza MJ, Carrera-Hueso FJ, Arribas-Boscá N, Martínez-Asensi A, Trull-Maravilla E, Fikri-Benbrahim N. Burnout in the staff of a chronic care hospital. Rev Saude Publica [Internet]. 2018;52. Disponible en: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>
8. Torres JA, Morales Viera L, Gutiérrez GÁ, Pino Y, Torres A, Viera M, et al. Síndrome de desgaste profesional en médicos del Hospital Docente Pediátrico Cerro. Rev Habanera Ciencias Médicas [Internet]. 2019;18(2):336-45. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2019000200336&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000200336&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
9. Bitran M, Zúñiga D, Pedrals N, Echeverría G, Vergara C, Rigotti A, et al. Burnout en la formación de profesionales de la salud en Chile: Factores de protección y riesgo, y propuestas de abordaje desde la perspectiva de los educadores. Rev Med Chil. 2019;147(4):510-7.
10. Maslach C. Comprendiendo el Burnout. Cienc y Trab [Internet]. 2009;11(32):37-43. Disponible en: [www.cienciaytrabajo.cl](http://www.cienciaytrabajo.cl)
11. Castro Méndez NP. Riesgos Psicosociales y Salud Laboral en Centros de Salud. Cienc Trab. 2018;20(63):155-9.
12. Rojas, Flérida Rivera; Vásquez, Paula Ceballos; Barboza, Vivian Vilchez; López, Ana Laura Solano; Zavala MOQ. Riesgos psicosociales percibidos por trabajadores oncológicos asociados a su calidad de vida. Rev Bras Enferm. 2019;72(4):903-9.

13. Palma-Contreras A, Ansoleaga E. Asociaciones entre factores de riesgos psicosociales, dimensiones organizacionales y problemas de salud mental, relacionados con la violencia laboral, en trabajadores de tres hospitales chilenos de alta complejidad. *Cad Saude Publica*. 2020;36(3):1-14.
14. Neffa JC. Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio [Internet]. Buenos Aires: CEIL-CONICET; 2015. 550 p. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fo-umet/20160212070619/Neffa.pdf>
15. Facas EP. Protocolo de avaliação dos riscos psicossociais no trabalho - Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho [Internet]. Tese de doutorado (Programa de Pós- Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações- UNB. Universidade de Brasília, Brasília,; 2013. Disponible en: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/15420>
16. Maslach, Ch y Jackson SE & Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Manual (3<sup>rd</sup> ed) Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1996
17. Manso-Pinto J. estructura factorial del Maslach Burnout inventory-Version human services survey- en Chile. *Interamerican Journal of psychology*. 2006 115-118
18. Facas E, Mendes, AM. Estrutura Fatorial do protocolo de avaliacao dos riscos psicossociais no trabalho. *Núcleo Trabalho, psicanálise e Crítica social*. 2018 1-10
19. Morera Lp, Gallea JI, Trógolo MA, Guido, ME y Medrano LA. From Work Well-Being to Burnout: A Hypothetical Phase Model. *Frontiers in neuroscience* [Internet] 14:360:1-13. Disponible en <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2020.00360/full>
20. Salvagioni DAJ, Melanda FN, Mesas AE, González AD, Gabani FL, De Andrade SM. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies [Internet]. 12, PLoS ONE. 2017. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31811111/>
21. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-11.
22. Véliz Burgos AL, Dörner Paris AP, Soto Salcedo AG, Arriagada Arriagada A. Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile. *Acta Univ* [Internet]. 2018 ;28(3):56-64. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-62662018000300056&lng=es&nrm=iso&tIng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662018000300056&lng=es&nrm=iso&tIng=es)
23. Lohmann J, John D, Dzay A. Prevalence and factors associated with poor mental health among healthcare professionals in low- and lower-middle-income countries: A systematic review protocol. *Syst Rev*. 2019;8(1):4-9.
24. Ansoleaga E. Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en



- un hospital público. *Rev Med Chil.* 2015;143(1):47-55.
25. Orozco-Vásquez M-M, Zuluaga-Ramírez Y-C, Pulido-Bello G. Factores de riesgo psicosocial que afectan a los profesionales en enfermería. *Rev Colomb Enfermería.* 2019;18(1):1-16.
  26. Amaral GA, Mendes AMB, Chatelard DS, Carvalho IS. O Lugar do Conceito de Sublimação na Psicodinâmica do Trabalho. *Rev P e Psique.* 2018;7(3):200.
  27. Dejours C, Gernet I. *Psicopatología del Trabajo.* Madrid: Miño y Davila; 2014. 1-175
  28. Rivera F, Ceballos P, Vilchez V, Solano A, Quintana M, Riesgos psicosociales percibidos por trabajadores oncológicos asociados a su calidad de vida. *Rev Brasileña de enfermagen REBEn.* 2019; 72(4):854-60
  29. Ansoleaga E, Toro J, Godoy L, Stecher A, Blanch J. Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública en la Región Metropolitana. *Rev Med Chile* 2011; 139: 1185-1191.
  30. Saidel M, Melo M, Gomes C, Douat C, Esperidiao E, Rodriguez J. Intervenciones em salud mental para profesionales de la salud frente a la pandemia del Coronavirus. *Ver Enfermagen UERJ.* 2020, 28, 1.6
  31. Lozano-vargas A. Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de neuro-psiquiatría.* 2020;83 (1), 51-56.
  32. Balasubramain A, Paleri V, Bennett R, Paleri V. Impact of COVID-19 on the mental health of surgeons and coping strategies. *Head and Neck.* 2020 1638-44

## VIII. AGRADECIMIENTOS

Los/as autores/as de este informe agradecen la colaboración en esta investigación de Josiane Ribeiro, estudiante del programa de Doctorado en Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Asimismo, agradecen al Dr. Pablo Cáceres por su guía en los análisis de los datos y al Dr. Vicente Sisto por su apoyo incondicional y su constante estimulación para relacionar la academia con la actividad sindical. Finalmente, agradecen a Margarita Araya y Francisco Muñoz de la subcomisión de salud mental de la CONFEDERUS por su confianza y respaldo en la dirección de este estudio.

ESCUELA DE  
PSICOLOGÍA



PONTIFICIA  
UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE  
VALPARAÍSO