

Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres

Depressive symptoms and work-related stress in Chilean workers: differential conditions for males and females

Sintomas depressivos e estresse em trabalhadores chilenos: condições diferenciais para homens e mulheres

Elisa Ansoleaga ¹
Michel Vézina ²
Rosa Montaña ^{3,4}

Abstract

This article assessed depressive symptoms associated with work-related psychosocial risk factors according to gender in Chile, using the demand-control model (Karasek) and effort-reward imbalance (Siegrist). A cross-sectional study was conducted in a random sample of 3,010 workers (35% female and 65% male) from the country. Data analysis determined prevalence and associations through various statistical techniques (χ^2 , logistic regression). Exposure to psychosocial risk factors at work and prevalence of depressive symptoms were higher in women than men (15% vs. 5%). The adjusted analysis highlighted that female workers exposed to Isostrain (OR = 2.34; 95%CI: 1.42-3.85) and low rewards (OR = 2.13; 95%CI: 1.41-3.21) and male workers exposed to psychological demands (OR = 3.04; 95%CI: 1.94-4.76) and effort-reward imbalance (OR = 2.19; 95%CI: 1.39-3.46) had increased risk of depressive symptoms. Exposure to work-related psychosocial risk factors was associated with depressive symptoms in Chilean workers. Effective prevention in key aspects of work organization is thus needed.

Depression; Psychological Stress; Work

Resumen

El objetivo fue evaluar sintomatología depresiva, asociada a factores de riesgo psicosocial laboral según sexo en Chile, mediante los modelos demanda-control (Karasek) y desequilibrio esfuerzo-recompensas (Siegrist). El estudio fue transversal con una muestra aleatoria de 3010 trabajadores asalariados (35% mujeres y 65% hombres) de todo el país. Se determinó prevalencias y asociaciones a través de diversas técnicas estadísticas (eg. χ^2 ; regresión logística). La exposición a factores de riesgo psicosocial laboral y la prevalencia de sintomatología depresiva es mayor en mujeres que en hombres (15% vs. 5%). En los análisis ajustados destaca que mujeres expuestas a Isostrain (OR = 2,34; IC95%: 1,42-3,85) y bajas recompensas (OR = 2,13; IC95%: 1,41-3,21), y hombres expuestos a demandas psicológicas (OR = 3,04; IC95%: 1,94-4,76) y desequilibrio esfuerzos-recompensas (OR = 2,19; IC95%: 1,39-3,46), tienen una chance aumentada de sintomatología depresiva al compararse con los no expuestos. La exposición a factores de riesgo psicosocial laboral se asoció con síntomas depresivos en trabajadores chilenos. Resulta clave generar prevención en aspectos de la organización del trabajo.

Depresión; Strés Psicológico; Trabajo

¹ Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

² Faculté de Médecine, Université Laval, Québec, Canada.

³ Facultad de Ciencias, Universidad de Santiago, Santiago, Chile.

⁴ Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Correspondencia

E. Ansoleaga
Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Vergara 275, Santiago 8370076, Chile.
maria.ansoleaga@udp.cl

Introducción

Los trastornos mentales se han posicionado entre las enfermedades que reportan mayor carga de enfermedad en términos de años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura (AVISA/DALY). La depresión ha sido clasificada a nivel mundial como la causa más importante de discapacidad en mujeres y en personas entre 15 y 44 años, por tanto, nos referimos a población potencialmente trabajadora ¹. La literatura muestra consistentemente mayores prevalencias para trastornos depresivos en mujeres ² y que los cambios en los tradicionales roles de género, acontecidos en los últimos 50 años, no han sido capaces de reducir las diferencias de género en el riesgo de por vida de la mayoría de los trastornos mentales ³. Asimismo, se ha señalado que las diferencias encontradas tampoco se deben a la disposición para admitir problemas emocionales frente a un entrevistador ⁴.

La relevancia de incluir la perspectiva de género en los estudios sobre salud ocupacional radica en que la evidencia ha mostrado importantes diferencias e inequidades de género en salud y en el mercado de trabajo. Hombres y mujeres están representados desigualmente en las ocupaciones y en los sectores de la economía, y están expuestos de manera diferencial a los riesgos propios del trabajo. Mientras las mujeres trabajan mayoritariamente en sector servicios, los hombres lo hacen en el sector manufacturero y de la construcción. Pero aún más, hombres y mujeres que trabajan en el mismo sector e incluso en el mismo puesto de trabajo experimentan riesgos y condiciones diferenciales, producto de las diferencias antropométricas y de las condiciones socio-laborales (hombres y mujeres reciben distintos salarios y un trato diferente de sus compañeros y superiores). En relación al contenido del trabajo, se pueden apreciar diferencias en función del clima social del trabajo. Los hombres suelen ocupar posiciones jerárquicas más altas que las mujeres y las mujeres suelen ocuparse en trabajos de cuidado con importante carga emocional.

A pesar de las diferencias de género, el trabajo ocupa un rol central en la vida de las personas, en tanto actividad a la que dedicamos mayor cantidad de tiempo, así como también por las funciones psicosociales que nos provee: el trabajo estructura el tiempo, permite poner en juego nuestras habilidades, cumple una función expresiva, nos provee de estatus, posibilita intercambios sociales y está estrechamente vinculado al desarrollo de la identidad personal y colectiva. Los cambios en las condiciones y en los modos de organización del trabajo, exponen a la

población a un nuevo tipo de riesgos para la salud: los denominados factores de riesgo psicosocial laboral, los cuales pueden generar diversos resultados adversos en la salud física y mental ⁵. El mecanismo por el cual estos factores de riesgo se asocian al surgimiento de enfermedades es lo que se conoce como el *distrés* laboral. De esta manera, los actuales modos de organización del trabajo, afectan la calidad y condiciones del trabajo y se reflejan en procesos de intensificación: hacer más con menos tiempo y/o recursos ^{6,7}; densificación (cero tiempo muerto) y extensificación del trabajo: sobretiempo o movilidad espacial de un trabajo ⁸; demandando al trabajador emocional y cognitivamente, lo que se traduce en un aumento de la denominada carga psíquica y mental en el trabajo ^{5,9,10}, que sostenida en el tiempo provocará efectos en la salud mental. Existen dos modelos de factores de riesgo psicosocial laboral internacionalmente utilizados que han producido sólida evidencia sobre las asociaciones entre fenómenos psicosociales del trabajo y el desarrollo de enfermedades: el modelo demanda-control de Karasek y el modelo desequilibrio esfuerzo-recompensas de Siegrist ^{11,12}.

El modelo demanda-control-soporte de Karasek considera tres dimensiones: la demanda psicológica (alude a un conjunto de exigencias de tipo cognitivo y psíquico, relacionado con la cantidad y/o volumen de trabajo; la complejidad de las tareas y las imposiciones de tiempo –presión de tiempo–; nivel de atención, interrupciones imprevistas, entre otras), la latitud decisional (considera dos dimensiones, el uso de habilidades y la posibilidad de ejercer control sobre el trabajo) y el apoyo social (en su vertiente emocional: tramitar emociones en el trabajo, e instrumental: soporte para realizar las tareas, ambos en relación a pares y superiores). En la medida que las personas perciben sostenidamente altas demandas psicológicas acompañadas de un bajo control sobre sus procesos de trabajo y una escasa utilización de sus capacidades, experimentarán *distrés* laboral, denominado como tensión psíquica o *job strain* ¹¹. El apoyo social actuará como moderador de dicha tensión y cuando éste se percibe negativamente y se presenta en combinación con tensión psíquica el riesgo para la salud se verá incrementado ¹³. A esta dimensión de riesgo se le ha denominado Isostrain.

El modelo de Siegrist considera dos dimensiones principales, el esfuerzo extrínseco (considera ítems relativos a la cantidad de tareas, el ritmo en que se desempeñan y las interrupciones sufridas durante el trabajo) y las recompensas (que incluyen variables relativas a la estima, la promoción en el trabajo y la seguridad/estabi-

lidad del empleo) las que interactúan con una tercera variable el sobrecompromiso o *overcommitment* (patrón personal específico de afrontamiento e implicación con el trabajo, denominado esfuerzo intrínseco). Este estudio analiza las dos primeras dimensiones y en particular, la relación entre ambas pues la percepción, por un período prolongado de desequilibrio entre el esfuerzo invertido en el trabajo y las recompensas recibidas, producirá distrés laboral el que es precursor de patología mental ¹².

Es posible sostener que estos modelos son complementarios más que competitivos, puesto que permiten comprender un abanico de situaciones vinculadas a la producción de estrés relacionado con el trabajo. Mientras el modelo de Karasek enfatiza en el contenido y organización del trabajo, el modelo de Siegrist pone énfasis en la percepción de incumplimiento del contrato social de trabajo. Ambos modelos recuperan la importancia de dos necesidades humanas básicas, y en consecuencia, se diferencian en dicho contenido. Karasek muestra la relevancia de la necesidad de *poder/control y agencia* en el trabajo, mientras Siegrist pone al centro la necesidad de *reciprocidad y justicia social*. La gran ventaja de estos modelos, desde una perspectiva de salud pública, radica en que se trata de modelos simples, no por ello triviales, que permiten evidenciar situaciones de riesgo para la salud de la población trabajadora. En tal sentido, los instrumentos derivados de estos modelos, especialmente en sus versiones breves, han mostrado ser buenos instrumentos de *screening* para realizar vigilancia epidemiológica de estos riesgos y generar evidencia e instrumentos para la prevención y control en relación al distrés asociado a la exposición prolongada de factores de riesgo psicosocial en el trabajo, los que han sido ampliamente reconocidos como precursores de patología física y mental ^{14,15,16,17,18}.

La experiencia sostenida de distrés provocado por el trabajo, acompañado en muchas ocasiones por la dificultad o imposibilidad de modificar los factores de la organización del trabajo que se encuentran en el origen, redundando en la aparición de síntomas y/o cuadros depresivos. Por lo tanto, el objetivo de este estudio consistió en evaluar sintomatología depresiva asociada a dimensiones psicosociales estresantes de la organización del trabajo según sexo en Chile. Se contrastaron dos hipótesis centrales: (a) las mujeres presentan mayor exposición a factores de riesgo psicosocial laboral y sintomatología depresiva, y (b) trabajadores expuestos a tensión psíquica, Isostrain y desequilibrio esfuerzos-recompensas tienen una chance mayor de sintomatología depresiva que los no expuestos.

Material y método

Se trabajó con datos obtenidos de encuesta *Condiciones de Trabajo y Salud*, realizada en el marco del proyecto: *Políticas y Prácticas Asociadas a Problemas de Salud Mental y Trabajo en Chile: Una Perspectiva de Género*. El diseño del estudio es transversal. La muestra consideró 3.010 hombres y mujeres trabajadores asalariados dependientes de 20 a 65 años, pertenecientes a todos los niveles socioeconómicos residentes en las zonas urbanas de las 15 regiones del país. Puesto que el foco del estudio está en analizar la organización del trabajo asalariado formal, se excluyó a miembros de Fuerzas Armadas y Orden, servicio doméstico, trabajadores por cuenta propia, y familiares no remunerados. La muestra fue probabilística estratificada en cuatro etapas de selección aleatoria: comunas en regiones; manzanas en comunas; hogares en manzanas y personas dentro de los hogares. La encuesta fue aplicada por entrevistadores –previamente entrenados– en los hogares de las personas. Los datos fueron ponderados según el marco muestral e información del Instituto Nacional de Estadística. Considerando la menor proporción de mujeres en población trabajadora y la necesidad de generar análisis por sexo se sobre-representó a las mujeres para obtener una muestra equivalente por sexo. La necesidad de conducir análisis separados para hombres y mujeres surge de la evidencia diferencial, encontrada tanto en los problemas de salud mental, como en la exposición al riesgo psicosocial. La proporción de rechazo alcanzó un 43%, es decir, la proporción de respuesta de la encuesta fue de 57%, si bien este número es relativamente bajo, y una limitación del estudio es que no conocemos las razones de rechazo, por lo que no es posible señalar si el grupo de personas que no contestó difiere de aquellos que participaron -lo que eventualmente puede implicar sesgos-, la distribución de la muestra analizada es similar a la distribución muestral de otras muestras en población trabajadora chilena en atención al sexo, la edad y nivel de educación de la *Encuesta Nacional de Salud* (ENETS 2011), lo que nos permite pensar que dicha posibilidad disminuye.

Variables de exposición

Entre otras, la encuesta incluyó para la medición de las dimensiones psicosociales del trabajo dos escalas, el JCQ de Karasek ¹⁹, utilizado en la provincia de Quebec, Canadá y validado en Chile y la versión corta en español del ERI test de Siegrist ²⁰. La versión del instrumento demanda-control de Karasek, validada en Chile, conside-

ró 21 ítems: la dimensión demanda psicológica considera cinco ítems utilizados en Quebec, más una escala de demandas emocionales de cinco ítems. La demanda psicológica alude a un conjunto de exigencias de tipo cognitivo y psíquico, relacionado con la cantidad y/o volumen de trabajo, la complejidad de las tareas y las imposiciones de tiempo (presión de tiempo), nivel de atención, interrupciones imprevistas, entre otras. La dimensión latitud decisional (cinco ítems) considera tres ítems para su componente de control y dos ítems para el componente de habilidades. Finalmente, la dimensión soporte social consideró tres ítems para el soporte de superiores y tres para el soporte de colegas de trabajo, ambos en su vertiente emocional –tramitar emociones en el trabajo– y en su vertiente instrumental relativa al soporte recibido para realizar las tareas. A su vez, la combinación de altas demandas psicológicas con escasa latitud decisional, implica exposición a tensión psíquica (*job strain*), así como la dimensión Isostrain considera la exposición a tensión psíquica más un bajo soporte social de pares y superiores.

Por su parte la escala de desequilibrio esfuerzo-recompensa, consideró la escala breve propuesta por Siegrist en 2009²⁰, en su versión de 16 ítems. Esta considera dos dimensiones principales, el esfuerzo extrínseco (tres ítems relativos a la cantidad de tareas, el ritmo en que se desempeñan y las interrupciones sufridas durante el trabajo) y las recompensas (siete ítems que incluyen variables relativas a la estima, la promoción en el trabajo y la seguridad/estabilidad del empleo). De estas dos dimensiones se extrae la dimensión principal de modelo de Siegrist que corresponde a la percepción de desequilibrio esfuerzo-recompensa. En particular, la relación entre ambas, pues la percepción por un período prolongado de desequilibrio entre el esfuerzo invertido en el trabajo y las recompensas recibidas, producirán distrés¹². Para este estudio hemos omitido la dimensión sobre compromiso (*overcommitment*) de instrumento, pues los resultados de dicha variable pueden confundirse con el resultado analizado. Es posible acceder a un mayor detalle del instrumento en su artículo de validación²¹.

Variable resultado

La sintomatología depresiva se estimó utilizando un índice compuesto por el reporte simultáneo de dos síntomas claves para la clasificación diagnóstica del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV)²²:

Durante los últimos 12 meses, ¿se sintió triste o deprimido *por dos semanas consecutivas o más?*

Durante los últimos 12 meses, ¿llegó a sentir la pérdida de interés por la mayoría de las cosas que le gustaba hacer, tales como su trabajo, pasatiempos o cualquier actividad, *por un período de dos semanas seguidas o más?*

Este indicador ha sido utilizado en el *Estudio Quebequense de Condiciones de Salud y Seguridad en el Trabajo*¹⁹.

Covariables

Situación de pareja (0 = con pareja, 1 = sin pareja); situación vital estresante (muerte de algún familiar, haber sufrido un accidente laboral o común y/o haber sido víctima de violencia en los últimos seis meses; 1 = con y 0 = sin); nivel socioeconómico (índice de agrupación socioeconómica que incluye nivel de ingresos y educación, se distinguió nivel bajo = 1: ingresos personales menores a 700 USD y doce o menos años de educación de los niveles medios y altos = 0); presencia o ausencia de comorbilidad con enfermedad crónica (1 = con, 0 = sin); consumo riesgoso de alcohol (1 = con, 0 = sin); antigüedad en el cargo (1 = más de 6 meses; 0 = menos de 6 meses); trabajo por turnos (1 = con sistema de turnos o nocturno, 0 = trabajo diurno sin turnos). Precariedad contractual que considera al menos una de dos situaciones (trabajar a plazo fijo o por faena y/o estar contratado por un subcontratista = 1, no = 0), desempleo (últimos 12 meses = 1, no = 0). Adicionalmente, se incorporó el grado de interferencia trabajo-familia (alta = 1, baja = 0), la cual alude al grado de interferencia que los deberes y obligaciones familiares de cuidado y reproducción imponen a las personas para realizar su trabajo (se trabajó con una escala diseñada por el Centro de Estudios de la Mujer (Proyecto Araucaria; <http://www.proyectoaraucaia.cl>) que ensambla seis preguntas sobre interferencia de diversos autores.

El instrumento se aplicó durante mayo y julio de 2010 y los participantes firmaron un consentimiento informado, el cual establecía explícitas garantías de resguardos éticos. Las validez factorial, concurrente y de criterio de las escalas de riesgo psicosocial fue testeada satisfactoriamente en la población chilena. Ambos modelos muestran un buen ajuste estructural (Karasek: RMSEA = 0,051 y CFI = 0,97; Siegrist: RMSEA = 0,054 y CFI = 0,98) y se observa una relación dosis respuesta entre la exposición incremental a las dimensiones psicosociales del trabajo y el reporte de distrés elevado o muy elevado²².

Análisis de datos

Todos los análisis fueron estratificados por sexo. El análisis contempló la descripción de porcentaje y distribución por sexo de las variables estudiadas. Se evaluó las diferencias de prevalencias en factores de riesgo psicosocial laboral según sexo mediante χ^2 . Mediante análisis bivariados, con regresión logística, se analizó la chance de presentar sintomatología depresiva, según el conjunto de covariables por sexo. Finalmente, a través de modelos de regresión logística, se ajustó un modelo multivariado para estimar la chance de aumentar el riesgo de ocurrencia de sintomatología depresiva, según la exposición a factores de riesgo psicosocial laboral. Fueron incluidas en el modelo ajustado aquellas variables que mostraron una modificación del tamaño del efecto entre sintomatología depresiva y sexo. Lo anterior, obedece a que la variable género (sexo) es una variable muy importante a considerar en los análisis de dichos resultados de salud, siendo la que muestra una mayor modificación de tamaño del efecto entre el conjunto de variables dependientes. Por lo tanto, en los modelos nos pareció oportuno y necesario controlar por variables significativas, en relación al resultado adverso de salud, y estas variables difieren en trabajadores hombres o mujeres. Lo que se persiguió con esto fue aislar el efecto puro de sexo, controlando por otros factores potencialmente asociados a los síntomas depresivos según género. Así, se construyeron modelos diferentes para hombres y mujeres en función de la selección de las covariables relevantes. También se controló una doble exposición o exposición extra laboral referida a la interferencia trabajo-familia, lo cual, particularmente en el caso de las mujeres puede confundir la asociación entre la exposición a factores psicosociales laborales adversos y una sobrecarga y/o interferencia entre las obligaciones familiares y del trabajo doméstico. Todos los análisis se realizaron con el software de análisis estadístico Stata versión 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Resultados

La descripción de la muestra se presenta en la Tabla 1. La muestra total presenta una prevalencia de sintomatología depresiva de un 8,7% con diferencias significativas entre mujeres y hombres (15,3% y 5,5% respectivamente). Asimismo, las mujeres perciben mayor estrechez económica (35,2% vs. 29%) y pertenecen en mayor proporción al nivel socioeconómico bajo (37,9% vs. 35,4%). De otra parte, se observaron diferencias

significativas para la categoría de trabajos no cualificados (mujeres: 15,9% y hombres: 11,6%), trabajos en sistemas de turnos o nocturnos (hombres: 23,9% y mujeres: 13,3%), consumo riesgoso de alcohol (hombres 18,2% y mujeres 3,3%) y contar con un diagnóstico de enfermedad crónica (mujeres: 24% y hombres: 15,6%). Finalmente, las mujeres mostraron una importante diferencia con los hombres en relación a interferencia trabajo-familia (24,2% vs. 11,2%).

Con relación a las prevalencias de exposición a factores de riesgo psicosocial laboral, según el modelo de Karasek (Tabla 2) un 16% presenta tensión psíquica (*job strain*), proveniente de la combinación de altas demandas psicológicas y baja latitud decisional, y un 10% reporta tensión psíquica, acompañada de un bajo soporte social (Isostrain). Por otra parte, la mitad de la población estudiada percibe un desequilibrio entre los esfuerzos invertidos en el trabajo y las recompensas recibidas en él. A excepción de las dimensiones soporte social, bajas recompensas y desequilibrio esfuerzo-recompensas, en las cuales no se observan diferencias significativas, las mujeres presentan mayores prevalencias de exposición a factores de riesgo psicosocial laboral (Tabla 2).

El análisis bivariado entre la presencia de sintomatología depresiva y covariables mostró que ciertas características o situaciones de la población implican una mayor chance de sufrir sintomatología depresiva al compararse con sus grupos de referencia. En mujeres destaca, haber experimentado una situación vital estresante (OR = 2,79; IC95%: 2,04-4,33), tener el diagnóstico de enfermedad crónica (OR = 2,43; IC95%: 1,70-3,48), y presentar interferencia trabajo-familia (OR = 2,56; IC95%: 1,79-3,66), lo que aumenta en más de dos veces la chance de sufrir sintomatología depresiva al compararse con sus respectivos grupos de referencia. En los hombres, percibir estrechez económica (OR = 2,05; IC95%: 1,37-3,05), presentar al menos una situación vital estresante (OR = 2,73; IC95%: 1,79-4,16), enfermedad crónica (OR = 2,33; IC95%: 1,50-3,62), tener un trabajo no cualificado (OR = 2,05; IC95%: 1,25-3,36), presentar al menos una precariedad contractual (OR = 2,04; IC95%: 1,35-3,08) y percibir interferencia trabajo-familia (OR = 3,57; IC95%: 2,27-5,59) son condiciones que aumentan en más de dos veces la chance de sintomatología depresiva al compararlos con sus grupos de referencia. De otra parte, pertenecer a diferentes grupos etarios o vivir sin pareja no implica una chance mayor de riesgo de sintomatología depresiva, al compararse con sus grupos de referencia. La antigüedad en el cargo (OR = 0,61; IC95%: 0,40-0,92) es un factor

Tabla 1

Descripción de la muestra del estudio.

	Mujeres		Hombres		Valor de p *	Missing (%)
	%	n	%	n		
Variables socioeconómicas						
Edad (años)						
20-29	29,4	368	23,9	318	< 0,001	-
30-39	27,1	448	24,3	437		-
40-49	23,4	373	27,2	425		-
50 y más	19,9	297	24,5	344		-
Pareja						
Sin pareja	50,3	751	31,1	459	< 0,001	2,1
Nivel socioeconómico						
Bajo	37,9	577	35,4	542	0,189	-
Estrechez económica	35,2	522	29,0	454	0,001	0,4
Variables laborales						
Precariedad contractual (al menos 1)	21,3	341	23,1	368	0,309	-
Desempleo	16,3	247	15,6	246	0,778	-
Trabajo no cualificado	15,9	242	11,6	169	0,002	-
Jornada nocturna o turnos	13,3	223	23,9	429	< 0,001	0,1
Variables de salud						
Consumo riesgoso de alcohol	3,3	46	18,2	273	< 0,001	-
Suceso vital estresante	18,0	267	17,4	265	0,668	0,2
Enfermedad crónica	24,0	349	15,6	227	< 0,001	1,0
Doble presencia						
Interferencia trabajo-familia	24,2	367	11,2	174	< 0,001	1,3
Outcome						
Sintomatología depresiva	15,3	230	5,3	81	< 0,001	0,3

* Se utilizó el χ^2 .

Tabla 2

Comparación de las prevalencias de exposición (%) a riesgo psicosocial laboral según sexo.

	Mujeres	Hombres	Valor de p *	Total	n	Missing (%)
Baja latitud decisional	38	34	0,041	35	1.105	0,9
Altas demandas psicológicas	53	44	< 0,001	47	1.406	1,3
Bajo soporte social	35	35	0,759	35	1.043	3,5
Tensión psíquica (<i>job strain</i>)	19	14	0,002	16	495	2,1
Isostrain (<i>job strain</i> + bajo apoyo social)	12	9	0,001	10	307	5,4
Altos esfuerzos	30	27	0,171	28	834	0,2
Bajas recompensas	48	44	0,042	45	1.330	5,5
Desbalance esfuerzo-recompensas	51	49	0,322	50	1.418	5,7

* Las diferencias se estimaron con χ^2 .

protector con respecto a la chance de sintomatología depresiva en mujeres, al compararse con quienes tienen una antigüedad en el cargo menor a seis meses (Tabla 3). Finalmente, el consumo riesgoso de alcohol (OR = 1,58; IC95%: 1,00-2,49) aumenta en una y media vez más la chance de presentar sintomatología depresiva en hombres (Tabla 3).

El análisis multivariado incorporó al modelo aquellos factores que median la relación entre la exposición a factores de riesgo psicosocial laboral y sintomatología depresiva según sexo, particularmente aquellos factores socioeconómicos, laborales, de salud o de doble presencia que al ser incluidos en el análisis bivariado por sexo (Tabla 3) contribuyeron a disminuir o a aumentar el efecto de la asociación entre sexo y sintomatología depresiva en más de un 10%^{23,24}.

Tal como se puede apreciar en los análisis crudos de la Tabla 4, la exposición de factores de riesgo psicosocial laboral aumenta la chance de sufrir sintomatología depresiva en la población

trabajadora. En particular, se observa que mujeres trabajadoras expuestas a las dimensiones psicosociales del modelo de Karasek presentan una mayor chance de síntomas depresivos que las no expuestas. Al ajustar por covariables, la dimensión latitud decisional pierde significancia estadística, sin embargo, las asociaciones se mantienen significativas para demandas psicológicas (OR = 1,75; IC95%: 1,19-2,58), bajo soporte social (OR = 1,62; IC95%: 1,10-2,37), tensión psíquica (OR = 1,71; IC95%: 1,11-2,64) e Isostrain (OR = 2,34; IC95%: 1,43-3,86). En relación a las dimensiones del modelo de Siegrist, mujeres expuestas a bajas recompensas (OR = 2,13; IC95%: 1,41-3,21) y al desequilibrio entre esfuerzos y recompensas (OR = 1,56; IC95%: 1,04-2,34) tienen una chance de presentar síntomas depresivos mayor que las no expuestas (Tabla 4).

En el caso de los hombres, los análisis ajustados muestran que la exposición a altas demandas psicológicas se asoció a un aumento en casi

Tabla 3

Asociaciones entre sintomatología depresiva y posibles factores mediadores en mujeres y hombres.

	Mujeres		Hombres	
	OR	IC95%	OR	IC95%
OR crudo (sintomatología depresiva)	3,21 *	2,48-4,16	0,31 *	0,23-0,40
Factores socioeconómicos				
Edad (años)				
20-29	1,00		1,00	
30-39	0,97	0,60-1,58	1,15	0,66-2,01
40-49	1,41	0,88-2,25	1,04	0,60-1,81
50 y más	1,47	0,91-2,39	0,9	0,50-1,61
Pareja (sin)	1,24	0,88-1,75	1,17	0,77-1,78
Nivel socioeconómico (bajo)	1,53 *	1,09-2,15	1,67 *	1,12-2,48
Estrechez económica	1,84 *	1,30-2,59	2,05 *	1,37-3,05
Factores de salud				
Situación vital estresante (con)	2,97 *	2,04-4,33	2,73 *	1,79-4,16
Enfermedad crónica (con)	2,43 *	1,70-3,48	2,33 *	1,50-3,62
Consumo riesgoso de alcohol	1,29	0,54-3,06	1,58 *	1,00-2,49
Factores laborales				
Antigüedad en el cargo (> 6 meses)	0,61 *	0,40-0,92	0,69	0,42-1,15
Trabajo no cualificado	1,39	0,90-2,14	2,05 *	1,25-3,36
Trabajo por turnos	1,66 *	1,06-2,60	1,13	0,72-1,77
Desempleo	1,63 *	1,07-2,48	1,55	0,96-2,51
Precariedad contractual (al menos 1)	1,35	0,91-1,99	2,04 *	1,35-3,08
Factor doble presencia				
Interferencia-trabajo familia	2,56 *	1,79-3,66	3,57 *	2,27-5,59

IC95%: intervalo de 95% de confianza; OR: odds ratio.

* OR con IC95% significativos.

Tabla 4

Asociaciones entre exposición a dimensiones psicosociales del trabajo (modelos D-C-S y DER) y riesgo de sufrir sintomatología depresiva en población trabajadora, según sexo en Chile.

	Mujeres				Hombres			
	OR1	IC95%	OR2	IC95%	OR3	IC95%	OR4	IC95%
Modelo demanda-control								
Baja latitud decisional	1,44 *	1,01-2,03	1,30	0,88-1,93	1,01	0,67-1,55	0,80	0,51-1,27
Altas demandas psicológicas	1,89 *	1,32-2,69	1,75 *	1,19-2,58	3,26 *	2,11-5,02	3,04 *	1,94-4,76
Bajo soporte social	1,89 *	1,33-2,68	1,62 *	1,10-2,37	1,19	0,79-1,79	0,94	0,61-1,45
Tensión psíquica (<i>job strain</i>)	2,01 *	1,36-2,97	1,71 *	1,11-2,64	1,68 *	1,03-2,73	1,20	0,71-2,03
Isostrain (<i>job strain</i> + bajo apoyo social)	2,60 *	1,66-4,06	2,34 *	1,42-3,85	1,62	0,90-2,93	1,19	0,64-2,23
Modelo de desbalance esfuerzo-recompensas								
Altos esfuerzos	1,13	0,78-1,63	0,90	0,60-1,34	2,53 *	1,70-3,77	2,46 *	1,61-3,78
Bajas recompensas	2,80 *	1,93-4,08	2,13 *	1,41-3,21	1,90 *	1,26-2,88	1,52	0,98-2,34
Desbalance esfuerzo-recompensas	2,05 *	1,42-2,97	1,56 *	1,04-2,34	2,43 *	1,57-3,78	2,19 *	1,39-3,46

IC95%: intervalo de 95% de confianza; OR: *odds ratio*; OR1: OR crudo para mujeres; OR2: OR ajustado por nivel socioeconómico (bajo comparado con medio/alto), percepción de estrechez económica, suceso vital estresante, enfermedad crónica, antigüedad en el cargo (> 6 meses), trabajo en sistema de turnos o nocturno, desempleo e interferencia trabajo-familia en mujeres; OR3: OR crudo para hombres; OR4: OR ajustado por nivel socioeconómico (bajo comparado con medio/alto), percepción de estrechez económica, enfermedad crónica, consumo riesgoso de alcohol, suceso vital estresante, trabajo no cualificado, precariedad contractual (al menos 1) e interferencia trabajo familia en hombres. Fue incorporada también la antigüedad en el cargo (> 6 meses) para controlar la exposición a riesgo psicosocial.

* OR con IC95% significativos.

tres veces de la chance de presentar síntomas depresivos (OR = 3,04; IC95%: 1,94-4,76), al compararlos con los no expuestos. Asimismo, trabajadores hombres expuestos a altos esfuerzos (OR = 2,46; IC95%: 1,61-3,78) y a desequilibrio esfuerzos-recompensas (OR = 2,19; IC95%: 1,39-3,46) presentan una chance superior a dos veces de presentar sintomatología depresiva, al compararlos con los no expuestos. Aun cuando las asociaciones con la dimensión latitud decisional no es significativa, aparece como una condición protectora para los síntomas depresivos en hombres (OR = 0,80; IC95%: 0,51-1,27) (Tabla 4).

Finalmente, nos interesó verificar si las fuertes asociaciones encontradas para hombres en las dimensiones demandas psicológicas y desequilibrio esfuerzo-recompensas se mantenían al ajustar los modelos adicionalmente por cada una de ellas entre sí. Datos no reportados muestran que al ajustar el modelo para la dimensión desequilibrio esfuerzo-recompensa, adicionalmente por la exposición a demandas psicológicas, la asociación se mantiene incluso cuando decrece (OR = 1,66; IC95%: 1,03-2,67). Por su parte, considerando el modelo de demandas psicológicas en hombres, cuando controlamos adicionalmente por desequilibrio esfuerzo-recompensas, la asociación decrece, pero sigue siendo importante (OR = 2,62; IC95%: 1,62-4,25).

En el caso de las mujeres testeamos posibles cambios en el tamaño del efecto entre Isostrain y sintomatología depresiva al incorporar como variable de control las bajas recompensas y encontramos que la asociación decrece, pero se mantiene significativa (OR = 2,00; IC95%: 1,19-3,36). A la inversa, cuando analizamos la contribución de la variable Isostrain en el modelo de relación entre bajas recompensas y sintomatología depresiva encontramos que la asociación se mantiene reduciéndose levemente (OR = 1,89; IC95%: 1,22-2,93).

Discusión

Tal como muestran los resultados y coincidente con lo reportado en investigaciones internacionales la prevalencia de sintomatología depresiva es significativamente mayor en mujeres que en hombres^{1,17}. Haber recibido diagnóstico de enfermedad crónica, presentar una situación vital estresante y presentar interferencia trabajo-familia se asociaron fuertemente con un aumento mayor a dos veces de chance de sintomatología depresiva en hombres y mujeres, al compararlos con sus grupos de referencia respectivamente.

Al igual que lo publicado por Godin et al.²³, nuestros resultados muestran diferencias signifi-

cativas en la prevalencia de exposición a dimensiones psicosociales adversas del trabajo según sexo. En todos aquellos en que se encontraron diferencias significativas, las mujeres presentaron porcentajes mayores de exposición que los hombres, lo cual se confirma la primera hipótesis de este estudio. Este resultado contribuye a resaltar la importancia de conducir análisis separados para hombres y mujeres en los estudios de salud ocupacional, y en particular, cuando se están analizando riesgos del trabajo que se distribuyen desigualmente entre hombres y mujeres. El estrés derivado del trabajo es un problema en alza y, dado que es posible identificar grupos vulnerables, en este caso el de las mujeres, resulta clave avanzar en medidas focalizadas dirigidas a estos grupos específicos.

Apoyando la segunda hipótesis de este estudio trabajadoras/es expuestas a factores de riesgo psicosocial laboral presentan una mayor chance de sufrir sintomatología depresiva que los no expuestos. La exposición a situaciones laborales que implican altas demandas psicológicas, baja latitud decisional y bajo soporte social, es decir, situaciones de Isostrain en mujeres (OR = 2,36; IC95%: 1,42-3,85) y situaciones de desequilibrio entre los esfuerzos desplegados en el trabajo y las recompensas recibidas en hombres (OR = 1,56; IC95%: 1,04-2,34) y mujeres (OR = 2,19; IC95%: 1,39-3,46) reportan fuertes asociaciones con síntomas depresivos, tal como ha sido señalado en la evidencia internacional^{12,13,24,25}. Asimismo, el análisis ajustado por covariables y estratificado por sexo muestra diferencias en las asociaciones, mientras las mujeres expuestas a Isostrain y bajas recompensas tienen una chance cercana a dos y media veces de presentar sintomatología depresiva al compararlas con las no expuestas; en los hombres, los expuestos a altas demandas y altos esfuerzos tienen una chance dos veces mayor de riesgo de presentar sintomatología depresiva a los no expuestos.

De otra parte, los análisis ajustados muestran que la dimensión latitud decisional, que reiteramos alude a la posibilidad de ejercer control sobre el propio trabajo y de desplegar las habilidades, pierde significancia en mujeres, al igual que tensión psíquica y altos esfuerzos en el caso de los hombres. En un estudio quebequense el año 2002 se observó que la baja latitud decisional (componente autonomía) entre las mujeres, actuaría como un factor protector de los episodios depresivos mayores, planteando la hipótesis de que la aceptación de un trabajo no cualificado sería una estrategia para estar en mejores condiciones de hacer frente a las responsabilidades familiares. En la misma perspectiva, podríamos decir que una pregunta como

“*Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas*” podría entenderse como una necesidad de educación continua para mantener su trabajo, porque el requisito de la palabra implica el aumento de su carga de trabajo²⁶.

Insistimos en que las diferencias de género son muy relevantes al analizar la relación entre salud mental y trabajo, puesto que las mujeres, junto con estar más expuestas a los riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo, están expuestas a dobles jornadas de trabajo provenientes del trabajo doméstico y de cuidado –que sigue siendo responsabilidad principal de ellas en América Latina–, y están expuestas a las tensiones cotidianas derivadas de las fallas en el cumplimiento de las obligaciones domésticas y del trabajo remunerado. Por ello, la dimensión de interferencia trabajo-familia resulta, en este tipo de estudios, una dimensión muy relevante para comprender los fenómenos de distrés y en particular de la salud mental. La idea de controlar por esta doble exposición o exposición extra laboral referida a la interferencia trabajo-familia, es especialmente importante en el caso de las mujeres, puesto que puede confundir la asociación entre la exposición a factores psicosociales laborales adversos y una sobrecarga y/o interferencia entre las obligaciones familiares y del trabajo doméstico. Sin embargo, aún controlando por esta dimensión tan relevante en la producción de estrés y vinculada a síntomas depresivos, constatamos que la exposición a los factores psicosociales del trabajo se asocian a una mayor chance de presentar síntomas depresivos.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el diseño transversal que impide señalar relaciones de causalidad e incluso se puede incurrir en relaciones de causalidad reversa, y aún cuando en este estudio no podamos señalar la dirección del efecto, los resultados encontrados son coincidentes con los reportados en estudios longitudinales respecto en que se verificó la causalidad entre la exposición a dimensiones psicosociales adversas del trabajo y resultado de sintomatología depresiva^{16,17,24}. Otra limitación es el uso exclusivo de autoreporte, ya que este se puede acompañar de sesgos del recuerdo o de la contaminación entre las variables de asociación. Asimismo, la importante proporción de rechazo sumada al uso de una medida breve de *screening* de síntomas depresivos puede llevar a un problema de subestimación de casos pues la prevalencia año reportada en este estudio es menor a la reportada en estudios nacionales realizados con poblaciones similares. La *Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud de los Trabajadores*²⁷, reportó una prevalencia de síntomas depresivos de un 22%, lo cual nos hace pensar que los ca-

sos perdidos por rechazo a contestar la encuesta puede estar generando un efecto de subestimación de la prevalencia de síntomas depresivos, y en consecuencia, una pérdida de poder en el análisis de las asociaciones con riesgo psicosocial. Asimismo, la inclusión de sólo dos de los síntomas que el DSM-IV sugiere como criterios para el diagnóstico de depresión también nos puede llevar a una subestimación de sintomatología. Michelsen et al.²⁸ utilizaron en su estudio el conjunto de síntomas depresivos propuestos por el DSM-III para estimar sintomatología depresiva, aumentando el espectro de posibilidad de reporte de síntomas.

En futuros estudios, resulta relevante analizar las asociaciones entre la exposición a otras variables de riesgo para la salud psicológica en el trabajo, datos de esta investigación (no reportados) muestran fuertes asociaciones entre acoso psicológico en el trabajo, interferencia trabajo-familia y familia-trabajo y reporte de sintomatología depresiva.

Los análisis estratificados por sexo requieren una mayor exploración, pues los resultados nos permiten identificar diferencias por sexo que deben ser interpretadas a la luz de las inequidades de género en el mercado de trabajo en Chile.

Resumo

O objetivo foi avaliar os sintomas depressivos associados com fatores de risco ocupacionais psicossociais, por sexo, no Chile, por meio do modelo demanda-controle (Karasek) e desequilíbrio esforço-recompensa (Siegrist). O estudo foi transversal, com uma amostra aleatória de 3.010 empregados (35% mulheres e 65% homens) em todo o país. Prevalência e associações foram determinados por diversas técnicas estatísticas (eg. χ^2 ; regressão logística). A exposição aos fatores de risco ocupacionais psicossociais e prevalência de sintomas depressivos é maior em mulheres do que em homens (15% vs. 5%). Análise ajustada salienta que as mulheres expostas a Isostrain

La relevancia de este estudio radica en que pone a disposición de los tomadores de decisiones información hasta ahora no disponible sobre las asociaciones entre exposición a riesgo psicosocial laboral y presencia de síntomas depresivos para el contexto nacional de la población trabajadora en Chile. Asimismo, los resultados señalan la importancia de profundizar los análisis mediante estudios longitudinales y análisis cualitativos que permitan ahondar en algunos hallazgos en la población Chilena, y nos alertan respecto a la necesidad de medidas diligentes para la prevención y cuidado de la salud psicológica de la población trabajadora en Chile.

Conclusión

La exposición a factores de riesgo psicosocial laboral, los cuales son precursores de estrés laboral, se asocia con la salud psicológica de la población trabajadora chilena, específicamente, con la presencia de síntomas depresivos, los cuales pueden transitar hacia cuadros de patología mental por lo que resulta clave generar mecanismos de prevención en aspectos de la organización del trabajo. Las mujeres presentan una mayor exposición a riesgo psicosocial y se observan importantes asociaciones de esta exposición con síntomas depresivos.

(OR = 2,34; IC95%: 1,42-3,85) e baixa recompensa (OR = 2,13; IC95%: 1,41-3,21) e homens expostos a demandas psicológicas (OR = 3,04; IC95%: 1,94-4,76) e desequilíbrio esforço-recompensa (OR = 2,19; IC95%: 1,39-3,46) têm chance maior de sintomas depressivos quando comparado com o não exposto. A exposição aos fatores de risco ocupacionais psicossociais foi associada com sintomas depressivos em trabalhadores chilenos. A geração de cuidados preventivos em aspectos de organização do trabalho é fundamental.

Depressão; Estresse Psicológico; Trabalho

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo recibido de la Iniciativa de Investigación en Salud Mundial (GHRI), una asociación dedicada al financiamiento de la investigación entre los Institutos Canadienses de Investigación en Salud, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, el Ministerio de Salud de Canadá, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, y la Agencia de Salud Pública de Canadá.

Colaboradores

Los tres autores contribuyeron en el diseño del estudio, en la selección de los métodos, el análisis de los resultados y discusión, así como también en la elaboración del artículo y la revisión de la versión final que se envía.

Referencias

1. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Leach LS, Christensen H, Mackinnon AJ, Windsor TD, Butterworth P. Gender differences in depression and anxiety across the adult lifespan: the role of psychosocial mediators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43:983-98.
3. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66:785-95.
4. Delisle VC, Beck AT, Dobson KS, Dozois DJA, Thoms BD. Revisiting gender differences in somatic symptoms of depression: much ado about nothing? *PLoS One* 2012; 7(2).
5. Houtman ILD, Kompier MAJ. Trabajo y salud mental. In: Organización Internacional del Trabajo, editor. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. Madrid: Organización Internacional del Trabajo; 2001. p. 5.2-5.
6. Derriennic F, Vézina M. Intensificación del trabajo y repercusiones sobre la salud mental. Argumentos epidemiológicos aportados por la encuesta ESTEV. In: Askenazy P, Cartron D, Coninck F, Gollac M, editores. *Organisation et intensité du travail*. Toulouse: Octares Editions; 2006. p. 327-33.
7. Coninck F, Gollac M. L'intensification du travail: de qui parle-t-on? In: Askenazy P, Cartron D, Coninck F, Gollac M, editores. *Organisation et intensité du travail*. Toulouse: Octares Editions; 2006. p. 3-8.
8. Leilanie J. Effect of work intensification and work extensification on women's health in the globalised labour market. *J Int Womens Stud* 2009; 10:111-26.
9. Hamon-Cholet S, Rougerie C. La charge mentale au travail: des enjeux complexes pour les salariés. *Econ Stat* 2000; 339/340:243-55.
10. Dejours C. Trabajo y desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo. Buenos Aires: Humanitas; 1992.
11. Karasek R, Theorell T. Stress productivity and the reconstruction of working life. New York: Basics Books; 1990.
12. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol* 1996; 1:27-41.
13. Derriennic F, Vézina M, Monfort C. The impact of job strain on social isolation: a longitudinal analysis of French workers. *Soc Sci Med* 2004; 59:29-38.
14. Godin I, Kittel F, Coppieters Y, Siegrist J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health* 2005; 5:67.

15. Moisan J, Bourbonnais R, Brisson C, Gaudet M, Vézina M, Vinet A, et al. Job strain and psychotropic drug use among white-collar workers. *Scand J Work Environ Health* 1996; 22:139-45.
16. Sanderson K, Andrews G. Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *Can J Psychiatry* 2006; 51:63-75.
17. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health: a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 2006; 32:443-62.
18. Vézina M, Bourbonnais R, Brisson C, Trudel L. La mise en visibilité des problèmes de santé liés à l'organisation du travail. In: Brun J-P, Fournier P-S, editors. *La santé et la sécurité du travail: problématiques en émergence et stratégies d'intervention*. Québec: Presses de l'Université Laval; 2008. p. 11-26. (Collection Santé et Sécurité du Travail).
19. Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail, Institut de la Statistique du Québec, Institut National de Santé Publique du Québec, Gouvernement du Québec. *Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi, de santé et sécurité du travail (EQCOTESST)*. Québec: Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail; 2011.
20. Siegrist J, Wege N, Puhlhofer F, Wahrendorf M. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health* 2009; 82:1005-13.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-R)*. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
22. Ansoleaga E, Montaña R, Vézina M. Validación de dos instrumentos para medir estrés laboral en trabajadores chilenos. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*; sometido.
23. Godin I, Kornitzer M, Clumeck N, Linkowski P, Valente F, Kittel F. Gender specificity in the prediction of clinically diagnosed depression. Results of a large cohort of Belgian workers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:592-600.
24. Siegrist J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008; 258 Suppl 5:115-9.
25. Godin I, Kittel F. Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Soc Sci Med* 2004; 58:1543-53.
26. Gouvernement du Québec. *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois*. Québec: Gouvernement du Québec; 2008.
27. Gobierno de Chile. *Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010)*. Santiago: Gobierno de Chile; 2011.
28. Michelsen H, Bildt C. Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological well-being, heavy consumption of alcohol. *Occup Environ Med* 2003; 60:489-96.

Recibido el 04/Feb/2013
 Versión final presentada el 05/Jul/2013
 Aprobado el 06/Ago/2013