

# Factores psicosociales laborales asociados a riesgo de sintomatología depresiva en trabajadores de una empresa minera\*.

*Psychosocial factors associated with risk of depressive symptoms in workers of a mining company.*

Elisa Ansoleaga Moreno<sup>1,2,3</sup> & Juan Pablo Toro<sup>3,4</sup>

## Resumen

En una muestra aleatoria de 303 trabajadores de una empresa minera chilena se examinó la asociación entre factores psicosociales del trabajo y el riesgo de sufrir sintomatología depresiva. Se aplicó una adaptación del cuestionario EQCOTESST, utilizando las escalas de demanda psicológica, control en el trabajo, desbalance esfuerzo recompensa, de distrés, consumo de medicamentos y sintomatología depresiva. Respecto a nuestras hipótesis en estudio podemos afirmar que sí existen diferencias de riesgo de sufrir sintomatología depresiva entre quienes tienen bajo soporte social en comparación con quienes tienen alto soporte (RR: 1.79 (IC: 1.19 - 2.71 p = 0.006)); alto desbalance esfuerzo recompensa en comparación con los que tienen bajo desbalance ((RR: 1.78 (IC: 1.19 - 2.66 p = 0.004)); alta demanda psicológica en comparación con los que tienen baja demanda (RR: 1.83 (IC: 1.22 - 2.75 p = 0.003)); estrés elevado o muy elevado en comparación con los que tienen bajo estrés (RR: 4.5 (IC: 3.27 - 6.32 p = 0.000)); y los que consumen más de un psicotrópico en comparación con los que no consumen (RR: 4.2; (IC: 2.75 - 6.47 p = 0.000)). Nuestros resultados son coincidentes con estudios que revelan relaciones entre factores psicosociales del trabajo y salud mental y sugieren la necesidad de estudios similares en otras poblaciones trabajadoras.

**Palabras Clave:** Condiciones de Trabajo, Minería, Salud Mental, Depresión.

## Abstract

In a random sample of 303 workers at a Chilean mining company we examined the association between psychosocial work factors and the risk of depressive symptoms. We administered a modified EQCOTESST questionnaire, using the scales of psychological demands, job control, effort-reward imbalance, distress, drug consumption and depressive symptoms. Results showed differences in risk of depressive symptoms among those with low social support compared with those with high support (RR: 1.79 (CI: 1.19 - 2.71 p = 0.006)); high effort-reward imbalance compared to those with low imbalance ((RR: 1.78 (CI: 1.19 - 2.66 p = 0.004)), high psychological demands compared with those with low demands (RR: 1.83 (CI: 1.22 - 2.75 p = 0.003 )); high or very high stress compared with those with low stress (RR 4.5 (CI: 3.27 - 6.32 p = 0.000)), and between those who consume more than one psychotropic drug and those who do not (RR: 4.2; (CI: 2.75 - 6.47 p = 0.000)). Our findings are consistent with studies showing the relationship between psychosocial factors and mental health work and suggest the need for similar studies in other working populations.

**Keywords:** Working Condition, Mining, Mental Health, Depression.

<sup>1</sup> Investigadora Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo Universidad Diego Portales, Facultad de Psicología. Chile

<sup>2</sup> Estudiante Doctorado Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Chile

<sup>3</sup> Asesor(a) proyecto Research, Policy And Practice With Regard To Work-Related Mental Health Problems In Chile: A Gender Perspective. Centro de Estudios de la Mujer financiado por IDRC de Canadá. Canadá

<sup>4</sup> Investigador Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Chile

\* Este trabajo presenta resultados de la investigación "La organización del trabajo y su relación con la salud mental en trabajadores de la minería" patrocinada por la Facultad de Psicología de la Universidad Diego Portales de Santiago de Chile y por el proyecto "Research, Policy And Practice With Regard To Work-Related Mental Health Problems In Chile: A Gender Perspective" a través del cual recibió financiamiento del IDRC de Canadá. Asimismo contó financiamiento del Grupo Quinta Era.

## Introducción

Los modos de organizar el trabajo se han modificado profundamente en las últimas décadas (Neffa, 2003; Stecher, Godoy & Díaz, 2005; Wittke, 2005; Ansoleaga & Toro, 2006 & Ansoleaga, 2007), debiendo las empresas adecuarse a dichas transformaciones con el fin de mantener estándares cada vez más altos de productividad y calidad a cuenta de ser comparativamente competitivos a niveles nacionales e internacionales.

Entre los cambios observados en el trabajo y el empleo se aprecian principalmente: un fuerte incremento en el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC), intensificación del trabajo en relación al tiempo disponible para realizar un número de tareas o terminar un producto, el crecimiento del empleo atípico, entre otros.

Lo anterior tiene un correlato importante con la salud de los trabajadores. Si bien en la época industrial clásica se avanzó en el reconocimiento y control de riesgos físico-ambientales dadas las demandas que el entorno y el aparataje industrial imponía a los obreros de entonces, hoy se reconoce que en el espacio de trabajo coexiste y cobra relevancia un nuevo tipo de riesgos denominados psicosociales que impactan la salud de las personas (Hurrell, Murphy, Sauter & Levi, 2001; Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud-ISTAS, 2002, 2005 & Vezina, Derriennic & Monfort, 2004).

El estudio de aspectos psicosociales en el trabajo adquiere pública relevancia en atención a que los cambios en la organización del trabajo demandan y tensionan al trabajador emocional y cognitivamente, lo que se traduce en un aumento de la denominada carga psíquica y mental en el trabajo (Dejours, 1992; Parra, 2001, 2004 & Vezina, 2007).

Si bien, el ámbito de lo psicosocial en el trabajo es muy extenso, existe consenso respecto al reconocimiento de algunos factores primordiales tales como la autonomía o control de los procesos de trabajo, la demanda psicológica, el apoyo social de superiores y pares, el esfuerzo invertido y reconocimiento recibido a cambio y la justicia organizacional. Estos factores son recogidos principalmente por tres reconocidos modelos, el de demanda-control de Karasek y Theorell (1990), el de balance esfuerzo-recompensa de Siegrist (1996) y el de Justicia Organizacional de Moorman (1991).

Estos modelos explican mecanismos de producción de estrés o tensión psíquica asociada al trabajo y la evidencia indica que la mantención sostenida en el tiempo de dicha tensión actuará como precursor de patología física y mental.

La evidencia señala que existen relaciones de causalidad entre tensión psíquica y trastornos cardiovasculares (Fischer, 2003), musculoesqueléticos (Bongers, de Winter, Kompier & Hildebrandt, 1993 & Rebolledo, González, Soto, Galilea & Carbonell, 1999) y gastrointestinales (Drossman, Creed, Olden, Svedlund, Toner & Whitehead, 1999), entre otras de índole física.

Particularmente, respecto a las asociaciones entre riesgo psicosocial y patología mental se han establecido relaciones entre: demandas laborales y desórdenes afectivos (Bromet, Dew, Parkinson & Schulberg, 1988), trabajo inadecuado, relaciones humanas pobres, altas demandas psicológicas, bajo control y bajo soporte social en el trabajo con altos síntomas depresivos (Kawakami, Araki & Kawashima, 1990 & Niedhammer, Goldberg, Leclerc, Bugel & David, 1998); asociaciones entre riesgo psicosocial y una pobre salud mental (Thierriault, Streit & Rhéaume, 2004; Vezina, Derriennic & Monfort, 2004; Sánchez, 2006; Melchior, Caspi, Milne, Danese, Poulton & Moffitt, 2007 & Vezina, 2007).

Lo anterior cobra particular relevancia en un contexto de creciente aumento de la prevalencia de trastornos de salud mental. Según la Organización Mundial de la Salud (2009) una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental a lo largo de su vida y para el año 2020 la depresión será el trastorno de salud que ocupará el segundo lugar en el indicador DALY's (años de vida perdidos por discapacidad o muerte prematura).

En nuestro país, la importante prevalencia de depresión (mayor, leve y distimia en mujeres 11% y en hombres 5%) ha llevado a incluir esta patología en el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (Ministerio de Salud de Chile, 2009).

Asimismo, el alza de 82% experimentada entre el 2005 y 2007 por las licencias médicas referidas a "trastornos mentales y del comportamiento" (Superintendencia de Seguridad Social, 2008) evidencia la importancia de considerar a ésta como un tema de preocupación.

Las patologías asociadas a esta alza fueron depresión, ansiedad y estrés, correspondiendo con el tramo de edad entre 20 y 40 años, lo que nos indica que se trata de población laboralmente activa. Entonces, resulta relevante indagar en población laboralmente activa las posibles asociaciones entre riesgo psicosocial laboral y depresión. Se trabajó con una empresa de la gran minería en Chile que tiene un personal aproximado de 4.800 trabajadores permanentes y alrededor de 7.000 trabajadores subcontratados. Nuestra muestra incluyó a trabajadores de la dotación permanente, sometidos a sistemas de turnos rotatorios, cuyos salarios y beneficios están por sobre el promedio nacional al compararlo con otras ramas de actividad. La minería en Chile ocupa un lugar central en la economía tanto por los grandes volúmenes de intercambio comercial como por su liderazgo a nivel mundial en términos del uso de tecnología.

Nuestra pregunta de investigación consiste en determinar si existen o no diferencias de riesgo de sufrir sintomatología depresiva según el nivel de exposición a riesgo psicosocial en el trabajo.

Las hipótesis de trabajo que guían este estudio son las siguientes:

**H1:** Sujetos con alta demanda psicológica y bajo control tienen mayor riesgo de sufrir sintomatología depresiva que aquellos con baja demanda psicológica y alto control.

**H2:** Sujetos con alto desbalance esfuerzo recompensa tienen mayor riesgo de sufrir sintomatología depresiva que aquellos con bajo desbalance esfuerzo recompensa.

**H3:** Sujetos con bajo soporte social de los superiores tienen mayor riesgo de sufrir sintomatología depresiva que aquellos que tienen alto soporte social de sus superiores.

**H4:** Sujetos con bajo soporte social de pares tienen mayor riesgo de sufrir sintomatología depresiva que aquellos que tienen alto soporte social de sus superiores.

**H5:** Sujetos con estrés elevado o muy elevado tienen mayor riesgo de sufrir sintomatología depresiva que aquellos que tienen estrés moderado o bajo.

**H6:** Sujetos que consumen uno o más psicotrópicos tienen mayor riesgo de sufrir sintomatología depresiva que aquellos que no consumen psicotrópicos.

## Materiales y Métodos

**Diseño:** el estudio es de tipo transversal descriptivo y asociativo con carácter exploratorio.

**Muestra:** a partir del universo de 4.853 sujetos se obtuvo una muestra de  $n = 303$  que fueron elegidos aleatoriamente, estratificando según el tamaño de las diferentes áreas de la empresa de modo de ponderar la representatividad. La muestra resultante es eminentemente masculina (95%) por lo que no se realizaron análisis estratificados por sexo. Las edades fluctuaron entre 19 y 64 años y 50% de la muestra se encontró entre 49 y 64 años.

**Instrumentos:** se aplicó la adaptación del cuestionario EQCOTESST. Para este estudio se utilizaron las escalas de demanda psicológica, control en el trabajo, desbalance esfuerzo recompensa, de distrés, consumo de medicamentos y sintomatología depresiva que corresponden a dos preguntas de diagnóstico particularmente a la pérdida de interés por las actividades realizadas y al sentimiento constante de tristeza. Este indicador se extrajo de «Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)». Está demostrado que una respuesta positiva a ambas preguntas tiene una sensibilidad de 96% y una especificidad de 57% de identificar a personas con diagnóstico de depresión mayor entre los consultantes de un servicio de atención de urgencia (Whooley, Avins, Miranda & Browner, 1997). Además, este mismo estudio ha mostrado que este instrumento tiene las mismas características que muchos otros test de identificación de depresión tales como el inventario de depresión de Beck o la escala de depresión del Centro Americano de Estudios Epidemiológicos (CESDS), aun cuando éstas son versiones más largas.

Se realizó un piloto de la aplicación del cuestionario a 50 sujetos luego de lo cual se mejoró la redacción para aquellos ítems que presentaron problemas de comprensión. La confiabilidad de las escalas se observa en la Tabla N° 1.

**Análisis estadístico:** dado que la depresión es un resultado frecuente en esta muestra de trabajadores (23%) se utilizó para el análisis estadístico como medida de asociación el riesgo relativo.

Para las escalas de factores psicosociales, de tipo Likert con cuatro alternativas de respuesta (1 es muy en desacuerdo

y 4 muy de acuerdo), a partir de categorías conceptuales para describir cualitativamente los resultados en las escalas: muy positivo (3,50 - 4,0), positivo (2,51 - 3,49), neutro (2,50), negativo (1,50 - 2,49), muy negativo (0 - 1,49) se establecieron puntos de corte multiplicando 2.5 (equivalente al valor neutro en los puntajes) por el número de ítems que contiene cada escala para discriminar entre puntajes altos y bajos en cada una de ellas. Posteriormente, se generaron nuevas variables dicotómicas para cada escala cuyo valor 1 indica presencia del factor de riesgo y 0 ausencia de éste.

La escala de distrés (K6) cuenta con seis ítems evaluados en una escala Likert (1 es nunca y 4 todo el tiempo). Para ello se establecieron los siguientes rangos: estrés bajo (min/0.38); estrés moderado (0.39/0.53); estrés elevado (0.53/0.98); estrés muy elevado (0.98/máx).

Psicotrópicos: la escala de consumo de medicamentos refiere al consumo de psicotrópicos y considera ítems relativos a hipnóticos, ansiolíticos y antidepresivos. Con ella establecimos 1 para los que consumen al menos un psicotrópico y 0 para los que no consumen ninguno.

Tabla N° 1. Alpha de Cronbach obtenidos en este estudio para escalas utilizadas

Fiabilidad de las dimensiones del cuestionario EQCOTESST	
Escala	Alpha
Demanda psicológica	0.72
Control	0.56
Balance esfuerzo-recompensa	0.67
Soporte social de superiores	0.83
Escala de estrés K6	0.89
Psicotrópicos	0.73
Sintomatología depresiva	0.86

Fuente: Datos de la investigación, 2008

**Procedimiento:** la aplicación de los instrumentos se realizó entre los meses de Junio y Septiembre de 2008. Encuestadores entrenados supervisaron la aplicación autoadministrada de las encuestas. Toda aplicación contó con el consentimiento informado y voluntariedad expresada explícitamente por los participantes. Del mismo modo, el proyecto de investigación recibió la aprobación del Comité de Ética de la institución responsable.

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva y medidas de asociación estadística (RR). Los datos fueron procesados en el software STATA 11.0.

## Resultados

Respecto a las variables de exposición encontramos que 40% de las personas presentan una alta demanda psicológica, 11% presenta bajo control en sus procesos de trabajo y 5% cumplía con las condiciones para experimentar tensión psíquica, esto es bajo control y alta demanda psicológica.

También, 33% experimentó un desbalance entre el esfuerzo invertido y las recompensas recibidas, 22%

experimentó un bajo soporte social de los superiores, 8% bajo soporte social de pares y 12% presentó estrés elevado o muy elevado.

Respecto del consumo de psicotrópicos, 27% declaró haber consumido de manera regular en la última semana ansiolíticos; 20% hipnóticos y 14% antidepresivos. Un 34% reportó haber consumido al menos uno de los tres psicotrópicos.

Asimismo, 23% respondió afirmativamente a las preguntas sobre sintomatología depresiva. Respecto al autorreporte de salud general, 69% reportó que ésta era buena o muy buena (Tabla N° 2).

Los sujetos que presentan bajo soporte social de superiores tienen 79% más de riesgo de presentar sintomatología depresiva que quienes tienen alto soporte social de sus superiores. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de que sí existen diferencias de riesgo de sufrir depresión según exposición a soporte social bajo (Tabla N° 3). No existen diferencias significativas según exposición a bajo soporte social de pares.

Quienes reportan desbalance esfuerzo recompensa (DER) tienen 78% más de riesgo de

sufrir sintomatología depresiva que quienes tienen un buen balance esfuerzo recompensa. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de que sí existen diferencias de riesgo de sufrir depresión según exposición a desbalance esfuerzo recompensa (Tabla N° 3).

**Tabla N° 2. Distribución de sujetos, en frecuencia y porcentajes, según factores psicosociales, estrés, psicotrópicos y sintomatología depresiva**

<b>Resultados descriptivos factores psicosociales, estrés, psicotrópicos y sintomatología depresiva</b>		
<b>Factor evaluado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Alta demanda psicológica	121	40%
Bajo control	34	11%
Tensión psíquica	15	5%
Desbalance esfuerzo recompensa	99	33%
Bajo soporte social de superiores	67	22%
Estrés elevado y muy elevado	36	12%
Sintomatología depresiva	71	23%
Consumo de hipnóticos	61	20%
Consumo de ansiolíticos	81	27%
Consumo de antidepresivos	43	14%
Consumo de al menos 1 psicotrópico	102	34%
Salud general buena o muy buena	207	69%

Fuente: Datos de la investigación, 2008

**Tabla N° 3. Análisis de riesgo relativo de variables asociadas a sintomatología depresiva**

<b>Análisis de riesgo de variables asociadas a sintomatología depresiva</b>			
<b>VARIABLES</b>	<b>Casos Expuestos n (%)</b>	<b>RR (IC 95 %)</b>	<b>Valor P</b>
Bajo soporte social de superiores	24 (34%)	1.79 (IC: 1.19-2.71)	p=0.006
Bajo soporte social de pares	7 (10%)	1.33 (IC: 0.69-2.56)	P=0.409*
Desbalance esfuerzo-recompensa	33 (46%)	1.78 (IC: 1.19-2.66)	p=0.004
Tensión psíquica	3 (4%)	0.84 (0.3-2.3)	P=0.747*
Control en el trabajo	8 (11%)	1.0 (0.5-1.9)	P=0.988*
Demanda psicológica	39 (55%)	1.83 (IC: 1.22-2.75)	P=0.003
Estrés elevado o muy elevado	27 (38%)	4.5 (IC: 3.27-6.32)	p=0.000
Consumo de psicotrópicos	47 (66%)	4.2 (IC 2.75-6.47)	p=0.000

Fuente: Datos de la investigación, 2008

\*No presenta significación estadística

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que tienen alta tensión psíquica respecto de quienes tienen baja tensión psíquica con relación al riesgo de sufrir sintomatología depresiva ( $p = 0.747$ ). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula de que no existen diferencias de riesgo de sufrir depresión según la exposición a alta o baja tensión psíquica.

Al desagregar la variable tensión psíquica en demanda psicológica y control, encontramos que la variable control no es significativa ( $p = 0.988$ ) en relación al riesgo de sufrir sintomatología depresiva pero si la variable demanda psicológica. Esto es que aquellos sujetos que presentan alta demanda psicológica exhiben 83% más de riesgo de sufrir sintomatología depresiva que aquellos que tienen baja demanda psicológica (Tabla N° 3).



Los sujetos que tienen estrés elevado o muy elevado tienen casi cuatro y media veces más riesgo de sufrir sintomatología depresiva que aquellos que tienen estrés moderado o bajo. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de que sí existen diferencias de riesgo de sufrir sintomatología depresiva según exposición a estrés elevado (Tabla N° 3).

Finalmente, respecto al consumo de psicotrópicos, los sujetos que consumen uno o más psicotrópicos tienen un riesgo cuatro veces mayor de sufrir sintomatología depresiva que aquellos que no consumen psicotrópicos. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna de que sí existen diferencias de riesgo de sufrir depresión según exposición a consumo de psicotrópicos (Tabla N° 3).

### Discusión

El análisis de los riesgos relativos de sufrir sintomatología depresiva según nivel de exposición de riesgo psicosocial arrojó resultados estadísticamente significativos que resulta relevante destacar. Este método de asociación nos permite decir que sí existe una diferencia de riesgo a sufrir sintomatología depresiva entre grupos según exposición positiva o negativa a factores psicosociales, estrés alto o bajo y consumo de uno o más psicotrópicos.

Respecto a nuestras hipótesis en estudio podemos afirmar que sí existen diferencias de riesgo de sufrir sintomatología depresiva entre quienes tienen bajo soporte social en comparación con quienes tienen alto soporte (RR: 1.79 (IC: 1.19 - 2.71  $p = 0.006$ )); alto desbalance esfuerzo recompensa en comparación con los que tienen bajo desbalance ((RR: 1.78 (IC: 1.19 - 2.66  $p = 0.004$ )); alta demanda psicológica en comparación con los que tienen baja demanda (RR: 1.83 (IC: 1.22 - 2.75  $p = 0.003$ )); estrés elevado o muy elevado en comparación con los que tienen bajo estrés (RR: 4.5 (IC: 3.27 - 6.32  $p = 0.000$ )); y los que consumen más de un psicotrópico en comparación con los que no consumen (RR: 4.2; (IC: 2.75 - 6.47  $p = 0.000$ )).

Nuestros resultados son coincidentes con estudios que revelan que la variable apoyo social tiene un fuerte valor predictivo para la sintomatología depresiva (Paterniti, Niedhammer, Lang & Consoli, 2002; Wang, 2005; Ferrie, Head, Shipley, Vahtera, Marmot & Kivimäki, 2006 & Rugulies, Bultmann, Aust & Burr, 2006), así como las altas demandas del trabajo son predictores de depresión (Paterniti et al; Ylipaavalniemi,

Kivimäki, Elovainio, Virtanen, Keltikangas-Järvinen & Vahtera, 2005 & Ferrie et al); y el desbalance esfuerzo recompensa es un buen predictor en hombres y mujeres de morbilidad psiquiátrica, utilizando el General Health Questionnaire de Goldberg (GHQ) (Ferrie et al; Kivimäki, Vahtera, Elovainio, Virtanen & Siegrist, 2007); y explica la aparición de síntomas depresivos (Godin, Kittel, Coppieters & Siegrist, 2005) y depresión diagnosticada (Kivimäki et al).

El estudio de la salud mental asociada a riesgos psicosociales laborales reviste importancia para la salud pública en tanto tiene implicancias al menos en tres niveles distintos. A nivel individual aquellas personas que sufren de patología mental debieran recibir un tratamiento que considere como factor etiológico importante el contexto laboral. Un segundo nivel, dice relación con el ambiente organizacional, en la medida que no se reconoce que hay elementos psicosociales que están siendo nocivos para la salud de las personas no se pueden implementar medidas correctivas y preventivas en la organización del trabajo; finalmente, un aspecto de índole financiero es muy importante, dada la separación existente en Chile, del sistema de salud común con el sistema de salud ocupacional. De una parte, cuando el servicio de salud común asume el tratamiento de patologías laborales está subsidiando al sistema de salud ocupacional en desmedro de su propia asignación presupuestaria. Junto con ello, cuando no se reconoce el origen laboral de la patología el gasto de bolsillo de las personas puede ser muy alto lo que en ocasiones puede atentar contra el término del tratamiento requerido. Recordemos que la Ley 16744 garantiza la cobertura total e integral de diagnóstico y tratamiento hasta la reinserción laboral, incluye además el aseguramiento de que se tomen medidas correctivas de la situación que originó la enfermedad o accidente.

Hay que consignar que conceptualmente hablando resultan muy razonables las fuertes correlaciones entre sintomatología depresiva, consumo de psicotrópicos y estrés. Esto, porque existe una alta probabilidad que quienes perciben que se encuentran deprimidos o estresados, a su vez consuman psicotrópicos. También es importante recordar que las situaciones de estrés suelen ser un precursor del surgimiento de patología mental por lo que es del todo razonable que estas variables aparezcan estrechamente asociadas. El punto de interés radica justamente en la prevención en tanto muchos de los casos que presentan estrés elevado o muy elevado pueden convertirse en casos de sintomatología depresiva y aquello puede ser prevenido.

Otro punto de interés se relaciona con la alta prevalencia en el consumo de psicotrópicos en esta muestra si asumimos que las cifras para la población general masculina del Gran Santiago (19 y 64 años) en el consumo de ansiolíticos (Fritsch, Rojas, Gaete, Araya & González, 2005) es de 1,95% y en nuestra muestra alcanza a 27%, de hipnóticos es de 20% cuando las cifras para la población general de hipnóticos no benzodicepínicos (Rojas, Fritsch, Gaete, González & Araya, 2005) llegan a 0,19% y de antidepresivos (Rojas et al) 1,69% y en nuestra muestra es de 14%.

Finalmente, llama la atención la discordancia entre la percepción de salud general, 69% percibe que ésta es buena o muy buena con los datos respecto al consumo de psicotrópicos, indicadores de sintomatología depresiva y prevalencia de distrés. Esto puede interpretarse como una manifestación de la invisibilización de la salud mental en nuestro contexto nacional y particularmente en un ámbito de cultura laboral hipermasculinizada como es el caso de la minería en Chile.

### Limitaciones

Respecto del método es importante discutir aquí si la categorización de variables de exposición puede haber subestimado nuestros resultados y si al realizar análisis en que no se dicotomizan las variables los resultados pueden variar.

Por otra parte, es importante mencionar que la presencia de datos perdidos en la base disminuye el n

para realizar los análisis con lo que la muestra pierde potencia aun cuando no representatividad respecto a su colectivo.

Una limitación adicional es que sólo se utilizaron medidas de autorreporte para levantar la información.

A través del instrumento no podemos acceder a información respecto de si el consumo de psicotrópicos es indicado por algún especialista o corresponde a automedicación.

### Proyecciones

Si asumimos que esta muestra presenta una alta estabilidad laboral y en general mejores condiciones de trabajo que la población trabajadora de otros sectores, los resultados aquí obtenidos permiten sugerir que esos otros sectores que trabajan en condiciones más precarias pueden presentar indicadores preocupantes y mayores riesgos asociados a problemas de salud mental. Existe en Chile escasa información de referencia respecto a la prevalencia de trastornos de salud mental en población trabajadora por lo que resulta importante avanzar en estudios que permitan dimensionar el fenómeno. Por ello resulta interesante realizar estudios similares en otros segmentos de población trabajadora.

Asimismo, resulta interesante realizar estudios que permitan identificar si existen diferencias entre ciertas condiciones de trabajo, factores psicosociales y salud de las personas.

## Referencias Bibliográficas

- Ansoleaga, E. & Toro, J. (2006). Lo invisible de las transformaciones en el mundo del trabajo: contrato psicológico y calidad de vida laboral. En B. Martínez & L. Leopold (Comp.) *VII Jornadas de psicología y organización del trabajo: aportes para la construcción de lo colectivo* (pp. 287-310). Montevideo: Psicolibros.
- Ansoleaga, E. (2007). Nuevas formas de organizar el trabajo y su impacto en la salud de vendedores de una tienda por departamentos. En L. Leopold & B. Martínez (Comp.) *VIII Jornadas de psicología y organización del trabajo: innovación y cambio en las organizaciones* (pp.183-99). Montevideo: Psicolibros.
- Bongers, P., de Winter, C., Kompier, M. & Hildebrandt, V. (1993). Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease. *Scand J Work Environ Health*, 19(5), 297-312.

## Referencias Bibliográficas

- Bromet, E., Dew, M., Parkinson, D. & Schulberg, G. (1988). Predictive effects of occupational and marital stress on the mental health of a male workforce. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 1-13.
- Chile. Ministerio de Salud. (2009). Presentación Depresión. Extraído el 5 Diciembre, 2009 de la siguiente dirección electrónica: [http://www.redsalud.gov.cl/temas\\_salud/saludmental3.html](http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/saludmental3.html).
- Dejours, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental. Una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: CREEDLA-Humanitas.
- Drossman, D., Creed, F., Olden, K., Svedlund, J., Toner, B. & Whitehead, W. (1999). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 45 Suppl 2, II25-30.
- Ferrie, J., Head, J., Shipley, M., Vahtera, M., Marmot, M., & Kivimäki, M. (2006). Injustice at work and incidence of psychiatric morbidity: the Whitehall II study. *Occup Environ Med*, 63(7), 443-50.
- Fischer, J. (2003). Work, stress and cardiovascular diseases. *Ther Umsch*, 60(11), 689-96.
- Fritsch, R., Rojas, G., Gaete, J., Araya, R. & González, I. (2005). Consumo de benzodiazepinas en la población general del Gran Santiago. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(5), 286-91.
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y. & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, 5, 67. Extraído el 12 Mayo, 2010 de la siguiente dirección electrónica: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/67>.
- Hurrell, J. Murphy, L., Sauter, S. & Levi, L. (2001). Salud mental. En OIT & Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-España, *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*, (Vol 1, Parte 1, Cap. 5). Extraído el 30 Marzo, 2010 del sitio web: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo1/5.pdf>.
- Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud-ISTAS. (2005). Guía para la intervención sindical del delegado y delegada de prevención. Organización del trabajo, salud y riesgos psicosociales. Extraído el 12 Mayo, 2010 de la dirección electrónica: <http://www.istas.net/web/index.asp?idpagina=2648>.
- Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud-ISTAS. (2002). *Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo: método istas21 (CoPsoQ)*. Madrid: Paralelo.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kawakami, N., Araki, S. & Kawashima, M. (1990). Effects of job stress on occurrence of major depression in Japanese industry: a case-control study nested in a cohort study. *J Occup Med*, 32(8), 722-5.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Virtanen, M. & Siegrist, J. (2007). Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models?. *Occup Environ Med*, 64(10), 659-65.
- Melchior, M., Caspi, A., Milne, B., Danese, A., Poulton, R. & Moffitt, T. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychol Med*, 37(8), 1119-29.
- Moorman, R. (1991). Relationship between organizational justice and organizational citizenship behaviors: do fairness perceptions influence employee citizenship?. *Journal of Applied Psychology*, 76, 845-55.
- Neffa, J. (2003). *El trabajo humano. Contribuciones al estudio de un valor que permanece*. Buenos Aires: Lumen.
- Niedhammer, I., Goldberg, M., Leclerc, A., Bugel, I. & David, S. (1998). Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms



## Referencias Bibliográficas

- in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health*, 24(3), 197-205.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Depresión. Extraído el 5 Enero, 2010 de la siguiente dirección electrónica: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/).
- Parra, M. (2001). Salud Mental y Trabajo. *Monografías de Gestión en Psiquiatría y Salud Mental*. Santiago: Universidad de Santiago de Chile. Extraído el 5 Enero, 2010 de la siguiente dirección electrónica: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/saludmentaltrabajo.pdf>.
- Parra, M. (2004). Promoción y protección de la salud mental en el trabajo: análisis conceptual y sugerencias de acción. *Ciencia y Trabajo*, 14(6), 153-61.
- Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T. & Consoli, S. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL study. *Br J Psychiatry*, 181, 111-7.
- Rebolledo, P., González, X., Soto, M., Galilea, E. & Carbonell, C. (1999). Factores psicosociales en pacientes con dolor lumbar accidentados de trabajo. *Bol. Cient. Asoc. Chil. Segur*, 1(1), 63-65.
- Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., González, I. & Araya, R. (2005). The use of psychotropic medication in Santiago, Chile. *Journal of Mental Health*, 14(14), 407-414.
- Rugulies, R., Bultmann, U., Aust, B. & Burr, H. (2006). Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the danish work environment cohort study. *Am J Epidemiol*, 163(10), 877-87.
- Sánchez, P. (2006). Salud mental y trabajo: ¿un problema en alza?. *Ciencia y Trabajo*, 21(8), 67-69.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high efforts / low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Superintendencia de Seguridad Social (2008, Junio 10). Licencia tramitadas por problemas de salud mental crecieron en 82% entre 2005 y 2007. *El Mercurio*, sección nacional.
- Stecher, A., Godoy, L. & Díaz, X. (2005). Trabajo, identidad y vínculo social: relaciones de producción y relaciones de género en un mundo en transformación. En L. Schvarstein, & L. Leopold (Comp). *Trabajo y subjetividad: entre lo existente y lo necesario* (pp. 71-111). Buenos Aires: Paidós.
- Thierriault, P., Streit, U. & Rhéaume, J. (2004). Situation paradoxale dans l'organisation du travail : une menace pour la santé mentale des travailleurs. *Santé mentale au Québec* 29(1), 173-200.
- Vezina, M. (2007, Agosto). *Las exigencias psicosociales vinculadas a la organización del trabajo*. Ponencia presentada en Seminario Internacional Investigación, políticas y prácticas asociadas a problemas de salud mental y trabajo en Chile: una perspectiva de género, Santiago, Chile.
- Vezina, M., Derriennic, F. & Monfort, C. (2004). The impact of job strain on social isolation: a longitudinal analysis of french workers. *Soc Sci Med*, 59(1), 29-38.
- Wang, J. (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). *Psychol Med*, 35(6), 865-71.
- Whooley, M., Avins, A., Miranda, J. & Browner, W. (1997). Case-finding instruments for depression: two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*, 12, 439-45.
- Wittke, T. (2005). La empresa: nuevos modos de subjetivación en la organización del trabajo. En L. Schvarstein & L. Leopold (Comp). *Trabajo y subjetividad: entre lo existente y lo necesario* (pp. 147-164). Buenos Aires: Paidós.

**Referencias Bibliográficas**

Ylipaavalniemi, J., Kivimäki, M., Elovainio, M.,  
Virtanen, M., Keltikangas-Järvinen, L.  
& Vahtera, J. (2005). Psychosocial work  
characteristics and incidence of newly

diagnosed depression: a prospective cohort  
study of three different models. *Soc Sci Med*,  
61(1), 111-22.

Fecha de recepción: 03 de Marzo de 2010  
Fecha aceptación: 18 de Mayo de 2010