

Demandas emocionales, violencia laboral y salud mental según género en trabajadores de hospitales públicos chilenos

Emotional demands, workplace violence and mental health by gender in Chilean public hospital workers

Andrea Palma* 

Escuela de Trabajo Social, Departamento de Ciencias Sociales, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío, Concepción, Chile (anpalma2004@yahoo.es)

Elisa Ansoleaga 

Programa de Estudios Psicosociales del Trabajo, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile (maria.ansoleaga@udp.cl)

*Autora para correspondencia

Recibido: 03-marzo-2021

Aceptado: 14-enero-2022

Publicado: 15-julio-2022

Citación recomendada: Palma, A. & Ansoleaga, E. (2022). Demandas emocionales, violencia laboral y salud mental según género en trabajadores de hospitales públicos chilenos. *Psicoperspectivas*, 21(2). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol21-issue2-fulltext-2258>

RESUMEN

Es relevante estudiar las demandas emocionales del trabajo en salud porque se vinculan inevitablemente con la naturaleza del trabajo sanitario. La literatura previa ha vinculado la violencia laboral con las demandas emocionales, puesto que dichas demandas implican una carga de trabajo adicional pudiendo transformarse en una fuente de conflictos. Se realizó un estudio transversal mediante la aplicación de un cuestionario de autoreporte a 1023 funcionarios (302 hombres y 721 mujeres) de tres hospitales chilenos de alta complejidad. Los resultados muestran que el 63% de las mujeres están expuestas a altas demandas emocionales versus el 55% de los hombres ($p < 0.001$). No aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las demás variables del estudio, a excepción de la pertenencia al estamento no profesional (60% de mujeres versus 46% de hombres). Las altas demandas aumentan la chance de reportar violencia laboral en más de cuatro veces ($OR = 4.15$ [IC: 2.55-6.76]) al compararlos con los no expuestos a altas demandas.

Palabras clave: salud mental, salud ocupacional, síntomas psíquicos, violencia laboral

ABSTRACT

It is relevant to study the emotional demands of health workers because they are inevitably linked to the nature of their tasks. Previous literature has linked workplace violence with emotional demands, since these demands imply an additional workload, which can become a source of conflict. A cross-sectional study was carried out by applying a self-report questionnaire to 1023 officials (302 men and 721 women) from three highly complex Chilean hospitals. When analyzing according to the simultaneous positive response to the four items applied, 63% of the women are exposed to high emotional demands versus 55% of men ($p < 0.001$). There were no significant differences between men and women in the other variables of the study, except the proportion belonging to the non-professional class (60% of women vs. 46% of men). High demands increase the chance of reporting Workplace Violence by more than four times in men and women ($OR = 4.15$ [IC: 2.55-6.76]). than those not exposed to high demands.

Keywords: labor violence, mental health, occupational health, psychic symptoms

Financiamiento: Proyecto FONDECYT Regular No. 1170239; Beca CONICYT de Doctorado Nacional No. 21170967.

Conflictos de interés: Las personas autoras declaran no tener conflictos de interés.



Publicado bajo [Creative Commons Attribution International 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

La Estrategia de Recursos Humanos para el Acceso Universal y Cobertura Universal de Salud de la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2017) establece dentro de sus líneas de acción prestar atención a las condiciones laborales de los trabajadores debido a que existe gran inequidad en torno a ellas al interior de los países y entre países, de manera que los países miembros deben buscar proporcionar condiciones laborales dignas. Este artículo busca contribuir a la visibilización de condiciones laborales del personal sanitario que pueden tener efectos adversos en la salud mental.

La naturaleza del trabajo en salud es emocionalmente demandante (Ansoleaga & Toro, 2014; Pisaniello et al., 2012). Se trata de una ocupación con características del trabajo en servicios donde es el mismo trabajador quien produce y entrega el servicio, garantiza el control de la calidad, siéndole imposible planificar un ritmo de trabajo regular ya que el servicio se entrega previa demanda, entre otras particularidades (Peiró, 2004). Además, el trabajo en salud se caracteriza por un alto componente vocacional; un estrecho vínculo con los usuarios y en donde la evaluación de la calidad de la prestación otorgada dependerá no sólo de aspectos técnicos y/o profesionales sino también de aspectos relacionales y emocionales que se despliegan en la provisión del servicio. Todo ello representa una alta carga emocional para los trabajadores y supone realizar el denominado "trabajo emocional" (Ansoleaga & Toro, 2014; Ansoleaga et al., 2011; Peiró, 2004). De este modo, el estudio de las demandas emocionales del trabajo en salud es relevante por su vínculo con la naturaleza del trabajo sanitario, lo que las hace inevitables; y también porque se añaden a otras demandas que, eventualmente, provienen de un mal diseño de la organización del trabajo, lo que las convierte en un riesgo psicosocial adicional (Ansoleaga et al., 2021).

De otra parte, la violencia laboral ha sido identificada como uno de los estresores más grandes en el mundo del trabajo y la comprensión del fenómeno ha transitado desde modelos que ponían atención en características individuales de las víctimas y victimarios de la violencia laboral hacia modelos más complejos que reconocen la presencia de dimensiones de las condiciones y la organización del trabajo en su desarrollo (Ansoleaga et al., 2021) destacando su alta prevalencia en el sector salud (Di Martino, 2002) y sus efectos en la salud mental (Einarsen & Nielsen, 2015).

Trabajo emocional y demandas emocionales en el trabajo sanitario

Los conceptos trabajo emocional y demandas emocionales no son sinónimos entre sí, pero ambos coexisten y adquieren una particular forma de expresión en el contexto del trabajo en salud. El trabajo emocional, acuñado por Hochschild (1983), refiere al intento que hacen los trabajadores por mostrar, con expresiones faciales y corporales, emociones observables que facilitan la creación de determinados sentimientos en los clientes/usuarios. Es decir, implica que el trabajador "despliegue una emoción adecuada para el cumplimiento de los fines organizacionales" (Ansoleaga & Toro, 2014, p. 181). Según Singh y Glavin (2017), los estudios sobre trabajo emocional pueden ser clasificados entre aquellos que ponen su foco en la expresión emocional y comportamientos de trabajo emocional requeridos por la organización y aquellos cuyo énfasis está en examinar los procesos intrapsíquicos involucrados en el manejo emocional. Los primeros apuntan al concepto de actuación superficial de Hochschild (1983), consistente en el cambio de expresión emocional sin que necesariamente exista un cambio de estado emocional interno, mientras que los segundos estudios se alinean con el concepto de actuación profunda y dan cuenta de las modificaciones del sentimiento interno que realizan los trabajadores para expresar las emociones requeridas por la organización. Este artículo considera el fenómeno desde la primera perspectiva.

Por su parte, las demandas o exigencias emocionales se inscriben dentro de los riesgos psicosociales laborales, definidos como "aquellas características de las condiciones de trabajo y, sobre todo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos" (Moncada et al., 2002, p. 14) y consisten en mantenerse emocionalmente distante y/o ocultar emociones y opiniones (Candia & Pérez, 2018). Por su condición de riesgo psicosocial se trata de un aspecto que impacta en la salud mental de los trabajadores como lo han indicado investigaciones previas en trabajadores de la salud (Ansoleaga, 2015). Asimismo, es clave establecer la distinción entre las demandas emocionales presentes en cualquier sector ocupacional y la naturaleza emocional del trabajo que se desarrolla en salud donde las demandas emocionales son intrínsecas "al contenido de la tarea"

(Ansoleaga & Toro, 2014, p. 182) y no dependen sólo de las formas de organizar el trabajo. Por lo tanto, el hecho de que las demandas emocionales estén vinculadas con la naturaleza del trabajo en salud las hace inevitables y a estas demandas emocionales se añaden otros riesgos para la salud de los trabajadores provenientes de un mal diseño de la organización del trabajo tales como demandas cuantitativas, un mal sistema de recompensas; bajo control sobre el trabajo, entre otros (Ansoleaga, 2015). Las exigencias emocionales del trabajo en salud derivan de las tareas de contacto directo con quienes experimentan sufrimiento o situaciones de urgencia lo que permite comprender que los trabajadores del área de la salud se encuentren entre los más expuestos a este tipo de demandas (Mastracci & Hsieh, 2016).

Demandas emocionales y salud mental

Zapf y Holz (2006) señalan que el trabajo emocional tiene un carácter ambivalente pudiendo producir consecuencias positivas tales como: satisfacción laboral, sentimientos de logro personal, sensación de autoeficacia, pero también consecuencias negativas como: agotamiento emocional, despersonalización o dolencias psicósomáticas (Zapf, 2002). En el mismo sentido, el trabajo en salud también presenta ambivalencias pues al mismo tiempo que permite a los trabajadores experimentar satisfacción por el desarrollo de su vocación, a la vez les demanda un alto compromiso emocional que trae consecuencias negativas para la salud (Ansoleaga & Ahumada, 2020), ambos componentes han sido identificados “como determinantes de la “fatiga por compasión” y de la “satisfacción por compasión” (Ansoleaga & Toro, 2014, p. 182).

A pesar de que la evidencia de asociación entre trabajo emocional y resultados negativos en la salud de los trabajadores no es concluyente (Pisaniello et al., 2012), la existencia de mayores interacciones interpersonales y el uso frecuente de estrategias de regulación emocional conducen al agotamiento emocional o desgaste laboral (Han, 2016); y que unas altas demandas emocionales tienen efectos adversos en la salud mental, particularmente con síntomas depresivos (Kim et al., 2018; Yoon & Kim, 2013; Zhang et al., 2021) y distrés (Ansoleaga & Toro, 2014; Karim & Weisz, 2011). En consecuencia, es posible reconocer el carácter ambivalente del trabajo emocional considerando que, en algunas profesiones, especialmente en las que se establecen relaciones de ayuda y donde hay un alto nivel de sufrimiento en los usuarios, se puede considerar un desafío profesional pudiendo generar simultáneamente sensación de logro personal y agotamiento (Zapf, 2002). Finalmente, la evidencia también ha mostrado que el apoyo social es un recurso relevante para manejar el estrés que genera el trabajo emocional (Pisaniello et al., 2012; Singh & Glavin, 2017; Zapf, 2002).

Demandas emocionales y violencia laboral

La violencia laboral ha sido descrita como “la exposición directa a un comportamiento negativo, sistemático y prolongado en el trabajo” (Notelaers & Einarsen, 2013, p. 671) y se ha reportado que la presencia de ésta en el sector salud repercute negativamente tanto en la atención de pacientes como también en la salud mental de los trabajadores (Palma et al., 2018). La literatura previa ha mostrado asociaciones entre la exposición a violencia laboral con demandas emocionales (Joo & Rhie, 2017; Lee, 2016), puesto que dichas demandas implican una carga de adicional de trabajo caracterizada por el esfuerzo para producir estados emocionales en los pacientes, imponiendo a los trabajadores la expresión de determinadas emociones (Hochschild, 1983), lo que puede devenir en una fuente de conflictos.

Relevancia del género

El estudio de las relaciones entre violencia laboral y salud mental requiere atender ciertas características que condicionan tanto la exposición a violencia laboral como los resultados de salud mental. Tal como señalan Méssing et al. (2003) el género es una dimensión fundamental de reconocer. El género se y refiere a la “construcción histórico- social de lo femenino y lo masculino y a la forma como se articulan estas construcciones en relaciones de poder” (Matamala et al., 2012). El trabajo en salud está fuertemente atravesado por elementos de género que requieren ser atendidos: el trabajo en salud es un sector laboral feminizado (Ansoleaga et al., 2012); la Organización Internacional del Trabajo ha explicitado que la división de género del empleo en conjunto con “los patrones de empleo, las estructuras sociales y las diferencias biológicas contribuyen a patrones específicos de riesgos de género y riesgos laborales” (International Labour Office, 2013, p. 2) puesto que las desigualdades y

discriminaciones de género en la sociedad son reproducidas al interior de la organización (Díaz et al., 2017).

Por ejemplo, según Matamala y colegas (2012), el género construye subjetividades donde lo femenino se relaciona con “ser para otros” lo que genera que las mujeres sintonicen de distinta forma con el sufrimiento de los demás; según Boniol y colegas (2019) el sector sanitario posee una división de trabajo tradicional de roles de género donde las mujeres se encuentran en posiciones de subordinación, realizan labores asociadas al cuidado directo, mientras que los hombres realizan tareas de gestión o se encuentran en posiciones jerárquicas más altas; lo anterior podría contribuir a hacer parecer las sutiles discriminaciones como inexistentes o como parte del trabajo debido al cuidado de otros que ejercen (Baby et al., 2014). Además, se deberían hacer análisis diferenciados entre hombres y mujeres en salud ocupacional puesto que hombres y mujeres ocupan puestos de trabajo diferentes, cuando ocupan el mismo trabajo difieren las características del trabajo y ello determina situaciones y perfiles de riesgos para la salud que son diferentes (Messing et al., 2003).

Considerando una perspectiva de género, el objetivo de este artículo es analizar la prevalencia de demandas emocionales y estudiar la asociación entre demandas emocionales e indicadores de problemas de salud mental y entre demandas emocionales y violencia laboral, hipotetizando que la exposición a altas demandas emocionales se asocia con problemas de salud mental y con una mayor chance de reportar violencia laboral.

Método

Diseño y procedimiento

El diseño del estudio fue empírico y de corte transversal. Se aplicó de un cuestionario de autoreporte a 1,023 funcionarios (302 hombres y 721 mujeres) de tres hospitales públicos chilenos de alta complejidad. El muestreo fue segmentado por sexo y estamento, en uno de los hospitales fue aleatorio (muestreo estratificado) y en los dos restantes fue un muestreo por cuotas porque no se accedió al marco muestral.

El estudio recibió la aprobación de los comités de ética de la Universidad Diego Portales y de los tres hospitales de la muestra. Los participantes firmaron un consentimiento informado resguardando confidencialidad y voluntariedad. Se estableció como potencial riesgo el que algunos participantes que se encuentren viviendo una situación de violencia laboral o estén con sobrecarga emocional, e independientemente de los motivos de ella, pudieran experimentar situaciones de tensión al contestar la encuesta. Frente a esto -y junto con la posibilidad de suspender la aplicación del instrumento- los encuestadores fueron entrenados en técnicas de contención emocional básica, en aspectos legales para la orientación de estos casos y además se tuvo un canal de derivación al establecimiento de atención primaria correspondiente al territorio de los participantes.

Variables e instrumentos

Variables dependientes

Violencia laboral ($\alpha = 0.94$). Se midió con el “Negative Act Questionnaire-Revised”, validado en Chile por González-Santa Cruz (2019). Escala Likert de 22 ítems con cinco alternativas (Nunca, Alguna vez, Al menos una vez al mes, al menos una vez a la semana, A diario). Para clasificar a víctimas de violencia laboral se consideró a aquellos participantes que informan dos o más comportamientos negativos al menos una vez a la semana en los últimos seis meses (Mikkelsen & Einarsen, 2001).

Distrés psicológico ($\alpha = 0.84$). Se compone por síntomas de depresión, inquietud, fatiga, sentimiento de culpa y ansiedad. Fue medido con la Escala de Kessler (K6; Kessler et al., 2002 validado en Chile por Ansoleaga (2013) que, mediante seis ítems con cinco alternativas de respuesta, desde Nunca (0) hasta Siempre (4) estima la prevalencia mes (últimos 30 días) de distrés psicológico. Con un puntaje mínimo de cero y máximo de 24 se dicotomizó con punto de corte ≥ 7 (distrés elevado o muy elevado).

Sintomatología depresiva. 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): ánimo depresivo y pérdida de interés/placer en las actividades habituales (Ansoleaga et al., 2013) en los últimos 12 meses. Se consideró con sintomatología depresiva a quienes contestaron “Sí” a ambos ítems.

Variable independiente

Demandas emocionales. Se utilizó la escala de demandas emocionales del instrumento SUSESO ISTAS 21 validado en Chile por Alvarado y colaboradores (Alvarado et al., 2009). Se ofrece una alternativa de respuesta mediante una escala Likert de 4 ítems con cuatro categorías de respuesta desde “Nunca/Casi Nunca” (1) a “Siempre” (4). Se consideró con respuesta positiva a cada uno de los ítems a aquellos que contestaron “Siempre”, “Muchas veces” y “Algunas Veces” y negativa a aquellos que contestaron “Nunca/Casi Nunca”. La variable altas demandas emocionales consideró aquellos que contestaron afirmativamente a las cuatro preguntas de la escala. La escala tuvo un Alpha de Cronbach de 0.83 en esta muestra, mientras que en el estudio de Ansoleaga y Toro (2014) se obtuvo un Alpha de 0.84.

Sexo. Autoreporte con pregunta de respuesta categórica: Hombre-Mujer.

Variables de control

Apoyo social. Se refiere al apoyo instrumental y emocional de jefes y compañeros. Medido con el Job Content Questionnaire (JCQ) de Karasek (Karasek et al., 1998) validado por Ansoleaga et al. (2013) para ser utilizada en población trabajadora chilena. El puntaje mínimo es 6 y el máximo 24; el punto de corte corresponde a la mediana= 18, que se utilizó como variable de control.

Atención de público. Se midió con la pregunta de respuesta dicotómica (Sí/No): En su trabajo ¿tiene habitualmente contacto directo con público de viva voz o por teléfono (pacientes, clientes, alumnos, apoderados)?

Análisis

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos y bivariados (chi cuadrado) de la exposición a demandas emocionales, violencia laboral e indicadores de salud mental. Posteriormente se analizó la asociación entre la exposición a altas demandas emocionales y violencia laboral y también entre la presencia de demandas emocionales e indicadores de problemas de salud mental (distrés y sintomatología depresiva). Para ello, se utilizaron odds ratio como medida de asociación (95%) para determinar la chance de ocurrencia de las variables independientes.

Resultados

En la Tabla 1 se observa que la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (70.5%); trabajadoras/es cuyas edades fluctuaron entre los 18 y los 40 años (55.9%); un tercio pertenece al estamento de técnicos (33.6%) seguidos en proporción de un cuarto que refieren ser profesionales no médicos (24.1%) y en su mayoría declaran tener contratos a plazo fijo (47.9%) seguidos de casi un tercio con contrato indefinido (28.9%).

Tabla 1*Descripción de la muestra*

	Mujeres N (%)	Hombres N (%)	Total N (%)
Total	721 (70.5)	302 (29.5)	1023 (100)
Rangos de Edad			
18-30	206 (29.1)	74 (24.7)	280 (27.8)
31-40	193 (27.3)	90 (30.0)	283 (28.1)
41-50	152 (21.5)	62 (20.7)	214 (21.2)
51-60	126 (17.8)	50 (16.7)	176 (17.5)
61 y más	31 (4.4)	24 (8)	55 (5.5)
Estamentos			
Administrativos	81 (11.3)	20 (6.6)	101 (9.9)
Auxiliares	59 (8.2)	68 (22.6)	127 (12.4)
Técnicos	292 (40.6)	51 (16.9)	343 (33.6)
Personal Médico	93 (12.9)	111 (36.9)	204 (20.0)
Otros profesionales no médicos	195 (27.1)	51 (16.9)	246 (24.1)
Tipo de contrato			
Titular (indefinido)	211 (29.4)	83 (27.7)	294 (28.9)
Contrata (plazo fijo anual)	336 (46.8)	152 (50.7)	488 (47.9)
Honorarios	64 (8.9)	17 (5.7)	81 (8.0)
Otro	107 (14.9)	48 (16.0)	155 (15.2)

Fuente: Palma-Contreras & Ansoleaga 2020, p.3.

En la Tabla 2 se presenta la descripción de la prevalencia por cada ítem de la escala de demandas emocionales pudiendo observar que el 90.6% de los encuestados percibe momentos o situaciones que le producen desgaste emocional; el 83.2% considera que el trabajo le produce desgaste emocional; el 80.2% indica que tiene que guardar sus emociones y el 70.4% señala tener que guardar sus opiniones; las mujeres presentan porcentajes significativamente mayores de respuestas positivas sólo en la primera pregunta.

Tabla 2*Distribución de respuestas a cada ítem de demandas emocionales según sexo*

Ítem		Hombres N (%)	Mujeres N (%)	Total N (%)	χ^2 (p)
1. ¿Hay en su trabajo momentos y/o situaciones que le producen desgaste emocional?	No	38 (12.6)	58 (8.1)	96 (9.4)	5.09 (0.02)
	Sí	264 (87.4)	661 (91.9)	925 (90.6)	
2. En general. ¿considera usted que su trabajo le produce desgaste emocional?	No	57 (18.9)	108 (15.0)	165 (16.2)	2.30 (0.13)
	Sí	245 (81.1)	610 (85.0)	855 (83.2)	
3. En su trabajo. ¿tiene usted que guardar sus emociones y no expresarlas?	No	56 (18.5)	146 (20.4)	202 (19.8)	0.46 (0.50)
	Sí	246 (81.5)	570 (79.6)	816 (80.2)	
4. En su trabajo. ¿tiene usted que guardar sus opiniones y no expresarlas?	No	99 (32.9)	202 (28.3)	301 (29.6)	2.19 (0.14)
	Sí	202 (67.1)	513 (71.7)	715 (70.4)	

Nota. Cada ítem se dicotomizó considerando con respuesta positiva a quienes contestaron "Siempre", "Muchas veces" y "Algunas veces" y con respuesta negativa a quienes contestaron "Nunca/Casi nunca".

Sin embargo, según se observa en la Tabla 3, al analizar según respuesta positiva simultánea a los cuatro ítems el 63% de las mujeres están expuestas a altas demandas emocionales versus el 55% de los hombres ($p < 0.001$). No se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las demás variables del estudio, a excepción de la pertenencia al estamento no profesional (60% de mujeres versus 46% de hombres).

Tabla 3*Prevalencia de principales variables del estudio por sexo*

Variabes	Hombres N (%)	Mujeres N (%)	χ^2 (p)	Total N (%)
Altas demandas emocionales	167 (55.5)	451 (63.0)	5.01 (<0.001)	399 (39.2)
Violencia Laboral	43 (15.0)	101 (14.6)	0.03 (0.863)	144 (14.7)
Distrés Elevado	45 (15.2)	127 (18.1)	1.24 (0.265)	172 (17.2)
Síntomas Depresivos	39 (13.0)	114 (15.9)	1.32 (0.249)	153 (15.0)
Evento vital Estresante	83 (27.5)	196 (27.2)	0.01 (0.922)	279 (27.3)
Bajo Apoyo Social	186 (61.6)	436 (61.0)	0.03 (0.855)	622 (61.2)
No Profesional	139 (46.2)	432 (60.0)	16.44 (<0.001)	571 (55.9)
Atención de Público	249 (85.0)	611 (86.1)	0.19 (0.658)	860 (85.7)

Respecto a la asociación entre la exposición a altas demandas emocionales en el trabajo y los problemas de salud mental, en la Tabla 4 se observa que la presencia de altas demandas emocionales aumenta en más de dos veces la chance de presentar sintomatología depresiva ($OR= 2.05$, $IC:1.31-3.22$) y en más de tres veces la de presentar distrés elevado tanto en hombres como en mujeres, al compararlos con quienes no presentan altas demandas emocionales ($OR= 3.20$, $IC:2.01-5.08$).

Tabla 4*Asociaciones entre altas demandas emocionales y problemas de salud mental según sexo*

Altas Demandas Emocionales	Sintomatología Depresiva				Distrés Elevado			
	OR Crudo	IC (95%)	OR Ajustado*	IC (95%)	OR Crudo	IC (95%)	OR Ajustado*	IC (95%)
Hombres	2.26	1.08-4.74	1.38	0.60-3.20	3.90	1.80-8.44	3.014	1.28-7.07
Mujeres	2.79	1.70-4.58	2.38	1.37-4.11	4.41	2.45-7.94	3.418	1.94-6.01
Ambos Sexos	2.65	1.76-3.99	2.05	1.31-3.22	4.27	2.76-6.58	3.20	2.01-5.08

Nota. *Ajustado por violencia laboral, evento estresante, bajo apoyo social, estamento no profesional, atención de público y edad.

Sin embargo, al controlar por violencia laboral, evento estresante, bajo apoyo social, estamento no profesional, atención de público y edad, se pierde el efecto de las altas demandas emocionales en la sintomatología depresiva en hombres y se mantiene para las otras asociaciones.

Respecto a la asociación entre la exposición a altas demandas emocionales en el trabajo y la presencia de violencia laboral, en la Tabla 5 se observa que las altas demandas emocionales aumentan la chance de reportar violencia laboral al usar el criterio de Mikkelsen y Einarsen (2001) en más de cuatro veces en hombres y mujeres con análisis crudo comparando con los no expuestos a altas demandas emocionales. Se observa que, al ajustar por bajo apoyo social, estamento no profesional, el efecto sigue siendo significativo en ambos sexos y disminuye levemente el tamaño del efecto ($OR= 4.15$, $IC: 2.55-6.76$).

Tabla 5*Asociaciones entre altas demandas emocionales y violencia laboral según sexo*

Altas demandas emocionales	Exposición a violencia laboral (Mikkelsen & Einarsen, 2001)			
	OR Crudo	IC (95%)	OR Ajustado*	IC (95%)
Hombres	4.26	1.90-9.57	4.45	1.91-10.38
Mujeres	4.41	2.45-7.94	4.14	2.26-7.56
Ambos sexos	4.27	2.76- 6.58	4.15	2.55- 6.76

Nota. *Ajustado por bajo apoyo social, estamento no profesional, atención de público y edad.

Discusión y conclusiones

Respecto a la prevalencia de Altas Demandas Emocionales cabe señalar que en la muestra de este estudio es más alta que la reportada con trabajadores del Servicio Médico Legal de Chile (Ansoleaga & Toro, 2014) en la respuesta a las tres primeras preguntas consistentes en: “momentos y/o situaciones que le producen desgaste emocional” (91% versus 86%); “considera que su trabajo le produce desgaste emocional” (83% versus 71%); “tiene que guardar emociones y no expresarlas” (80% versus 69%) y en ambos casos se observa una mayor prevalencia de mujeres por sobre los hombres en cada una de esas preguntas excepto respecto a la cuarta pregunta “¿tiene usted que guardar sus opiniones y no expresarlas?” donde, contrariamente a lo hipotetizado, los hombres reportaron respuestas positivas equivalentes a las mujeres (33% versus 28%). Lo anterior puede ser entendido a la luz de la división sexual del trabajo en la cual la preservación de los tradicionales roles de género asigna a las mujeres las tareas de cuidado lo que permite comprender el reporte de una mayor proporción de demandas emocionales en mujeres debido a la naturaleza de las tareas que realizan cotidianamente en su trabajo. Coincidentemente con estudios internacionales previos se encontró (Singh & Galvin, 2017) que las mujeres experimentan más demandas emocionales que los hombres, esto se relaciona con que las ocupaciones de salud, al igual que otras ocupaciones, han incorporado estereotipos de género que incluyen altos requerimientos de habilidades emocionales e influyen en lo que pacientes y colegas interpretan como comportamientos adecuados de parte de las funcionarias (Polletta & Tufail, 2016).

El que este estudio reporte menores prevalencias a altas demandas emocionales -entendida como la respuesta positiva simultánea a los cuatro ítems- otro estudio realizado en Chile (39% versus 41%; Ansoleaga & Toro, 2014), con trabajadores del Servicio Médico Legal puede deberse a los diferentes escenarios laborales. Mientras en este resulta especialmente difícil experimentar emociones positivas en el ejercicio del trabajo en el sector salud es posible -en ocasiones- experimentar emociones positivas por ejemplo relacionadas a la mejoría de los pacientes (Ansoleaga & Toro, 2014).

Los indicadores de problemas de salud mental incluidos en este estudio (síntomatología depresiva = 15% y distrés elevado = 17%) se presentaron en menor proporción que en una investigación realizada en 2015 con trabajadores de un hospital público chileno en cuya muestra se constató un 34% de distrés y un 23% de sintomatología depresiva (Ansoleaga, 2015). Además, distinto a lo reportado en la investigación anterior, en este estudio no se encontraron diferencias significativas en los indicadores de salud mental entre hombres y mujeres, sin embargo, en ambos estudios el porcentaje de mujeres que declaran problemas de salud mental es mayor que el de hombres lo que debe ser entendido en parte por las diferencias en las condiciones de trabajo y en las tareas asignadas a hombres y mujeres (Messing et al, 2013).

Asimismo, respecto a la asociación entre altas demandas emocionales y salud mental, se observó que existe asociación (*OR* Ajustado) entre altas demandas y sintomatología depresiva en mujeres y en la población global, no así en hombres. Esto se condice con estudios como el de Hochschild (1983) en que se indica que las consecuencias negativas de realizar trabajo emocional afectan en mayor grado a las mujeres que a los hombres, puesto que para ellas fingir o suprimir emociones implica no cumplir con su rol tradicional de “cuidar” (Polletta & Tufail, 2016) y conduce a resultados adversos de salud mental. La asociación en población general entre altas demandas emocionales y sintomatología depresiva se condice con estudios nacionales (Ansoleaga & Toro, 2014) e internacionales (Kim et al., 2018; Yoon & Kim, 2013). Sin embargo, en este estudio las demandas emocionales aumentan más la chance de reportar sintomatología depresiva que en el estudio de Ansoleaga y Toro (2014) observándose un mayor tamaño del efecto en esta población (*OR*= 2.31 versus *OR*= 1.42).

Por otra parte, se encontró en ambos sexos asociación entre altas demandas emocionales y distrés elevado, aumentando más el chance de distrés en mujeres que en hombres (*OR*= 4.14 versus *OR*= 3.89). La asociación indicada se condice con estudios previos como el de Karim y Weisz (2011) en que se estableció que el cambiar la expresión emocional sin facilitar el cambio emocional interno se asocia con el nivel de distrés en docentes universitarios o el de Ansoleaga y Toro (2014) donde se encontró que la exposición a demandas emocionales aumenta la chance de reportar distrés elevado en más de dos veces

($OR= 2.49$), siendo ella menor que en este estudio ($OR= 3.87$), cabe señalar que esto puede deberse a que en el estudio mencionado se controló por sintomatología depresiva y en esta investigación no se hizo.

Respecto a la asociación entre la exposición a altas demandas emocionales en el trabajo y la presencia de violencia laboral, en este estudio se observa que, en hombres y mujeres, las altas demandas aumentan la chance de reportar Violencia, aun cuando se controla por apoyo social y por atención de público. Esto se condice con estudios como el de Joo y Rhie (2017) donde se encontró una relación significativa entre trabajo emocional y la experiencia de violencia laboral en recaudadores de peajes o el de Lee (2016) en que se encuentra asociación entre demandas emocionales, violencia laboral e indicadores de problemas de salud mental. La asociación entre altas demandas emocionales y violencia laboral se puede explicar porque se trata de demandas intrínsecas del trabajo que se añaden a las propias de la organización del trabajo (Ansoleaga & Toro, 2014) y pueden generar mayor exposición a conflictos con pacientes, acompañantes, compañeros de trabajo y/o jefaturas. Lo anterior, es consistente con el reconocimiento de las asociaciones entre dimensiones organizacionales, donde se inscriben las demandas emocionales, y la violencia laboral.

Dentro de las limitaciones de este artículo se encuentran: su carácter transversal del diseño, que impide establecer relaciones causales. Estudios longitudinales futuros permitirían mostrar la dirección de la relación entre las variables analizadas. Asimismo, resulta clave considerar los fuertes cambios del trabajo en salud en situación de pandemia para dimensionar los nocivos efectos en la salud del personal (Zhang et al., 2021).

Una segunda limitación refiere al hecho que la muestra al no ser aleatoria impide extrapolar los resultados a otros trabajadores sanitarios. En tercer lugar, considerar sólo la percepción de los trabajadores es otra limitación de este estudio siendo clave considerar variables de corte organizacional tales como la cultura, normas y expectativas en torno a las dimensiones analizadas y también el rol y responsabilidad tanto de los empleadores como de quienes cumplen roles de jefatura en el diseño y organización del trabajo en salud. En esta línea Zeng et al. (2021) mostraron el positivo rol del apoyo organizacional en la tramitación de las demandas emocionales de los equipos de salud durante el enfrentamiento de la pandemia.

Si bien la literatura señala el carácter ambivalente del trabajo emocional pudiendo tener consecuencias positivas en los trabajadores/as (satisfacción con el trabajo realizado, desarrollo de la vocación, sensación de logro personal y laboral), en esta investigación se encontró que se encuentran asociadas a dos problemas relevantes de los trabajadores chilenos como son: indicadores de problemas de salud mental y violencia laboral.

Todo acto de salud es un acto único, aun cuando se encuentre altamente protocolizado, pues además de los aspectos técnico-profesionales supone poner en juego aspectos emocionales y relacionales que afectarán la calidad del servicio prestado y la salud de quienes trabajan en salud. Dado que las demandas emocionales son ineludibles y forman parte de la naturaleza del trabajo en salud, los resultados de este artículo interpelan a las instituciones de formación en tanto los trabajadores de la salud, profesionales y técnicos, requieren comprender el contexto en el cual desempeñaran su trabajo, conocer los riesgos para su salud y los mecanismos para tramitar el estrés, la tensión y el sufrimiento derivado del trabajo de modo de no llegar a enfermar a causa del mismo. Se requiere también considerar el papel del género tanto al analizar la exposición a riesgos como también los resultados adversos en salud, por lo tanto, una acción preventiva debe reconocer en qué medida la división sexual del trabajo se reproduce en los espacios laborales, exponen a las mujeres de manera diferencial a riesgos del trabajo lo que repercute directamente en el bienestar, salud y calidad de la atención.

Referencias

Alvarado, R., Marchetti, N., Villalón, M., Hirmas, M., & Pastorino, M. (2009). Adaptación y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el trabajo en Chile: Versión

- media del CoPsoQ. *Revista Chilena de Salud Pública*, 13(1).
<https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/652/551>
- Ansoleaga, E. (2015). Indicadores de salud mental asociados a riesgo psicosocial laboral en un hospital público. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 47-55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000100006>
- Ansoleaga, E. & Ahumada, M. (2020). Factores de riesgo y protección para la salud mental de trabajadoras/es de salud pública postcatástrofes. *Revista Praxis Psy*, 21(34), 40-48.
<https://praxispsi.udp.cl/index.php/praxispsi/article/view/39>
- Ansoleaga, E. & Toro, J. P. (2014). Salud mental y naturaleza del trabajo: Cuando las demandas emocionales resultan inevitables. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 14(2), 180-189.
- Ansoleaga, E., Artaza, O., & Suárez, J. (Eds.; 2012). *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud*. Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud.
- Ansoleaga, E., Mauro, A., Díaz, X., & Toro, J. P. (2021). Violencia en el trabajo. In L. Oliveira Borges, S. Cruz Barbosa, & L. Magalhães Guimarães (Eds.), *Psicossociologia do trabalho: Temas contemporâneos* (pp. 95-136). CRV Editora.
- Ansoleaga, E., Montañó, R., & Vézina, M. (2013). Validation of two complementary instruments for measuring work stress in Chilean workers. *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, 5(2), 5-14. <https://acortar.link/rbM6tj>
- Ansoleaga, E., Toro, J. P., Godoy, L., Stecher, A., & Blanch, J. M. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 139(9), 1185-1191. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000900011>
- Ansoleaga Moreno, M. E. (2013). *Sintomatología depresiva y consumo riesgoso de alcohol en trabajadores expuestos a factores psicosociales laborales adversos: un asunto pendiente en salud pública* (tesis de posgrado). Universidad de Chile, Santiago, Chile. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/116472>
- Baby, M., Glue, P., & Carlyle, D. (2014). 'Violence is not part of our job': A thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(9), 647-655. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.892552>
- Boniol, M., Mclsaac, M., Xu, L., Wuliji, T., Diallo, K. y Campbell, J. (2019). *Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries*. World Health Organization.
<https://www.who.int/hrh/resources/gender-equity-health-workforce-analysis/en/>
- Candia, M., & Pérez, J. M. (2018). *Manual del método del cuestionario suseso/ISTAS21*. Superintendencia de Seguridad Social. <https://acortar.link/2wR5NA>
- Conferencia Sanitaria Panamericana (2017). Resolución CSP29.R15: Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Organización Panamericana de la Salud.
<https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/CSP29.R15-s.pdf>
- Díaz, X., Mauro, A., Ansoleaga, E., & Toro, J. P. (2017). Violencia de género en el trabajo en Chile. Un campo de estudio ignorado. *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 42-48. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492017000100042>
- Di Martino, V. (2002). *Workplace violence in the health sector. Country case studies: Brazil, Bulgaria, Lebanon, Portugal, South Africa, Thailand and an additional Australian study. Synthesis report*. International Labor Organization.
- Einarsen, S. & Nielsen, M. B. (2015). Workplace bullying as an antecedent of mental health problems: A five-year prospective and representative study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(2), 131-142. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0944-7>
- González-Santa Cruz, A. (2019). *Propiedades psicométricas de escala de liderazgo destructivo y cuestionario de conductas negativas-revisado en una muestra multiocupacional de trabajadores dependientes chilenos de Gran Santiago, Gran Valparaíso y Gran Concepción* (tesis de posgrado). Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.
- Han, J. W. (2016). Nurse's job demands, job resources, and their relationship with work burnout and engagement: Mediating effects of emotional labor. *Information*, 19(10A), 4539-4544.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. University of California Press.
- International Labour Office. (2013). *10 keys for gender sensitive OSH practice – Guidelines for gender mainstreaming in occupational safety and health*. ILO.
https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_324653/lang--en/index.htm
- Joo, Y. & Rhie, J. (2017). The relationship between emotional labor status and workplace violence among toll collectors. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 29(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s40557-017-0193-9>

- Karasek, R., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P., & Amick, B. (1998). The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology, 3*(4), 322-355. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.3.4.322>
- Karim, J. & Weisz, R. (2011). Emotional intelligence as a moderator of affectivity/emotional labor and emotional labor/psychological distress relationships. *Psychological Studies, 56*(4), 348-359. <https://doi.org/10.1007/s12646-011-0107-9>
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. -L. T., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine, 32*(6), 959-976. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006074>
- Kim, G. H., Lee, H. S., Jung, S. W., Lee, J. G., Lee, J. H., Lee, K. J., & Kim, J. J. (2018). Emotional labor, workplace violence, and depressive symptoms in female Bank employees: A questionnaire survey using the K-ELS and K-WVS. *Annals of Occupational and Environmental Medicine, 30*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40557-018-0229-9>
- Lee, S. (2016). The effect of emotional labour, workplace violence, and organisational management system thereof on symptoms of depression and insomnia. *Occupational and Environmental Medicine, 73*(1), A210. <https://doi.org/10.1136/oemed-2016-103951.581>
- Mastracci, S. & Hsieh, C.-W. (2016). Emotional labor and job stress in caring professions: Exploring universalism and particularism in construct and culture. *International Journal of Public Administration, 39*(14), 1125-1133. <https://doi.org/10.1080/01900692.2015.1068327>
- Matamala, M., Eguiguren, P., Gálvez, T., Núñez, S., De Ferrari, I., Gómez, E., & Güida, C. (2012). Género y calidad de vida de las trabajadoras y trabajadores de la salud. In E. Ansoleaga et al. (Eds.), *Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en salud*, (pp. 126-145). Organización Panamericana de la Salud.
- Messing, K., Punnett, L., Bond, M., Alexanderson, K., Pyle, J., Zahm, S., Wegman, D., Stock, S. R., & de Grosbois, S. (2003). Be the fairest of them all: Challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *American Journal of Industrial Medicine, 43*(6), 618-629. <https://doi.org/10.1002/ajim.10225>
- Mikkelsen, E. G. & Einarsen, S. (2001). Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 10*(4), 393-413. <https://doi.org/10.1080/13594320143000816>
- Moncada, S., Llorens, C., & Kristensen, T. S. (2002). Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. http://istas.net/descargas/m_metodo_istas21.pdf
- Notelaers, G. & Einarsen, S. (2013). The world turns at 33 and 45: Defining simple cutoff scores for the Negative Acts Questionnaire-Revised in a representative sample. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 22*(6), 670-682. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2012.690558>
- Palma, A., Ansoleaga, E., & Ahumada, M. (2018). Violencia laboral en trabajadores del sector salud: Revisión sistemática. *Revista Médica de Chile, 146*(2), 213-222. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000200213>
- Palma-Contreras, A. & Ansoleaga, E. (2020). 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. *Cadernos de Saúde Pública, 36*(3). e00084219. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00084219>
- Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica, 3*(2), 179-186.
- Pisaniello, S. L., Winefield, H. R., & Delfabbro, P. H. (2012). The influence of emotional labour and emotional work on the occupational health and wellbeing of South Australian hospital nurses. *Journal of Vocational Behavior, 80*(3), 579-591. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2012.01.015>
- Polletta, F. & Tufail, Z. (2016). Helping without caring: Role definition and the gender-stratified effects of emotional labor in debt settlement firms. *Work and Occupations, 43*(4), 401-433. <https://doi.org/10.1177/0730888416656031>
- Singh, D. & Glavin, P. (2017). An occupational portrait of emotional labor requirements and their health consequences for workers. *Work and Occupations, 44*(4), 424-466. <https://doi.org/10.1177/0730888417726835>

- Yoon, S. L. & Kim, J.H. (2013). Job-related stress, emotional labor, and depressive symptoms among Korean nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(2), 169-176. <https://doi.org/10.1111/jnu.12018>
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12(2), 237-268. [https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(02\)00048-7](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(02)00048-7)
- Zapf, D. & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 1-28. <https://doi.org/10.1080/13594320500412199>
- Zeng, Z., Wang, X., Bi, H., Li, Y., Yue, S., Gu, S., & Xiang, G. (2021). Factors that influence perceived organizational support for emotional labor of Chinese medical personnel in Hubei. *Frontiers in Psychology*, 12, 684830. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.684830>
- Zhang, Y., ElGhaziri, M., Siddique, S., Gore, R., Kurowski, A., Nobrega, S., & Punnett, L. (2021). Emotional labor and depressive symptoms among healthcare workers: The role of sleep. *Workplace Health & Safety*, 69(8), 383-393. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/21650799211014768>