PSYKHE
1998, Vol.7, N° 2, 53-61

Copyright 1998 by Psykhe
ISSN 0717-0297

Cuestionario de Riesgos para la Salud Psicológica en Enfermeras

Risk Questionnaire to the Psychological Health among Nurses

Cecilia Avendaño
Pontificia Universidad Católica de Chile

Pedro Leiva
Universidad Católica de Valparaíso

Se presenta un cuestionario diseñado para evaluar riesgos para la salud psicológica en enfermeras del sector público chileno, en la doble perspectiva de las enfermeras como mujeres y trabajadoras. Se elaboró un cuestionario cuya puntuación permite establecer tres niveles de riesgo: alto, mediano y bajo. La validación de constructo mediante análisis factorial permitió reconocer la existencia de 14 factores de riesgo provenientes del trabajo remunerado y doméstico. El instrumento presenta una alta consistencia interna (Alfa de Cronbach 0.94).

This article presents a questionnaire designed to evaluate risks concerning the psychological health in registered nurses working in the Chilean public service, both as women as well as workers. The questionnaire score refers to three different risk levels: high, moderate and low. The construct validity, through factorial analysis, permitted the recognition of 14 risk factors proceding from household and employment origins. The instrument presents a high reliability (Cronbach's alpha 0.94).

Los problemas asociados al conocimiento, evaluación y protección de los riesgos a que las mujeres están expuestas en el mundo del trabajo son numerosos. El mayor avance en la investigación se ha producido en los países desarrollados, concentrándose fundamentalmente en el empleo de las mujeres en las principales industrias (Klitzman, Silverstein, Punnett, & Mock, 1990). Sin embargo, se desconoce todavía el impacto del trabajo asalariado sobre las mujeres en los sectores laborales donde ellas representan la mayoría (Doval, 1995) y, en consecuencia, los riesgos de ciertos tipos de accidentes y enfermedades que podrían ser altos, en lugares de trabajo dominados por mujeres, no son reconocidos ni compensados. Asimismo, las herramientas, métodos y los modelos más frecuentemente empleados en las investigaciones sobre el impacto del trabajo en la salud de las mujeres son todavía los mismos que se utilizan para estudiar la salud de los trabajadores hombres (Messing, Dumais, & Romito, 1993). Los estudios más importantes sobre salud ocupacional continúan excluyéndolas, o bien, consideran básicamente los efectos del trabajo remunerado sobre su capacidad reproductora (Paltiel, 1990). Además, aún son pocos los estudios que abordan los efectos combinados del trabajo doméstico y remunerado sobre la salud de las mujeres y sólo recientemente los indicadores de sobrecarga doméstica han comenzado a ser incorporados en las investigaciones (Dumais, 1992).

En Chile, la investigación en el campo de la salud ocupacional ha tenido, en general, un desarrollo muy limitado, en particular, respecto de la salud psicológica y de las mujeres trabajadoras. Entre 1980 y 1990, en los 112 estudios realizados en el área, se observa un marcado énfasis en la identificación de factores de riesgo asociados con puestos de trabajo, especialmente factores técnicos y riesgos del ambiente físico-químico, con un claro predominio del estudio de efectos del trabajo sobre la salud física en la perspectiva del modelo médico. Un tercio reporta efectos del trabajo sobre la salud psicológica (con énfasis en el diagnóstico de psicopatología) o sugiere incluir esta dimensión en el diseño de futuras investigaciones (Avendaño & Gray, 1996), pero en el 7% que incluye a mujeres como sujetos

Cecilia Avendaño, Escuela de Psicología.
Pedro Leiva, Escuela de Psicología.
Se presentan resultados parciales de la investigación "Salud mental ocupacional de las enfermeras del sector público de salud en Chile", proyecto que fue posible desarrollar gracias al financiamiento de FONDECYT y al patrocinio del Colegio de Enfermeras de Chile. Además de los autores del artículo, en esta investigación participaron las enfermeras universitarias Patricia Grau y María Teresa Castillo y la psicóloga Pámela Yus, y en la primera fase colaboraron también las psicólogas Nora Gray y Mariane Krause. Por último, quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a Patricio Cumsille y Valeria Ramírez, académicos de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile, quienes generosamente nos ayudaron a resolver diversos problemas metodológicos en el curso de la investigación.
La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida a Cecilia Avendaño B., Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Santiago de Chile, fax: 553 30 92, E-mail: cavendan@puc.cl

muestrales ninguna incorpora aspectos psicológicos vinculados con el trabajo (Avendaño & Gray, 1993).

A fines de los años noventa este proceso comienza a revertirse lentamente y la investigación sobre la fuerza de trabajo femenina se caracteriza por abarcar sectores donde las mujeres tienen una presencia más notoria y que son relevantes para la economía nacional. Los estudios abordan, entonces, algunos subgrupos de mujeres que constituyen parte de la problemática social emergente de los profundos cambios económicos, políticos y culturales ocurridos en el país en las últimas décadas. La investigación vinculada con condiciones de trabajo y salud se realiza principalmente en el sector agroexportador frutícola (Díaz 1991; Díaz, Medel, Riquelme, & Schlaen, 1994; Román 1992; Venegas, 1995); en manufactura de la industria pesquera (Duhart & Weinstein, 1991; Vera, Kliwadenko, & Cárcamo, 1993); en algunas ocupaciones del sector financiero privado, como digitadoras de computación (Díaz, 1994; Díaz, Sepúlveda, & Solar, 1993); en el comercio (Parra, 1996); en grupos que realizan trabajo manufacturero vinculado con la industria de la confección, tanto como empleadas o trabajadoras a domicilio (Díaz & Schlaen, 1994; Selamé, 1996; Román, 1992); en maestras de educación básica del sector municipalizado (Domich & Faivovich, 1994; Parra, 1993; Reca, 1996); en trabajadoras de la salud del sector público, principalmente enfermeras, auxiliares de enfermería y matronas (Espinoza, 1991; Grau, Matamala, Meyer, & Vega, 1991; García, Briceño, & Galagarra, 1993); y en personal administrativo del sector público (Bustamante, Echeverría, & Parra, 1990; Campusano & Lagarrigue, 1992).

La totalidad de estos estudios son tranversales y la gran mayoría de carácter exploratorio y descriptivo y, al igual que en la década anterior, continúan siendo muy pocos los que abordan específicamente aspectos psicosociales o psicológicos presentes en los procesos laborales. No obstante, los resultados de las investigaciones sugieren que los problemas de salud asociados con estrés y fatiga física y mental son las consecuencias nocivas más frecuentes en los sectores en que se concentran mayoritariamente las mujeres (Díaz & Medel, 1997). La investigación de Díaz et al. (1993) con digitadoras de computación y la de Parra con maestras (1993), constituyen una excepción puesto que indagan acerca de cargas mentales en el trabajo y sus consecuencias para la salud. Por último, los estudios que abordan específicamente doble carga de trabajo o doble jornada como parte de las condiciones de trabajo de las mujeres chilenas son también escasos.

Los problemas antes enunciados plantean, entre otras cosas, la necesidad de desarrollar investigaciones que consideren apropiadamente la condición y situación de la mujer en nuestro país desde un punto de vista psicológico, tanto como la creación de instrumentos que permitan su evaluación. Este artículo se sitúa en este marco, presentando un cuestionario diseñado para identificar riesgos específicos para la salud psicológica en enfermeras del sector público de salud chileno, en la perspectiva de su doble condición de mujeres y trabajadoras. Con la elaboración de este instrumento esperamos contribuir a la producción de conocimiento sobre las condiciones de trabajo de las mujeres, en particular, a su medición en nuestro país, en una ocupación típicamente femenina. Consideramos, además, que el estudio de los riesgos provenientes del trabajo doméstico y remunerado podría contribuir al diseño de políticas y programas de protección de la salud, así como a la generación de acciones preventivas sobre los efectos negativos de la doble carga del trabajo doméstico y remunerado en las mujeres[1].

Antecedentes

El impacto del trabajo en la salud de las mujeres trabajadoras ha sido frecuentemente abordado con las mismas herramientas, métodos y modelos utilizados en la investigaciones que se emplean para estudiar la salud de los trabajadores hombres (Messing et al., 1993). De allí que los principales problemas de análisis y evaluación de la salud laboral femenina, han sido y continúan siendo, la omisión o ignorancia de aspectos fundamentales de las actividades de las mujeres en el mundo del trabajo y en la sociedad y de las diferencias sociales y biológicas que existen entre hombres y mujeres. De hecho, aunque durante los sesenta y setenta los estudios de medición del estrés ocupacional y sus implicancias para la salud tuvieron un fuerte impulso, la atención prestada a las experiencias particulares de las mujeres no estuvo presente (Haw, 1983).

En la actualidad se sabe que existen importantes diferencias sexuales en la exposición a estrés, esto es,

[1] Ver otros resultados de esta investigación en Avendaño, C., Grau, P. y Yus (1995) y Avendaño, C. y Grau, P. (1997). En ellos se reportan hallazgos de la fase cualitativa en que se describe el modelo teórico generado en la investigación y resultados descriptivos de la fase cuantitativa. Actualmente están en preparación otras publicaciones con más resultados cuantitativos y cualitativos.

a las demandas y desafíos a los cuales hombres y mujeres están expuestos (Frankenhaeuser, 1991). Una parte importante de las mujeres que ingresan a la fuerza de trabajo realiza trabajo doméstico y crianza de hijos y, con ello, porta tensiones específicas adicionales a las del empleo. Los estudios de actividades diarias y uso del tiempo muestran consistentemente una brecha entre las responsabilidades de hombres y mujeres en relación con el trabajo doméstico, en la vida de hombres y mujeres empleados casados. Hoschild demuestra que las mujeres duermen menos, tienen menos tiempo libre y en promedio trabajan un mes extra al año en la casa, todas fuentes de considerable malestar, insatisfación y divorcio aunque no exista riesgo para la salud física (en Hall, 1990). De una amplia revisión de investigaciones, Sorensen y Verbrugge (1987) concluyen que el empleo de las mujeres no modifica el tiempo ocupado por el esposo en el trabajo doméstico y en la familia. Se ha sugerido también que los hallazgos inconsistentes entre estudios de población y de pequeña escala se deben a que las responsabilidades domésticas podrían actuar o estar vinculadas con estrés ocupacional afectando diferencialmente el bienestar psicológico (Hall, 1990).

Por otra parte, las investigaciones están atravesadas por un doble supuesto sobre la importancia de los papeles familiares y laborales de las mujeres. Se asume que los papeles familiares ocupados por ellas son benignos para su salud y se tiende a ignorar o rechazar sus papeles laborales (Barnett & Baruch, 1987; Barnett & Marshall, 1991; Barnett, Marshall, & Singer, 1992; Baruch, Biener, & Barnett, 1987; Ferree, 1990). En esta visión el trabajo es identificado como un estresor primario, a modo de extrapolación de los hallazgos realizados en los estudios con hombres, mientras que el hogar aparece como un medio benigno. Esto influye en que también se parta del supuesto que los papeles familiares (madre, esposa y dueña de casa) son fácilmente compatibilizables entre sí, o al menos, más fáciles de compatibilizar que algunos de éstos con los papeles asumidos en el trabajo remunerado. Asimismo, condiciona el supuesto de que no es posible una congruencia entre papeles familiares (de esposa y madre) y de trabajadora remunerada como algo "natural", y que se asuma que existe un conflicto interno potencial cuando los papeles laborales se añaden a los otros. De este modo, sobrecarga y conflicto de papeles son especialmente usados para analizar las complicaciones en el empleo de mujeres casadas, pero el conflicto y la sobrecarga de los papeles en sí no son estudiados.

Hay también diferencias de clase social, de estatus parental y número de hijos, de estatus de pareja, de características del trabajo, de apoyo recibido en el trabajo doméstico, de actitud hacia el trabajo remunerado, de edad, de etapa del ciclo de vida familiar y, por último, de riqueza o pobreza de los países en que viven las mujeres que suelen hacer grandes diferencias en sus condiciones de vida y de trabajo (Arber, Gilbert, & Dale, 1985; Doval, 1995; Repetti, Matthews, & Waldron, 1989). Si estas diferencias fueran consideradas en las investigaciones no se asumiría, como se hace en muchas, que las mujeres constituyen un grupo homogéneo y los estudios examinarían con más atención sus condiciones específicas de vida y trabajo.

Método

El cuestionario que se presenta en este artículo se elaboró en el marco de un estudio transversal de tres años de duración. Se utilizó una estrategia mixta -cualitativa y cuantitativa- de recolección y análisis de datos desarrollada en fases sucesivas, siendo la fase cualitativa sustento y base de apoyo de la siguiente. En esa primera fase se construyó un modelo teórico explicativo que permitió identificar los principales riesgos a que se encuentran expuestas las enfermeras, derivados de su doble condición de mujeres y trabajadoras, por medio de entrevistas individuales y colectivas a 46 enfermeras. Este modelo sirvió como marco conceptual para la construcción del cuestionario que aquí se reporta[2].

Participantes

Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada de 600 enfermeras de la Región Metropolitana de Salud (436 de hospitales y 167 de Atención Primaria), conservándose la proporción de enfermeras en los diversos tipos de hospitales y servicios de salud existentes en esta zona. La muestra total quedó constituida por 311 enfermeras (229 de hospitales y 82 de servicios de Atención Primaria). El promedio de edad de la muestra fue de 39.64 años (DS = 9.67). Su antigüedad en el sistema público de salud era en promedio de 13.8 años (DS = 8.90). Del total de enfermeras encuestadas, 82 reportaron no tener hijos, 55 tener un hijo, 90 dos hijos y 57 entre tres y cinco hijos. A su vez, mientras 134 reportaron tener una relación de pareja estable, 118 enfermeras reportaron no tenerla.

Instrumento

El Cuestionario de Riesgos para Enfermeras (CRE) es un instrumento diseñado para ser autoadministrado. Busca identificar los riesgos para la salud psicológica de las enfermeras del sector público de salud chileno. En su primera parte, el CRE contiene ítemes que permiten caracterizar la muestra en términos sociodemográficos y laborales y, en la segunda, ítemes que indagan acerca de riesgos para la salud psicológica derivados de las condiciones de trabajo doméstico y remunerado.

---

[2] Todos los factores de trabajo doméstico y remunerado derivados del modelo fueron ingresados al análisis de datos. Sin embargo, en los cálculos estadísticos posteriores quedaron eliminados varios de ellos, tales como el cuidado y crianza de hijos pequeños (incluido el apoyo externo, por ejemplo, uso de lavandería, servicio doméstico, apoyo de la familia extensa, etc.)

La primera versión estuvo compuesta por 162 ítemes, con una mayoría de preguntas cerradas (con repuestas tipo Likert o bimodales) y algunas preguntas abiertas. Esta versión fue validada en su contenido por 10 enfermeras con amplia experiencia profesional o académica que actuaron como jueces y, luego, se aplicó a una muestra piloto de enfermeras de hospitales y consultorios. Con los resultados del análisis del piloto, se elaboró la versión finalmente aplicada que consta igualmente de 162 ítemes.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron distribuidos y recolectados a través de la red de Capítulos de Enfermeras del Colegio de Enfermeras de Chile en los servicios de salud de la Región Metropolitana. El instrumento fue entregado en sobre sellado junto con una carta que explicaba las características de la investigación e invitaba a participar en ella. Se recuperaron 320 cuestionarios, analizándose posteriormente 311 considerados válidos (229 de hospitales y 82 de Atención Primaria), cifra que corresponde el 23.9% del total de enfermeras de la Región Metropolitana.

Resultados

En un primer momento, el análisis de datos para pesquisar las diferencias en las condiciones de trabajo de diferentes grupos de enfermeras consistió en comparar la distribución de respuestas de las variables discretas mediante el análisis del coeficiente Lambda, y la comparación de promedios de las variables continuas mediante el análisis de varianza de un factor. Así, se pudieron examinar las diferencias entre las enfermeras según su pertenencia a hospitales o a Atención Primaria y por cada uno de los seis servicios de salud de la Región Metropolitana.

Para evaluar el Cuestionario de Riesgos para Enfermeras (CRE), el instrumento fue sometido a un análisis factorial inicial de la totalidad de sus ítemes (162), lo que permitió establecer una estructura de 14 factores irreductibles. Con base en su análisis estadístico, se eliminaron las variables cuya comunalidad resultó inferior a 0.30, obteniéndose 120 variables que luego fueron sometidas a rotación oblicua (Oblimin). La comunalidad de las variables seleccionadas fluctúa entre 0.92 como máxima y 0.32 como mínima, concentrándose un 78.3% en comunalidades entre 0.40 y 0.69. Los 14 factores explican el 53.4% de la varianza total: el primero explica el 16.9%; el segundo el 5.6%; el tercero el 3.8%, disminuyendo progresivamente hasta el décimo cuarto factor que explica un 1.7% de la varianza total.

Al calcular el Coeficiente Alfa de Cronbach de los 120 ítemes seleccionados, el cuestionario total obtuvo un coeficiente estandarizado de 0.94, indicativo de un muy buen índice de consistencia interna. Como se detalla en la tabla 1, de los 14 factores de riesgo identificados, 10 presentan un muy buen índice de consistencia interna (mayor a 0.80) mientras que los cuatro restantes presentan un buen nivel (sobre 0.71). Además, se observa que las correlaciones ítem-total para todas las escalas se mantienen en un nivel aceptablemente alto. De este modo, se considera cada uno de los factores identificados como una subescala del mismo.

A partir de la agrupación conceptual de los ítemes de cada factor y de los índices de consistencia interna ya mencionados, se definieron las siguientes subescalas para el cuestionario de riesgos en estudio:

1. *Preocupación por riesgos de accidentes*: grado de preocupación o inquietud que siente la enfermera

Tabla 1
Nivel de consistencia interna de las subescalas del CRE

Nombres de los factores	Número de Variables	Alpha de Cronbach	Coef. Estand.	Mayor R Item-total	Menor R Item-total
Preocupación por accidentes	31	.9589	.9590	.7606	.5252
Sobrecarga de trabajo	15	.8784	.8745	.6962	.3410
Preocupación por transmisión de IIH	9	.8792	.8810	.7513	.4908
Falta de control sobre el trabajo	9	.7858	.7895	.6067	.4181
Injusticia en las remuneraciones	5	.8314	.8383	.7594	.5196
Conflictos en el trabajo	12	.7756	.7787	.4823	.3047
Falta de reconocimiento	5	.8007	.8018	.6805	.5179
Tensiones en el rol materno	6	.7787	.8111	.6391	.4468
Presencia de riesgos físicos	8	.7191	.7194	.4933	.3387
Preocupación por contagio	3	.9204	.9224	.8762	.8209
Falta de recursos en el trabajo	5	.8175	.8160	.7475	.4922
Recuperación del desgate	4	.7913	.7954	.6392	.5556
Falta de apoyo de la pareja	4	.8133	.8162	.7221	.5197
Falta de valoración social	4	.8660	.8671	.7858	.6515

frente a la posibilidad de accidentarse en el trabajo, que se accidenten usuarios o personal a su cargo, ya sea por mal estado, inseguridad, inadecuación o falta de mantenimiento de la planta física, máquinas, equipos e insumos de su establecimiento.

2. *Sobrecarga de trabajo*: se refiere principalmente a la percepción de sobrecarga de trabajo remunerado cuantitativa y, especialmente, cualitativa. Incluye la mantención de un estado constante de tensión y actividad, sentirse sobrepasada por la carga de trabajo o por la simultaneidad de demandas laborales, el grado de incontrolabilidad percibido sobre el trabajo, el sufrimiento psicológico asociado al cuidado de los pacientes, las dificultades para usar el tiempo libre y satisfacer las necesidades alimentarias, y preocupación porque el personal a su cargo se contagie con microorganismos presentes en el medio laboral. También incluye riesgos derivados del horario de trabajo y del sistema de turnos.

3. *Preocupación por riesgos de transmisión de infecciones intrahospitalarias (IIH) y enfermedades*: grado de preocupación de la enfermera por contagiarse a sí misma o a su familia con virus, bacterias, hongos y parásitos. Asimismo, incluye preocupación frente al riesgo de transmisión de infecciones intrahospitalarias por ausencia o insuficiencia de salas de lavado de material contaminado para los usuarios, el personal a su cargo, miembros de su familia o para ella misma. Por último, incluye el temor a accidentarse con agujas y jeringas.

4. *Falta de control sobre el trabajo*: grado de autonomía y subordinación de la enfermera en el trabajo, grado de autoritarismo de sus superiores y conflictos con ellos, y grado de apoyo de jefes médicos y supervisoras. Además, incluye la percepción del clima de trabajo (agradable o desagradable) asociado con la falta de poder y control.

5. *Injusticia en las remuneraciones*: grado de injusticia sentido por la enfermera en relación con diversos aspectos considerados en las remuneraciones, tales como: antigüedad, función, cargo, especialización y riesgo.

6. *Conflictos en el trabajo*: percepción de la frecuencia e intensidad de los conflictos interpersonales de la enfermera con los usuarios y sus familiares, con el personal auxiliar (de servicio y técnicos paramédicos), con el personal administrativo y con los médicos.

7. *Recuperación del desgaste en la jornada laboral*: percepción de la posibilidad de hacer uso de pausas y descansos programados o no programados y calidad de los mismos durante la jornada laboral.

8. *Presencia de riesgos físicos en el lugar de trabajo*: percepción del grado de presencia de factores de riesgo físico en el ambiente laboral y preocupación frente al riesgo de accidentarse por las malas condiciones de los pasillos en el establecimiento.

9. *Preocupación por contagio en el lugar de trabajo*: grado de preocupación experimentado por la enfermera frente al riesgo de contagio por ausencia de delimitación de áreas sucias y limpias para usuarios, personal a su cargo y ella misma.

10. *Falta de recursos en el lugar de trabajo*: percepción de la gravedad de la falta de enfermeras y auxiliares de servicio, así como de máquinas, equipos e insumos en el establecimiento de salud.

11. *Tensiones en el rol materno*: preocupaciones experimentadas en el trabajo remunerado en relación con el cuidado y bienestar de los hijos adolescentes, sentimientos de culpa en relación con los hijos, y percibir que a veces debe elegir entre su trabajo y el rol de madre.

12. *Falta de apoyo de la pareja*: percepción del apoyo instrumental y emocional recibido de la pareja en las tareas del hogar y el cuidado de los hijos.

13. *Falta de reconocimiento*: percepción de la frecuencia en que su desempeño laboral es reconocido por los médicos, jefaturas, personal auxiliar, usuarios y la comunidad en general.

14. *Falta de valoración social del trabajo de la enfermera:* percepción de la enfermera de ser vista como un recurso fácilmente reemplazable por el sistema de salud, por las jefaturas médicas, por otros trabajadores de la salud y otros profesionales.

Luego, para evaluar la relación estadística entre las escalas identificadas se calculó la matriz de intercorrelaciones. El mayor índice de correlación de Pearson lo obtuvieron las subescalas "preocupación por accidentes" y "preocupación por transmisión de enfermedades intrahospitalarias" (0.56). También las subescalas "preocupación por accidentes" y "presencia de riesgos físicos" obtuvieron un índice de correlación alto (0.43). Cabe destacar que "sobrecarga de trabajo remunerado" posee el mayor número de índices de correlación significativos con otras escalas, encontrándose una correlación mayor a 0.30 con "preocupación por accidentes", "preocupación por transmisión de enfermedades intra-hospitalarias", "conflictos en el trabajo", "recuperación del desgaste" y "tensiones en el rol materno", lo que indica que esta subescala posee una proporción considerable de varianza compartida con las demás. Otras subescalas que obtuvieron índices de correlación de Pearson mayores a 0.30 fueron "falta de recursos" con "preocupación por transmisión de enfermedades intrahospitalarias", y "falta de control sobre el trabajo" con "falta de valoración social".

Una vez obtenidos estos resultados se procedió a realizar un análisis de regresión múltiple en pasos sucesivos, con el fin de establecer si cada una de estas escalas aportaba con un peso relativo distinto a la varianza total de la escala de riesgos. Para ello se consideraron como variables predictoras el promedio de los ítemes en cada subescala, y como variable de resultado el promedio de los puntajes obtenidos en todas ellas.

Como se observa en la tabla 2, los riesgos que obtienen un coeficiente de regresión estandarizado mayor son: "preocupación por transmisión de infecciones intrahospitalarias" y "falta de valoración social de la enfermera". De este modo, ambas constituyen los mejores indicadores de la escala de riesgos. En orden decreciente continúan los siguientes factores: "percepción de injusticia en las remuneraciones", "preocupación por accidentes en el trabajo", "presencia de riesgos físicos en el trabajo", "recuperación del desgaste en el trabajo", "falta de recursos en el trabajo", "tensiones en el rol materno", "falta de apoyo de la pareja", "falta de reconocimiento", "sobrecarga de trabajo remunerado", "falta de control sobre el trabajo", "conflictos en el trabajo" y "preocupación por contagio por no delimitación de áreas sucias y limpias". El bajo peso relativo de "sobrecarga de trabajo remunerado" sobre el puntaje total del CRE, se explica porque la proporción de varianza que comparte con las demás subescalas es considerable, determinando que en un análisis de regresión múltiple quede disminuido su efecto, ya que lo comparte con las otras variables incluidas.

El análisis de los coeficientes de regresión estandarizados confirmó la necesidad de ponderar el peso relativo de cada riesgo, con el fin de obtener un puntaje que reflejara de mejor manera el nivel de riesgo en que se encuentran las enfermeras. Se calculó, entonces, un nuevo puntaje: una escala ponderada de riesgos para la salud de enfermeras cuyo puntaje mínimo fue de 2797.67 puntos y el máximo de 8149.88. El promedio obtenido por el total de enfermeras fue de 5792.87 puntos (*DS* = 970.51). Los puntajes obtenidos por las enfermeras en cada una de las 14 subescalas del cuestionario se detallan en la tabla 3.

Finalmente, se identificaron los puntajes de corte para clasificar el nivel de exposición en que se encuentra una enfermera en alto, mediano o bajo riesgo. Para determinar estos puntajes se estableció como criterio de corte el primer y tercer quartil de la muestra. Así, del total de enfermeras encuestadas, el 25% que obtuvo los menores puntajes quedó clasificado en bajo nivel de riesgo, el 50% que obtuvo puntajes medios se ubicó en mediano nivel de riesgos, y el 25% que obtuvo el puntaje mayor quedó en alto nivel de riesgo. Esta clasificación facilita la interpretación de los resultados que se obtienen en el CRE, y es especialmente útil en el caso de que este instrumento fuera autoadministrado

Tabla 2

Regresión múltiple en pasos sucesivos entre la escala total de riesgos y cada uno de los factores de riesgo para las enfermeras (1)

Cuestionario de riesgos				
	b	SEb	b	R^2Aj.Ac.[a]
Preocupación por accidentes	.0806	.0055	.1791***	.4323
Sobrecarga de trabajo	.0764	.0064	.1321***	.5905
Falta de control sobre el trabajo	.0837	.0066	.1283***	.6987
Injusticia en las remuneraciones	.0823	.0043	.1792***	.7473
Falta de valoración social	.0783	.0038	.2012***	.7932
Tensiones en el rol materno	.0690	.0046	.1499***	.8257
Presencia de riesgos físicos	.0968	.0055	.1790***	.8559
Preocupación por trasmisión de IIH	.0824	.0047	.2043***	.8879
Recuperación del desgaste	.0874	.0051	.1674***	.9113
Falta de recursos en el trabajo	.0787	.0047	.1635***	.9302
Falta de reconocimiento	.0757	.0056	.1341***	.9422
Falta de apoyo de la pareja	.0729	.0049	.1384***	.9575
Conflictos en el trabajo	.0866	.0077	.1092***	.9680
Preocupación por contagio	.0755	.0080	.0886***	.9752

Nota: * $p < 0.001$

(1) El orden corresponde a la forma en que los factores fueron ingresados al análisis [a]R^2 Ajustado Acumulado

Tabla 3
Puntaje obtenido por las enfermeras en cada una de las 14 subescalas del CRE

Cuestionario de riesgos	Promedio	*DS*	Pje.Max.	Pje. Min.	N.
Preocupación por accidentes	471.40	188.30	186.00	899.00	311
Sobrecarga de trabajo	421.39	103.56	135.00	645.00	311
Falta de control sobre el trabajo	276.16	85.54	0.00	504.00	311
Injusticia en las remuneraciones	734.36	166.87	180.00	900.00	303
Falta de valoración social	483.21	253.76	200.00	1000.00	281
Tensiones en el rol materno	254.74	156.55	100.00	725.00	311
Presencia de riesgos físicos	571.08	156.96	184.00	904.00	308
Preocupación por transmisión de IIH	661.83	235.38	198.00	999.00	305
Recuperación del desgate	512.11	153.79	172.00	852.00	307
Falta de recursos en el trabajo	583.41	158.28	160.00	800.00	302
Falta de reconocimiento	296.15	109.75	130.00	650.00	302
Falta de apoyo de la pareja	254.49	211.22	4.00	700.00	282
Conflictos en el trabajo	157.83	81.76	0.00	387.00	311
Preocupación por contagio	135.34	107.44	90.00	450.00	311

por las propias enfermeras que deseen evaluar el nivel de riesgos a que se encuentran expuestas.

Conclusiones

En la construcción del CRE intentamos recuperar una visión integral del trabajo de las mujeres. En este caso, significó asumir que en los factores incluidos luego del análisis estadístico está presente la doble condición de mujeres y trabajadoras de las enfermeras. El análisis factorial realizado para validar el CRE permitió establecer la existencia de 14 factores que remiten a la carga de trabajo remunerada y doméstica, a la organización del trabajo y a las condiciones materiales del ambiente laboral, que incluyen tanto aspectos técnicos como sociales de las condiciones de trabajo, así como elementos afectivos involucrados en su realización. Asimismo, en otros factores están presentes aspectos económicos y culturales, que hacen trascender el trabajo desde el ámbito individual al colectivo, de la salud como fenómeno social articulado con otros fenómenos -tales como asignación de recursos por parte del Estado al sector público- hasta la subordinación de la mujer en nuestra sociedad, entre otros. Las subescalas del cuestionario con mejor nivel predictivo de la puntuación global fueron "preocupación por riesgos de accidentes" y "falta de valoración social de la enfermera". El análisis del Coeficiente Alfa de Cronbach permite afirmar que el cuestionario presenta una alta consistencia interna (0.94); asimismo, las subescalas que lo componen presentan un buen o muy buen índice de consistencia interna. Además, con el fin de facilitar su uso e interpretación individual o masiva se establecieron tres niveles de riesgo -alto, mediano y bajo- mediante puntajes de corte en la puntuación obtenida en el cuestionario.

Por otra parte, aun cuando los factores -y algunas hipótesis establecidas entre éstos- se formularon teóricamente a partir de un modelo explicativo generado en una fase anterior (cualitativa) de la investigación, la ausencia de un análisis estructural cuantitativo de los datos limita la comprobación estadística de esas posibles relaciones. Por ejemplo, un análisis como el mencionado habría permitido establecer si el factor de riesgo "falta de apoyo en el trabajo doméstico y remunerado" es una variable interviniente moderadora, como aparece señalado en estudios anteriores y en nuestro propio modelo teórico. De este modo, la realización de este tipo de análisis queda pendiente para una próxima investigación.

El instrumento presentado constituye un aporte a investigaciones futuras en salud ocupacional de las mujeres, considerando tanto su realidad de madres y de trabajadoras y, en particular, para el estudio de otras mujeres trabajadoras de la salud que comparten algunas de las condiciones de trabajo de las enfermeras. Esperamos contribuir a superar el sesgo de género presente en investigaciones anteriores en salud ocupacional de mujeres, construidas a partir de las condiciones de trabajo masculinas o exclusivamente en poblaciones masculinas.

La identificación de riesgos laborales nos ubica fundamentalmente en el terreno de la prevención en salud. Podría ayudar a tomar decisiones informadas

sobre diversos aspectos de la realidad de las enfermeras hacia los cuales es necesario dirigir la mirada y enfocar las acciones de salud laboral. Identificar el nivel de riesgo, especialmente para cada factor, facilita el desarrollo de estrategias de afrontamiento susceptibles de ser evaluadas en su efectividad, posteriormente, con el mismo instrumento. Sin embargo, es necesario insistir en que las circunstancias concretas y el contexto del ejercicio profesional juegan un papel determinante y, por tanto, que la decisión de abordar la solución de los problemas asociados con un factor específico implica no perder de vista que, en su origen y manifestación, se relaciona con los otros factores, y que una intervención en un ámbito inevitablemente influirá en el conjunto.

No obstante lo avanzado en la construcción del instrumento quedan varias tareas pendientes para el futuro. En su estado actual, a los factores específicos se les otorga distintos pesos en relación con el puntaje total obtenido en el CRE, razón por la cual se ideó un sistema de puntuación que pondera en forma distinta cada uno de los 14 factores identificados. Se requiere simplificar este sistema de puntuación con el objeto de hacerlo más apto para la autoadministración. Además, respecto de la doble carga de trabajo doméstico y remunerado, es necesario indagar si el efecto que se produce entre ellas es de carácter aditivo o interactivo. Por otra parte, hay que examinar también, si los diversos factores en sí o el conjunto de ellos se relacionan con efectos específicos de los riesgos sobre la salud psicológica, por ejemplo, con depresión, ansiedad u otros.

Por último, en relación con el estudio del impacto de los factores de riesgo del trabajo sobre la salud de las mujeres, sería necesario avanzar en el conocimiento del efecto de los cambios que se pueden producir a través del tiempo en las condiciones de trabajo doméstico, o en las condiciones de trabajo remunerado, o en recursos personales disponibles. Asimismo, investigar cómo afectan las estrategias de afrontamiento personal y colectivo los diversos factores de riesgos y el nivel de riesgos a que se encuentran expuestas las enfermeras, y evaluar cuánto y cómo los afectan algunas características personales, tales como autoestima y autoexigencias. En particular, la investigación de estrategias de afrontamiento permitiría avanzar más allá de la sola identificación de riesgos y evaluar cuáles estrategias serían más efectivas para superarlos.

Referencias

Arber, S., Gilbert, G., & Dale, N. (1985). Paid employment and women's health: A benefit or a source of strain? *Sociological of Health and Illness, 7*, 375-400.

Avendaño, C., & Gray, N. (1993). Mujer, salud y trabajo. *Salud y cambio*, 47-61.

Avendaño, C., & Grau, P. (1997). Salud en enfermeras chilenas. Visibilizando riesgos. En *Trabajo y salud. Mujeres en riesgo* (pp.92-97). Santiago, Chile: Cuadernos Mujer Salud, 2, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Avendaño, C., Grau, P., & Yus, P. (1997). Riesgos para la salud de las enfermeras del sector público en Chile. *Revista de Enfermería, 102*.

Avendaño, C., & Gray, N. (1996). Salud y trabajo. La investigación psicológica en Chile durante la década de los años ochenta. *Salud problema, 26*, 47-61.

Barnett, R., & Baruch, G. K. (1987). Social roles, gender and psychological distress. En R. Barnett, L. Biener & G. Baruch (Eds.), *Gender and stress* (cap. 5, pp.122-143). New York, USA: The Free Press.

Barnett, R. C., & Marshall, N. L. (1991). The relationship between women's work and family roles and their subjective well-being and psychological distress. En M. Frankenhauser, U. Lundberg & M. Chesney (Eds.), *Women, work and health. Stress and opportunities* (pp.111-136). New York, USA: Plenum Press.

Barnett, R., Marshall, N., & Singer, J. (1992). Job experiencies over time multiples roles, and women's mental health: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 634-644.

Baruch, G., Biener, L., & Barnett, R. (1987). Women and gender in research on work and family stress. *American Psychologist, 42*, 130-136.

Bustamante, C., Echeverría, M., & Parra, M. (1990). *Condiciones de Trabajo en el Servicio de Tesorerías*. Santiago, Chile: Tesorería General de la República, Serie de Documentos de Capacitación.

Campusano, C., & Lagarrigue, M. (1992). *La relación mujer-trabajo en las funcionarias de la administración pública*. Santiago, Chile: Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), Departamento de Planifición y Estudios, Documento N°15.

Díaz, E. (1991). *Investigación participativa acerca de las trabajadoras temporeras de la fruta (estudios de casos). Localidades de Andacollito, Doñihue y Mercedes*. Santiago, Chile: El Canelo de Nos.

Díaz, E. (1994). *Dar en la tecla. Condiciones de trabajo y salud laboral: Digitadoras del sector financiero*. Santiago, Chile: Instituto de la Mujer y Confederación de Sindicatos de Trabajadores de Empresas Bancarias y Afines.

Díaz, E., Sepúlveda, J., & Solar, O. (1993). *La mujer y la salud laboral: El caso de las digitadoras de computación del sector financiero. Informe final*. Santiago, Chile: Instituto de la Mujer.

Díaz, X., & Medel, J. (1997). Mujer, trabajo y salud. Los daños ocultos. En *Trabajo y salud. Mujeres en riesgo* (pp.37-46). Santiago, Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Cuadernos Mujer Salud, 2.

Díaz, X., Medel, J., Riquelme, V., & Schlaen, N. (1994). *Condiciones de trabajo y salud en mujeres de procesamiento pesquero*. Santiago, Chile: Centro de Estudios de la Mujer (CEM).

Díaz, X., & Schlaen, N. (1994). *La salud ignorada: trabajadoras de la confección*. Santiago, Chile: Centro de Estudios de la Mujer (CEM).

Domich, C., & Faivovich, M. (1994). Diagnóstico de salud mental en profesores de ocho escuelas básicas municipalizadas de la comuna de Santiago. *Revista Chilena de Psicología, 15*, 15-22.

Doval, L. (1995). *What makes women sick*. England: MacMillan Press.

Duhart, S., & Weinstein. (1991). *La industria pesquera en la*

región del Bío Bío. Santiago, Chile: Programa de Economía del Trabajo (PET), Academia de Humanismo Cristiano, Documento de trabajo N°76.

Dumais, L. (1992). Impact on the participation of women in science: on rethinking the place of women especially in occupational health. *Women & Health, 18*, 11-25.

Espinoza, M. (1991). *Chile: Mujeres de la Salud. El Ejército Olvidado por el Capitán General*. Santiago, Chile: Centro de Estudios Sociales (CES).

Ferree, M. (1990). Beyond separate spheres: Feminism and family research. *Journal of Marriage and the Family, 52,* 866-884.

Frankenhaeuser, M. (1991). The psychophisiology of sex differences as related to occupational status. En M. Frankenhauser, U. Lundberg & M. Chesney (Eds.), *Women, work and health. Stress and opportunities* (pp. 39-61). New York, USA: Plenum Press.

García, J., Briceño, M., & Garralaga, T. (1993). *Perfil ocupacional de trabajadoras de un consultorio de Atención Primaria*. Santiago, Chile: II Congreso Chileno de Epidemiología, Libro de resúmenes.

Grau, P., Matamala, M., Meyer, R., & Vega, A. (1991). *La salud de las mujeres trabajadoras de la salud*. Santiago, Chile: GICAMS, Area Salud de la Mujer, Escuela de Verano Hospital Sótero del Río.

Hall, E. (1990). *Women´s work: An inquiry into the health effects of invisible and visible labor*. Baltimore, Maryland, USA: John Hopkins University, School of Hygiene and Public Health.

Haw, M. (1983). Mujer, trabajo y estrés: Una revisión y un programa para el futuro. *Cuadernos Médico Sociales, 23,* 37-48.

Klitzman, S., Silverstein, B., Punnett, L., & Mock, A. (s/f). *A women's occupational health agenda for the 1990's*. USA: Women's Committee, Council on Occupational and Enviromental Health, National Association of Public Health Policy.

Messing, K., Dumais, L., & Romito, P. (1993). Prostitutes and chimney sweeps both have problems: Towards full integration of both sexes in the study of occupational health. *Social Science and Medicine, 36,* 47-55.

Paltiel, F. (1990). Salud Ocupacional de la mujer de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe. En *Mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe* (pp.150-168). Washington, DC: OPS/AARP, American Association of Retired Persons.

Parra, M. (1993). *Trabajo y desgaste mental en docentes del sector municipal de la educación chilena*. Santiago, Chile: Programa de Economía del Trabajo (PET).

Parra, M. (1996). *Encuesta a trabajadoras del comercio*. Santiago, Chile: Informe de trabajo.

Reca, I. (1996). Condiciones laborales del profesorado en el sector municipalizado de la educación en Chile. 1991-1995. En *Informe Anual. Economía y Trabajo 1995-1996, N°6*. Santiago, Chile: Programa de Economía del Trabajo (PET).

Repetti, R., Matthews, K., & Waldron, I. (1989). Employement and women's health. Effects of paid employement on women´s mental and physical health. *American Psychologist, 44,* 1394-1401.

Román, P. (1992). *Las trabajadoras temporeras del sector agrario*. Santiago, Chile: Programa de Economía del Trabajo (PET) y Academia de Humanismo Cristiano.

Selamé, T. (1996). *Estudio acerca de las relaciones laborales y la organización sindical en el rubro confección del vestuario del barrio Patronato en la ciudad de Santiago de Chile*. Santiago, Chile: Programa de Economía del Trabajo (PET).

Sorensen, G., & Verbrugge, L. M. (1987). Women, work and health. *American Review Public Health, 9,* 235-251.

Venegas, S. (1995). Fruticultura y patrones de ocupación a nivel familiar. En *Aproximaciones a la Familia, Proposiciones N°26* (pp.103-116). Santiago, Chile: Ediciones Sur.

Vera, P., Kliwadenko, N., & Cárcamo, I. (1993). *Las trabajadoras de la industria pesquera de Valparaíso*. Santiago, Chile: Instituto de la Mujer.