

# Desigualdades en la salud mental de la población ocupada

Immaculada Cortès<sup>a-c</sup> / Lucía Artazcoz<sup>a-d</sup> / Mayca Rodríguez-Sanz<sup>b,e</sup> / Carme Borrell<sup>b,c,e</sup>

<sup>a</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona. Servei de Salut Laboral i Ambiental. <sup>b</sup>Red de Centros de Investigación Cooperativa en Epidemiología y Salud Pública. <sup>c</sup>Red de Investigación de Salud y Género. <sup>d</sup>Universitat Pompeu Fabra.

<sup>e</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona. Servei de Sistemes d'Informació Sanitària. Barcelona. España.

*Correspondencia:* Immaculada Cortès. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.  
Correo electrónico: icortes@aspb.es

*Recibido:* 16 de enero de 2004.

*Aceptado:* 28 de junio de 2004.

## (Inequalities in mental health in the working population)

### Resumen

**Objetivos:** Analizar las desigualdades en la salud mental según el género y la cualificación del trabajo de la población ocupada, e identificar los factores laborales de riesgo psicosocial y las condiciones de empleo asociadas con el estado de salud mental de esta población.

**Métodos:** Estudio transversal con datos de la Encuesta de Salud de Barcelona de 2000. Se incluyó la población ocupada de 16 a 64 años de edad (2.322 hombres y 1.836 mujeres). El estado de salud mental se midió con el cuestionario GHQ-12. Se ajustaron modelos de regresión logística para calcular las *odds ratio* ajustadas (ORa) con intervalos de confianza (IC) del 95%.

**Resultados:** La prevalencia de mala salud mental varió del 8% en los hombres con ocupaciones no manuales al 19% en las mujeres con ocupaciones manuales. Las mujeres presentaban un mayor riesgo de mala salud mental que los hombres, aunque las diferencias de sexo fueron superiores entre las trabajadoras manuales (ORa respecto a los hombres del mismo grupo = 2,26; IC del 95%, 1,68-3,05). Las diferencias según la cualificación profesional solamente se presentaron en las mujeres, con una ORa de 1,58 (IC del 95%, 1,22-2,05) de las trabajadoras manuales respecto a las no manuales. Los factores de riesgo psicosocial se asociaron con la salud mental: las exigencias psicológicas en todos los grupos, la autonomía sólo en las ocupaciones no manuales y el apoyo social únicamente en las mujeres más cualificadas. Algunas condiciones de empleo, como trabajar en jornada partida o con un contrato temporal, sólo se asociaron con la salud mental en las ocupaciones manuales.

**Conclusiones:** La salud mental de la población ocupada se relaciona con la cualificación profesional y el género; la situación más desfavorable corresponde a las mujeres, especialmente las que tienen ocupaciones manuales. Los factores laborales de naturaleza psicosocial se asocian con el estado de salud mental y también con un patrón diferencial según la cualificación laboral y el género.

**Palabras clave:** Salud mental. Factores psicosociales. Clase social. Género. Salud laboral.

### Abstract

**Objectives:** To analyze inequalities in mental health in the working population by gender and professional qualifications and to identify psychosocial risk factors and employment conditions related to the mental health of this population.

**Methods:** We performed a cross-sectional study using data from the Barcelona Health Survey 2000. The working population aged 16-64 years (2322 men and 1836 women) was included. Mental health was measured with the General Health Questionnaire (GHQ-12). Adjusted odds ratios (aOR) and their 95% confidence intervals (CI) were calculated by means of multivariate logistic regression models separated by job qualifications and gender.

**Results:** The prevalence of poor mental health ranged from 8% among men working in non-manual occupations to 19% in women working in manual jobs. Women were more likely to report poor mental health status than men, although sex differences were greater among manual workers (aOR = 2.26; 95%CI, 1.68-3.05 for women compared to men in the same group). Differences according to qualifications were found among women only (aOR = 1.58 [95%CI, 1.22-2.05] for women working in manual jobs compared to those working in non-manual jobs), while no differences were found among men according to qualifications. Psychosocial risk factors were associated with mental health: demand was associated in all groups, autonomy only in non-manual occupations, and social support only in the most highly qualified working women. Employment conditions such as working a split shift (working day with a long lunch break) or having a temporary contract were associated with mental health in manual occupations only.

**Conclusions:** Mental health among the working population is related to professional qualifications and gender. Women are at greater risk than men, especially those working in manual occupations. Psychosocial occupational factors are related to mental health status, showing different patterns depending on gender and professional qualifications.

**Key words:** Mental health. Psychosocial factors. Social class. Gender. Occupational health.

## Introducción

El informe mundial de 2001 de la Organización Mundial de la Salud mostraba que los trastornos de salud mental afectan a más del 25% de la población en algún momento de su vida y que el 20% de los pacientes de atención primaria presenta uno o más trastornos de este tipo<sup>1</sup>. En Cataluña se ha estimado en un 17,4% la prevalencia de trastorno mental en la población mayor de 14 años<sup>2</sup>. Se ha calculado que el coste anual de estos problemas en Estados Unidos supone el 2,5% de su producto interior bruto, y en los Países Bajos, el 23% del total de los costes de los servicios de salud<sup>1</sup>.

Aunque se ha señalado que los principales determinantes del estado de salud de las personas son el entorno social y económico en el que viven —factores que están fuera del control de los individuos y que determinan sus riesgos físicos y psicosociales<sup>3</sup>—, la prevención sigue dirigida a la modificación de los estilos de vida personales sin considerar las opciones de cambio en el entorno de vida y trabajo. En este sentido, el trabajo remunerado, respecto al que una buena parte de la población emplea gran cantidad de tiempo, es uno de los principales determinantes del estado de salud en general y del mental en particular, y constituye un entorno idóneo para la intervención preventiva.

Diversos estudios han puesto de manifiesto la relación entre el estado de salud mental y la cualificación del trabajo, y también con el género. Sin embargo, raramente se ha investigado la posible interacción entre ambas variables, de manera que en la población ocupada se desconoce si la cualificación profesional se relaciona de la misma manera con la salud mental en los hombres y las mujeres<sup>4</sup>. Un reciente estudio realizado en población activa de Cataluña orientaba en este sentido, al demostrar que la repercusión del paro sobre la salud mental depende de esta interacción<sup>5</sup>. Por otro lado, en el estudio de la relación entre la salud mental, las condiciones de empleo y los factores de riesgo laboral, especialmente los psicosociales, apenas se conoce si la asociación presenta características diferenciales según la ocupación (¿es el efecto de los factores psicosociales el mismo en los trabajadores muy cualificados que en los poco cualificados?), ya que ésta habitualmente suele utilizarse como variable de ajuste<sup>6,7</sup>.

En nuestro país apenas se han realizado estudios que analicen la salud mental de la población ocupada. Los pocos artículos publicados aportan datos de interés, aunque limitados, puesto que se refieren a muestras no representativas de la población ocupada, y a menudo el análisis de la relación entre la salud mental y algunos riesgos laborales se realiza de forma bivariante<sup>8</sup>.

Los objetivos de este estudio son analizar las desigualdades en la salud mental según el género y la cualificación del trabajo en la población ocupada, así como iden-

tificar los factores de riesgo psicosocial y las condiciones de empleo asociadas con el estado de salud mental de la población ocupada mediante la valoración de la posible interacción entre el sexo y la cualificación del trabajo.

## Métodos

### *Población de estudio*

Los datos proceden de la Encuesta de Salud de Barcelona del año 2000 (ESB 2000), realizada sobre una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en la ciudad. Se obtuvo una muestra de 10.000 personas estratificada por distrito municipal, y la base muestral fue la actualización del Padrón de Habitantes de Barcelona de 1996. Este tamaño de muestra permite un margen de error del 1% con un intervalo de confianza (IC) del 95,5%<sup>9</sup>. La unidad muestral en cada estrato fueron los individuos, de forma que se seleccionó una muestra aleatoria de 1.000 personas en cada estrato. Personal entrenado recogió la información mediante entrevistas realizadas en el domicilio de los participantes. Para los objetivos de este estudio se seleccionó a la población ocupada (personas que manifestaron estar trabajando en el momento de realizar la entrevista) de 16 a 64 años de edad (2.322 hombres y 1.836 mujeres).

### *Variables*

**Salud mental.** El estado de salud mental, la variable dependiente, se midió con el General Health Questionnaire de 12 preguntas (GHQ-12)<sup>10</sup>, uno de los más utilizados en investigación en salud laboral<sup>11</sup>. El GHQ es un instrumento de cribado ampliamente utilizado para detectar trastornos psiquiátricos actuales, se centra en problemas temporales del funcionamiento normal y no en rasgos estables, y cubre alteraciones de adaptación asociadas con el estrés. A las 4 categorías de respuesta se les adjudicó el valor 0 (respuestas 1 y 2) o 1 (respuestas 3 y 4). Se sumaron los valores obtenidos de las 12 preguntas y se consideró casos de riesgo de padecer un trastorno mental a las personas con puntuación  $\geq 3$  (se utilizan las expresiones mala salud mental y mal estado de salud mental para esta puntuación).

**Características del trabajo.** Las condiciones de empleo y los riesgos laborales psicosociales fueron las variables independientes. Se tuvieron en cuenta 3 condiciones de empleo: el tipo de relación laboral (asalariado/a fijo/a, asalariado/a con contrato temporal, asalariado/a sin contrato, empresario/a con asalariados/as y autónomo/a), la jornada de trabajo (partida, continua, continua de noche, turno rotatorio y turno irre-

gular) y el número de horas trabajadas a la semana (se consideró horario a tiempo parcial el trabajo de  $\leq 30$  h semanales, y horario a tiempo completo  $> 30$  h).

Para medir los factores de riesgo psicosocial se consideraron 4 variables, según el modelo demanda-control-apoyo de Karasek<sup>12</sup> y Johnson<sup>13</sup>. Aunque no se emplearon las escalas tradicionales, las preguntas utilizadas para caracterizar el entorno psicosocial de trabajo tenían validez de aspecto y su formulación era similar a algunos de los ítems de esas escalas. Se midieron 2 dimensiones de control: la variedad en el trabajo (un indicador de la oportunidad de desarrollar las propias habilidades) y la autonomía (posibilidad de trabajar «a su aire»). Las exigencias psicológicas se midieron mediante la variable «trabajar demasiado», y además se incluyó la variable «trabajar solo/a» como aproximación al apoyo social. Las respuestas en 4 categorías (nunca, algunas veces, a menudo y siempre) se dicotomizaron en ausencia del factor (primeras 2 respuestas) y presencia de éste (últimas 2 respuestas).

La cualificación en el trabajo (que se consideró una variable de interacción junto con el sexo) se midió a través de la clase social ocupacional codificada con la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994<sup>14</sup>: clase I, profesionales y gestores; II, ocupaciones intermedias; III, trabajadores no manuales cualificados; IV, trabajadores manuales cualificados y semicualificados, y V, trabajadores manuales no cualificados. Posteriormente, las 5 clases originales se agruparon en no manuales (clases I-III) y manuales (clases IV y V).

### *Análisis*

Se realizó un análisis descriptivo. Se contrastó la asociación bivariada entre el estado de salud mental y las variables independientes, el sexo y la cualificación profesional mediante modelos de regresión logística. Para analizar la asociación multivariada se ajustaron modelos de regresión logística en los que se incluyeron todas las variables independientes y la edad en grupos decenales conjuntamente. La interacción entre la cualificación profesional y el sexo se examinó estratificando el análisis por estas 2 variables, de modo que se obtuvieron 4 modelos finales. El ajuste se analizó con el test de Hosmer-Lemeshow<sup>15</sup>. En todo el proceso se tuvo en cuenta la ponderación derivada del diseño muestral<sup>16</sup>.

## **Resultados**

### *Descripción general*

En la tabla 1 se describen las características generales de la población de estudio según el sexo y la cualificación del trabajo. Poco más de la mitad eran hom-

bres (56%), la mayoría de la población tenía entre 26 y 45 años de edad, y la mayor parte tenía ocupaciones no manuales (62%).

La salud mental mostró una distribución distinta según el sexo y la cualificación del trabajo. Así, el grupo con la menor proporción de personas con mala salud mental estuvo formado por los hombres con ocupaciones no manuales (8%), seguidos por los hombres con ocupaciones manuales y las mujeres con ocupaciones no manuales; finalmente, el grupo de mayor prevalencia estuvo formado por las mujeres con ocupaciones manuales, donde casi 1 de cada 5 tenía un mal estado de salud mental.

La precariedad laboral era mayor en las mujeres, sobre todo en las menos cualificadas, de manera que, en este colectivo, el 22% trabajaba con contrato temporal y el 9% lo hacía sin contrato. El trabajo nocturno y los turnos rotatorios fueron más frecuentes tanto en los hombres como en las mujeres con ocupaciones manuales. Entre el 10 y el 14% de la población definía su jornada de trabajo como irregular. El trabajo a tiempo parcial era mucho más frecuente en las mujeres (el 18% de las trabajadoras no manuales y el 27% de las manuales, frente al 7% de los hombres de ambas ocupaciones).

En cuanto a los factores laborales de riesgo psicosocial, el trabajo variado y con autonomía era más frecuente entre los trabajadores con ocupaciones no manuales, y más en los hombres que en las mujeres de este grupo más cualificado. Un porcentaje mayor de hombres y mujeres con ocupaciones manuales afirmaban trabajar demasiado. Las mujeres con ocupaciones manuales fueron las que con mayor frecuencia declararon trabajar solas (37%).

### *Salud mental, cualificación del trabajo y sexo*

Se observó una interacción entre el sexo y la cualificación del trabajo, tal como se muestra en la tabla 2. Las mujeres tuvieron un mayor riesgo de presentar un mal estado de salud mental que los hombres, aunque la magnitud de la asociación cambió según la cualificación del trabajo, de manera que fueron las trabajadoras manuales las que presentaron una asociación de mayor magnitud (la OR de estas trabajadoras respecto a los hombres del mismo grupo fue de 2,26, mientras la correspondiente a las trabajadoras no manuales fue de 1,60). Por otro lado, el riesgo de mal estado de salud mental fue superior en las trabajadoras manuales (OR = 1,58) respecto a las no manuales. No se encontraron diferencias según la cualificación del trabajo entre los hombres.

### *Salud mental y factores de riesgo laboral*

En la tabla 3 se puede observar la proporción de mal estado de salud mental según las condiciones de

**Tabla 1. Descripción general (porcentajes) de la población según cualificación del trabajo. Hombres y mujeres ocupados de 16 a 64 años. Encuesta de Salud de Barcelona, 2000**

	Hombres		Mujeres	
	No manual (n = 1.434)	Manual (n = 881)	No manual (n = 1.154)	Manual (n = 680)
<b>Mal estado de salud mental</b>				
Sí	8,4	9,2	12,8	18,7
No	91,0	89,2	87,0	80,2
No consta	0,6	1,5	0,2	1,1
<b>Edad (años)</b>				
16-25	7,5	20,9	11,3	18,3
26-35	27,2	25,9	32,0	22,6
36-45	29,8	19,9	32,9	24,1
46-55	24,7	18,3	17,0	20,8
56-64	10,8	15,0	6,7	14,2
<b>Condiciones de empleo</b>				
<b>Relación laboral</b>				
Asalariado/a fijo/a	66,5	58,8	67,8	49,5
Empresario/a con asalariados	5,2	1,0	2,6	0,6
Autónomo/a	13,4	13,6	9,7	9,4
Asalariado/a temporal	8,7	16,6	12,6	22,4
Sin contrato	0,6	1,4	0,7	9,2
No consta	5,6	8,6	6,5	8,9
<b>Jornada laboral</b>				
Partida	57,7	52,4	55,3	36,4
Continua	22,6	25,1	29,8	39,9
Continua noche	1,3	3,4	0,9	2,9
Turno rotatorio	3,3	6,6	2,4	6,2
Irregular	14,3	11,3	10,2	13,8
No consta	0,7	1,2	1,4	0,8
<b>Horas de trabajo</b>				
Parcial	6,9	6,7	17,5	26,8
Completo	90,5	91,4	80,3	70,0
No consta	2,6	1,9	2,2	3,2
<b>Factores psicosociales</b>				
<b>Trabajo variado</b>				
Sí	64,7	52,6	60,7	37,6
No	33,6	45,0	37,9	59,9
No consta	1,7	2,4	1,4	2,6
<b>Autonomía</b>				
Sí	69,4	50,2	64,9	49,4
No	28,7	47,5	33,6	48,3
No consta	1,8	2,4	1,5	2,3
<b>Trabaja demasiado</b>				
Sí	45,7	50,9	44,1	49,0
No	52,5	47,0	54,4	48,0
No consta	1,8	2,1	1,5	2,9
<b>Trabaja solo/a</b>				
Sí	30,5	28,8	26,3	37,1
No	67,5	68,8	72,2	60,4
No consta	2,0	2,4	1,5	2,5

empleo y los factores psicosociales en ambos sexos y grupos de cualificación del trabajo. Destaca la elevada proporción de mala salud mental en las mujeres que trabajaban sin contrato, sobre todo las que tenían ocupaciones manuales (29%); también es este grupo de mujeres menos cualificadas, las que trabajan en jornadas

irregulares y parciales. Entre los hombres, cabe resaltar que un 19% del grupo menos cualificado que trabajaba en jornada parcial presentaba una mala salud mental.

En ambos sexos la salud mental se asoció con los factores laborales de riesgo psicosocial, con un patrón

**Tabla 2. Asociación bivariada entre el mal estado de salud mental, el sexo y la cualificación en el trabajo como variables de interacción. Hombres y mujeres ocupados de 16 a 64 años de edad. Encuesta de Salud de Barcelona, 2000**

	Cualificación del trabajo			
	No manual		Manual	
	OR	(IC del 95%)	OR	(IC del 95%)
Sexo				
Hombres	1		1	
Mujeres	1,60 <sup>a</sup>	(1,24-2,06)	2,26 <sup>a</sup>	(1,68-3,05)
	Sexo			
	Hombres		Mujeres	
Cualificación del trabajo				
No manual	1		1	
Manual	1,12	(0,83-1,50)	1,58 <sup>a</sup>	(1,22-2,05)

OR: *odds ratio*; IC: intervalo de confianza. <sup>a</sup>Estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

diferente según la cualificación del trabajo (tabla 4). Entre los hombres, si en los trabajadores no manuales el mal estado de salud mental se asoció con la falta de autonomía (OR ajustada [asociada a poder hacer el trabajo «a su aire»] = 1,84) y a las exigencias psicológicas (ORa de tener que trabajar demasiado = 1,51), en los trabajadores manuales estas últimas fueron las únicas que se asociaron con la salud mental, aunque con una relación de mayor magnitud (ORa = 2,08).

En las trabajadoras no manuales, el riesgo de mal estado de salud mental se asoció con la falta de autonomía (ORa = 1,54), las exigencias psicológicas (ORa = 1,56) y el hecho de trabajar solas (ORa = 2,03), mientras que en las mujeres con ocupaciones manuales ninguna variable se asoció de forma estadísticamente significativa con la salud mental, aunque las exigencias psicológicas mostraron una relación positiva (ORa = 1,43; IC del 95%, 0,94-2,17).

Las condiciones de empleo solamente se relacionaron con la salud mental en ocupaciones manuales, aunque sin llegar a la significación estadística. Así, entre los hombres, tener un contrato temporal (la categoría de referencia era el contrato fijo) presentó una ORa de 1,92 (IC del 95%, 0,95-3,87), y entre las mujeres, la jornada laboral completa una ORa de 0,62 (IC del 95%, 0,37-1,02).

## Discusión

Este estudio aporta datos poblacionales de exposición laboral y salud muy escasos en nuestro país, y más todavía los referentes a riesgos psicosociales. Los resultados ponen de manifiesto que la salud mental de

la población ocupada se explica por una interacción entre el sexo y la cualificación del trabajo. Así, la salud mental es peor en las mujeres y sólo en éstas se observa una relación con la cualificación del trabajo; las mujeres con ocupaciones menos cualificadas son las que presentan un peor estado de salud mental. Por otra parte, las exigencias psicológicas se asocian con mal estado de salud mental en cualquier combinación de sexo y cualificación del trabajo, mientras que el papel de las condiciones de empleo y otros factores de riesgo psicosocial depende de la categoría definida por la combinación del sexo y la cualificación del trabajo.

### *Salud mental, cualificación del trabajo y género*

La mayor prevalencia de mal estado de salud mental en las mujeres coincide en casi todos los estudios, tanto los que tienen en cuenta la población general<sup>2,17</sup> como la población ocupada<sup>8</sup> que han relacionado este hecho con distintas razones. Con frecuencia, se ha sugerido como explicación de la mayor morbilidad de las mujeres las diferencias de género en la forma de percibir los síntomas, evaluarlos y actuar. A menudo se asume que las mujeres tienen mayor tendencia a verbalizar sus trastornos de salud y a buscar asistencia sanitaria. Sin embargo, los escasos estudios que han examinado las posibles diferencias entre hombres y mujeres para verbalizar los problemas de salud no apoyan esa hipótesis. Macintyre et al<sup>18</sup> no encontraron diferencias de género en la verbalización de los trastornos de salud, lo que sugiere que las diferencias de género en salud son reales y se explican por condiciones de vida más desfavorables para las mujeres<sup>19</sup>.

Otros factores de riesgo específicos relacionados con el género que explicarían el peor estado de salud mental de las mujeres son la inferior posición socioeconómica y disponer de menores ingresos<sup>20</sup>. En este sentido, el 12% de las mujeres de este estudio se situaban en la clase social V (nivel inferior de la clasificación utilizada, que corresponde sobre todo a mujeres en ocupaciones con bajos sueldos [puestos de limpieza o empleadas domésticas]), en contraste con el 5% de los hombres; por otro lado, la proporción de mujeres en trabajos a tiempo parcial (peor pagados) fue del 16%, prácticamente el doble que la de los hombres (5%).

Aunque diversos estudios han observado una peor salud mental en las ocupaciones menos cualificadas<sup>21,22</sup>, también se ha cuestionado la universalidad de estos resultados<sup>23,24</sup>. En el presente estudio se observó una peor salud mental en las ocupaciones manuales solamente entre las mujeres, lo que quizá se podría explicar por aspectos extralaborales ligados a la clase social, el tiempo de ocio o las exigencias familiares. Por ejemplo, las mujeres más privilegiadas podrían hacer frente al trabajo doméstico contratando a terceras per-

**Tabla 3. Prevalencia de mal estado de salud mental según la cualificación del trabajo. Hombres y mujeres ocupados de 16 a 64 años de edad. Encuesta de Salud de Barcelona, 2000**

	Hombres		Mujeres	
	No manuales	Manuales	No manuales	Manuales
<i>Edad (años)</i>				
16-25	7,6	8,7	13,0	19,5
26-35	6,7	11,5	12,5	19,7
36-45	8,9	11,4	13,9	19,0
46-55	10,2	6,2	13,2	18,3
56-64	8,4	7,5	9,1	18,6
<i>Condiciones de empleo</i>				
<i>Relación laboral</i>				
Asalariado/a fijo/a	8,7	7,9	12,3	18,9
Empresario/a con asalariados	8,1	11,1	10,0	0,0
Autónomo/a	8,8	8,4	15,2	17,2
Asalariado/a temporal	6,6	13,1	16,4	18,4
Sin contrato	11,1	15,4	25,0	29,0
<i>Jornada laboral</i>				
Partida	9,2	9,2	12,2	17,9
Continua	7,8	10,0	14,5	19,2
Continua en turno de noche	0,0	13,8	0,0	15,0
Turno rotatorio	4,3	3,4	7,4	16,7
Irregular	8,4	12,1	13,7	24,5
<i>Horas de trabajo</i>				
Parcial	5,1	18,6	12,4	24,7
Completo	8,7	8,7	13,0	16,8
<i>Factores psicosociales</i>				
<i>Trabajo variado</i>				
Sí	8,8	10,0	13,2	17,6
No	7,5	8,4	11,9	19,6
<i>Autonomía</i>				
Sí	7,4	10,2	11,8	20,3
No	10,3	8,4	14,7	17,3
<i>Trabaja demasiado</i>				
Sí	10,1	11,9	15,1	20,3
No	6,8	6,5	10,7	17,7
<i>Trabaja solo/a</i>				
Sí	7,3	10,3	17,8	19,8
No	8,6	8,9	10,9	18,4

sonas para realizar estas tareas, mientras que las mujeres con ocupaciones manuales, por la menor capacidad económica que conllevan, deberían asumirlas ellas mismas, situación que repercutiría en un peor estado de salud<sup>25</sup>. Analizar con detenimiento este aspecto requiere estudios específicos para cada situación de convivencia.

#### *Salud mental y factores de riesgo laboral*

Los factores laborales considerados se relacionaron con el estado de salud mental, y también con un

patrón diferente según el género y la cualificación del trabajo. Al igual que en otros estudios<sup>26-28</sup>, los factores psicosociales fueron los que mejor explicaron la salud mental en los trabajadores y trabajadoras; en nuestra población fueron claramente las exigencias psicológicas en todos los grupos y sólo la autonomía sobre el trabajo en las ocupaciones no manuales. En las ocupaciones menos cualificadas las exigencias psicológicas (trabajar demasiado) fue la única variable psicosocial que se asoció con la salud mental y, además, de forma distinta según el género; cabe destacar que en los hombres la magnitud de la asociación fue la mayor de los 4 grupos. Este hallazgo es especialmente relevante en

**Tabla 4. Asociación entre el mal estado de salud mental con la edad, las condiciones de empleo y los factores psicosociales, según la cualificación del trabajo. Hombres y mujeres ocupados de 16-64 años de edad. Encuesta de Salud de Barcelona, 2000**

	Hombres		Mujeres	
	No manuales	Manuales	No manuales	Manuales
	ORa (IC del 95%) n = 1.308	ORa (IC del 95%) n = 791	ORa (IC del 95%) n = 1.083	ORa (IC del 95%) n = 582
<i>Edad (años)</i>				
16-25	1	1	1	1
26-35	0,70 (0,29-1,72)	1,54 (0,69-3,45)	0,88 (0,45-1,72)	0,95 (0,50-1,84)
36-45	0,86 (0,35-2,10)	1,76 (0,74-4,21)	0,97 (0,50-1,91)	0,91 (0,46-1,79)
46-55	1,04 (0,42-2,58)	0,95 (0,35-2,60)	0,81 (0,38-1,73)	0,87 (0,43-1,76)
56-64	1,01 (0,37-2,80)	1,05 (0,38-2,92)	0,62 (0,23-1,67)	0,90 (0,42-1,92)
<i>Condiciones de empleo</i>				
<i>Relación laboral</i>				
Asalariado fijo	1	1	1	1
Empresario con asalariados	0,85 (0,35-2,07)	1,14 (0,14-9,33)	1,07 (0,33-3,49)	0,00
Autónomo	1,11 (0,62-2,01)	0,91 (0,40-2,08)	1,13 (0,60-2,13)	0,87 (0,40-1,89)
Asalariado/a temporal	1,01 (0,44-2,32)	1,92 (0,95-3,87)	1,42 (0,81-2,48)	0,96 (0,57-1,64)
Sin contrato	1,43 (0,12-16,56)	1,36 (0,24-7,76)	2,86 (0,51-15,98)	1,46 (0,73-2,90)
<i>Jornada laboral</i>				
Partida	1	1	1	1
Continua	0,92 (0,56-1,52)	1,09 (0,59-2,01)	1,29 (0,85-1,96)	1,03 (0,62-1,70)
Continua en turno de noche	0,00	1,78 (0,59-5,39)	0,01 (0,00-)	0,38 (0,07-2,01)
Turno rotatorio	0,27 (0,04-1,57)	0,40 (0,08-1,95)	0,63 (0,16-2,54)	0,92 (0,38-2,25)
Irregular	0,95 (0,53-1,70)	1,35 (0,60-3,03)	1,05 (0,55-2,03)	0,98 (0,50-1,94)
<i>Horas de trabajo</i>				
Parcial	1	1	1	1
Completo	2,01 (0,62-6,51)	0,61 (0,24-1,55)	1,16 (0,67-2,00)	0,62 (0,37-1,02)
<i>Factores psicosociales</i>				
<i>Trabajo variado</i>				
Sí	1	1	1	1
No	0,71 (0,45-1,13)	0,91 (0,54-1,56)	0,69 (0,46-1,04)	1,18 (0,75-1,85)
<i>Autonomía</i>				
Sí	1	1	1	1
No	1,84 (1,16-2,92) <sup>a</sup>	0,93 (0,53-1,63)	1,54 (1,02-2,33) <sup>a</sup>	0,83 (0,52-1,32)
<i>Trabaja demasiado</i>				
No	1	1	1	1
Sí	1,51 (1,01-2,27) <sup>a</sup>	2,08 (1,22-3,57) <sup>a</sup>	1,56 (1,07-2,26) <sup>a</sup>	1,43 (0,94-2,17)
<i>Trabaja solo</i>				
No	1	1	1	1
Sí	0,95 (0,61-1,49)	1,04 (0,58-1,87)	2,03 (1,36-3,05) <sup>a</sup>	0,88 (0,55-1,42)

ORa: *odds ratio* ajustada, teniendo en cuenta todas las variables independientes; IC: intervalo de confianza. <sup>a</sup>Estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

un mercado laboral con una clara tendencia a la intensificación del trabajo. Según la III Encuesta Europea de Condiciones del Trabajo, en el año 2000 el 21% de los trabajadores no tenía tiempo suficiente para acabar su tarea y el 56% afirmaba que tenía que trabajar muy rápido durante al menos el 25% de la jornada laboral<sup>29</sup>.

El resto de los factores de riesgo psicosocial mostró un patrón menos consistente. La falta de auto-

mía en el trabajo se asoció positivamente con un mal estado de salud mental en los trabajadores no manuales, tanto en los hombres como en las mujeres, lo que sugiere que este factor tendría una mayor repercusión en estas ocupaciones más cualificadas. Algunos estudios han propuesto que la falta de control sobre el trabajo se asociaría de forma más clara con la salud que las exigencias psicológicas; en una revisión de la asociación de los factores psicosociales y los trastornos car-

diovasculares, Schnall et al<sup>30</sup> observaron que en el 68% de los 25 estudios que revisaron se asociaron con el control sobre el trabajo, mientras que las exigencias psicológicas sólo se asociaron en un 35% de los casos. En nuestro estudio, las exigencias psicológicas explicaron mejor la mala salud mental que la falta de control, lo que sugiere un comportamiento diferencial de los factores de riesgo psicosocial en los trastornos de tipo físico y los que afectan a la esfera psicológica.

En las trabajadoras no manuales, además de la asociación de las exigencias psicológicas y la falta de autonomía, el apoyo social se mostró como un factor de protección del estado de salud mental, de forma similar a otros estudios que consideran a este grupo de mujeres<sup>31</sup>.

Otras 2 variables podrían tener relación con la salud mental sólo en ocupaciones manuales: la contratación temporal (en hombres) y trabajar a tiempo completo o parcial. Trabajar con contrato temporal se asoció con un mal estado de salud mental en el grupo de hombres con ocupaciones poco cualificadas. La inestabilidad en el empleo se ha asociado con una peor salud mental<sup>32,33</sup>, y algunos estudios han observado que los trabajadores con contratos de duración limitada tienen más problemas de salud<sup>34</sup>. La falta de estabilidad sin otro tipo de compensaciones podría explicar el mayor impacto sobre la salud mental de las personas ocupadas de menor cualificación. También la menor empleabilidad de estos trabajadores con un nivel de formación más bajo podría explicar en parte que tengan menos oportunidades de acceder a un empleo.

Por otro lado, la jornada completa se asoció con un mejor estado de salud mental en las mujeres con ocupaciones manuales, efecto protector que podría explicarse por distintas causas: la menor retribución económica que conllevan las jornadas parciales<sup>35,36</sup>, un posible efecto de causalidad inversa o la presencia de un peor entorno psicosocial en este tipo de jornadas<sup>37</sup>. En este sentido, los resultados de la III Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo mostraban que el trabajo a tiempo parcial es más monótono, conlleva menores oportunidades para aprender, además de estar

peor pagado por horas de trabajo<sup>29</sup>. En todo caso, éste es un aspecto en el que debería profundizarse, pues aunque en nuestro país las jornadas parciales continúan siendo mucho menos frecuentes que en otros países europeos, es previsible que vayan en aumento, ya sea como estrategia para la conciliación de la vida laboral y familiar, o por la progresiva precarización del mercado de trabajo.

Entre las limitaciones de este estudio cabe destacar su diseño transversal, que no permite excluir una causalidad inversa en el caso de la relación de la cualificación profesional y los factores de riesgo psicosocial con el estado de salud mental, aunque los resultados son congruentes con estudios prospectivos con objetivos similares<sup>26,38</sup>. Además, se trata de datos secundarios que no permiten caracterizar con mayor precisión el entorno psicosocial del trabajo.

En resumen, este estudio ha puesto de manifiesto la relación entre la salud mental, la cualificación del trabajo y el género, y muestra la situación más desfavorecida de las mujeres y de las ocupaciones manuales. Las exigencias psicológicas del trabajo influyen de forma especial en el mal estado de salud mental. Otros factores de riesgo psicosocial parecen tener diferentes efectos en los hombres y las mujeres, y según el grado de cualificación en el trabajo.

El lugar de trabajo, en el que hay recursos organizados para la prevención, se presenta como un ámbito factible de intervención para mejorar la salud mental de la población. Las medidas más habituales de promoción de la salud mental centradas en estrategias individuales, como las terapias de relajación o la modificación de los estilos de vida, actúan sobre los síntomas más que sobre las causas. Un abordaje sobre estas últimas debe centrarse en los factores laborales psicosociales y requiere el rediseño de los puestos de trabajo. Además, la prevención de los problemas de salud mental en la población trabajadora debería tener en cuenta las especificidades de género y cualificación profesional. Asimismo, se debería considerar ambos factores en el estudio de los determinantes de la salud de esta población.

---

## Bibliografía

1. World Health Organization. The World Health Report 2001. Mental Health: new understanding, new hope. Geneva: NMH Communications; 2001.
2. Rajmil L, Gispert Magarolas R, Roset Gamisans M, Muñoz Rodríguez PE, Segura Benedicto A. Prevalencia de trastornos mentales en la población general de Catalunya. *Gac Sanit* 1998;12:153-9.
3. Sram I, Ashton J. Millennium report to Sir Edwin Chadwick. *BMJ* 1998;317:592-6.
4. Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot M. Sickness absence for psychiatric illness: the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 1995;40:189-97.
5. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interactions between gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94:82-8.
6. Stansfeld SA, North FM, White I, Marmot MG. Work characteristics and psychiatric disorder in civil servants in London. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:48-53.
7. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, Bugel I, David S. Psy-



- chosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health* 1998;24:197-205.
8. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Jarque S, Cambra S, Devesa J. Trastornos afectivos en la población laboral: ¿un problema emergente en salud laboral? *Med Clin (Barc)* 2001;116:493-5.
  9. Institut Municipal de la Salut. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2000-2001. Barcelona: Institut Municipal de la Salut, Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona; 2000.
  10. Goldberg D. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
  11. Janlert U. Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scand J Work Environ Health* 1997;23(Suppl 3):79-83.
  12. Karasek R, Theorell T. Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.
  13. Johnson JV, Hall EM. Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross sectional study of a random sample of the Swedish working population. *Am J Public Health* 1988;78:1336-42.
  14. Grupo de trabajo de la SEE y de la SEMFyC. Una propuesta de medida de clase social. *Aten Primaria* 2000;25:350-63.
  15. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley and Sons; 1989.
  16. Guillen M, Juncà S, Rué M, Aragay JM. Efecto del diseño muestral en el análisis de encuestas de diseño complejo. Aplicación a la encuesta de salud de Catalunya. *Gac Sanit* 2000;14:399-402.
  17. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000;177:486-92.
  18. Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women «over-report» morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Soc Sci Med* 1999;48:89-98.
  19. Verbrugge LM. The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *J Health Soc Behav* 1989;30:282-304.
  20. World Health Organization [homepage en Internet]. Gender and women's Mental Health [consultado 14/06/2004]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomwn/en/print.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomwn/en/print.html)
  21. Fuhrer R, Shipley MJ, Chastang JF, Schmaus A, Niedhammer I, Stansfeld SA, et al. Socioeconomic position, health, and possible explanations: a tale of two cohorts. *Am J Public Health* 2002;92:1290-4.
  22. Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, Marmot M. The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *Am J Public Health* 1997;87:1411-3.
  23. Lewis G, Bebbington P, Brugha T, Farel M, Gill B, Jenkins R, et al. Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *Lancet* 1998;352:605-9.
  24. Singh-Manoux A, Clarke P, Marmot M. Multiple measures of socio-economic position and psychosocial health: proximal and distal measures. *Int J Epidemiol* 2002;31:1192-9.
  25. Artazcoz L, Borrell C, Rohlfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001;15:150-3.
  26. Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, Marmot MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1999;56:302-7.
  27. Stansfeld S. Work, personality and mental health. *Br J Psychiatry* 2002;181:96-8.
  28. Paterniti S, Niedhammer I, Lang T, Consoli SM. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry* 2002;181:111-7.
  29. Paoli P, Merlié D. Third European Survey on working conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001.
  30. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job strain and cardiovascular disease. *Annu Rev Public Health* 1994;15:381-411.
  31. Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz J, Colditz G. Association between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *BMJ* 2000;320:1432-6.
  32. Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *Am J Public Health* 1998;88:1030-6.
  33. Kivimaki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie JE. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. *BMJ* 2000;320:971-5.
  34. Benavides FG, Benach J, Díez-Roux AV, Román C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:494-501.
  35. Peiró R, Colomer C, Puig J. Opinión de las mujeres sobre su salud: un estudio cualitativo. *Aten Primaria* 1999;24:12-8.
  36. Turner RJ, Lloyd DA. The stress process and the social distribution of depression. *J Health Soc Behav* 1999;40:374-404.
  37. Matthews S, Hertzman C, Ostry A, et al. Gender, work roles and psychosocial work characteristics as determinants of health. *Soc Sci Med* 1998;46:1417-24.
  38. Maudsner-Dorsch H, Eaton WW. Psychosocial work environment and depression: epidemiologic assessment of the demand-control model. *Am J Public Health* 2000;90:1765-70.