

# Prioridades de prevención en la salud mental de los trabajadores: la intensidad del trabajo y la vida social<sup>1</sup>

## 7

OSCAR PÉREZ-ZAPATA<sup>2</sup>  
GLORIA ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ<sup>3</sup>

### INTRODUCCIÓN

**L**a directora de Salud y Bienestar de una conocida empresa española recordaba que, hasta hace poco tiempo, había que hacer todo lo posible por evitar la palabra “estrés” en las organizaciones. Referirse a la salud mental en el trabajo era impensable. Sin embargo, en 1986 el actual Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) ya había escrito una primera nota técnica de prevención (NTP) sobre carga mental en el trabajo (NTP 0179); a la que seguirían otras sobre estrés laboral (NTP 0318, en 1993) y sobre prevención de estrés laboral (NTP 0349, en 1994); justo antes del impulso de la ley de prevención de riesgos laborales (LPRL) a finales de 1995<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Nuestro agradecimiento a la Fundación Prevent por la concesión de la beca (XV convocatoria becas I+D en PRL) que ha financiado la reciente investigación.

<sup>2</sup> Universidad Pontificia Comillas.

<sup>3</sup> Universidad Carlos III de Madrid.

<sup>4</sup> A las que seguirían muchas otras: NTP 0355 de fisiología del estrés y NTP 0388 de ambigüedad y conflicto de rol en 1995 y hasta 6 NTP sobre distintos aspectos

Hemos necesitado una pandemia y esperar casi tres décadas desde la LPRL para que, ahora sí, se hable sobre salud mental, también en el trabajo. Tanto es así que en los últimos tiempos han proliferado múltiples términos ligados a la “salud mental” (e.g., salud “psicológica”, “emocional” ...) y al “bienestar mental” (e.g., bienestar “psicológico”, “emocional” ...). Clarifiquemos por tanto qué entendemos por mala salud mental. Nuestro punto de partida es que si bien la mala salud mental de los trabajadores puede entenderse a partir de los diagnósticos clínicos ligados a trastornos mentales y del comportamiento (TMC) y en particular al estrés, ansiedad y depresión, los más habituales entre los que se diagnostican; debemos ir más allá de lo que se diagnostica y, como plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), referirnos al bienestar en tres ámbitos (vital, laboral y comunitario).

De una forma más concreta y también como introducción a nuestra aproximación a la salud mental en este capítulo, podemos distinguir entre dos grandes tipos de mala salud mental de los trabajadores en función de su prevalencia y gravedad.

1 - Un primer tipo de mala salud mental, menos prevalente pero más grave, se puede ilustrar con los registros de incapacidad temporal ligados a TMC, a los que podemos acercarnos con el informe de la mutua española FREMAP (2022) para trabajadores por cuenta ajena en el periodo 2015-2021. La gravedad de este tipo de mala salud mental entre trabajadores se manifiesta en bajas por incapacidad temporal de más de tres meses de duración media (similares para hombres y mujeres). El informe señala “solamente” una incidencia media de un 1,4% para hombres y 2,7% para mujeres en 2021, que habría crecido un 24% en hombres y un 14% en mujeres en el periodo analizado (entre 2015 y 2021) y bastante más para los menores de 35 años (un 38% para hombres y un 32% para mujeres). También señala que los días de baja (descontando los debidos a la covid-19) de los TMC supusieron el 15% del total de días de baja por todas las causas en 2021 (y un 19% del total de días de baja para los menores de 35 años).

2 - Un segundo tipo de mala salud mental, nuestro foco en este capítulo, mucho más prevalente, pero de menor gravedad clínica, se apunta en informes como el del INSST (2022) a partir de la explotación de la Encuesta de Población Activa (EPA) de 2020, donde casi la mitad de los trabajadores españoles (~45%) confirman exposiciones en su lugar de trabajo a factores que pueden tener efectos adversos en su bienestar mental. Este segundo tipo de mala salud mental no se refleja en bajas de larga duración y sus efectos

(personales, familiares, organizativos, sociales...) son difíciles de calcular; pero su impacto en el trabajo es previsiblemente muy importante, como sugieren informes españoles que apuntan a la salud mental como motivo fundamental para renunciar al puesto de trabajo (~32% en 2022), por encima de las cuestiones económicas o relacionadas con la conciliación (InfoJobs/Esade, 2021). Y en el llamado “presentismo”, de muy difícil estimación, pero con costes indirectos mucho mayores que el del simple absentismo o rotación (Deloitte, 2022); en el Reino Unido se ha estimado que hasta un 80% de los trabajadores que no se sienten mentalmente bien tienden a ir “siempre” o “mayoritariamente” a trabajar (Deloitte, 2020).

En este capítulo planteamos la necesidad de poner un mayor foco en este segundo tipo de problemas de mala salud mental, tanto por su impacto directo (asociado a su enorme prevalencia), como también por su papel en prevenir la mala salud mental, antes de que potencialmente evolucione al primer tipo de problemas. En consonancia con estos planteamientos, el objetivo principal de nuestra investigación es identificar y argumentar las prioridades específicas de prevención para este segundo tipo de problemas de mala salud mental para lo que buscaremos estimar el peso relativo de los distintos condicionantes (laborales y no laborales) en la mala salud mental de los trabajadores.

En España, el punto de partida no es propicio para reconocer el impacto del ámbito laboral en la salud mental. Según estimaciones propias, basándonos en varias fuentes de datos, sólo una proporción muy marginal de las bajas por TMC se reconocerían como contingencias profesionales (~0,25%)<sup>5</sup>, una cifra sorprendente dada la importancia del trabajo en nuestras vidas (en términos del tiempo y energía que le dedicamos) y

---

<sup>5</sup> En lo que se refiere a TMC, se estiman alrededor de 822 episodios de contingencia profesional reconocidos vs. 332.000 episodios por contingencias comunes. Los cálculos son los siguientes: si en 2021 se produjeron 56.595 episodios de baja por contingencia común por TMC en los 2.883.242 trabajadores por cuenta ajena cubiertos por FREMAP (2022), extrapolando a los ~17 millones de trabajadores por cuenta ajena en España a finales de 2021 supondrían unos ~332.000 episodios de bajas por contingencia común por TMC. Respecto a las contingencias profesionales, el sistema reconoce alrededor de 689 accidentes laborales ligados a TMC y 133 enfermedades laborales vinculadas a TMC, es decir un total de 822 casos. Los 689 accidentes de trabajo provienen de la base delt@, entre 2017 y 2020, por “daños psicológicos debido a agresiones y amenazas” que sumaron un total de 2.755 casos, en esos cuatro años (INSST, 2023); es decir una media de 689 casos por año. Por otro lado, a partir de la base de datos de PANOTRATSS, que incluye información sobre enfermedades laborales causadas o agravadas por el trabajo, se refieren 133 casos relacionados con

muy poco consecuente con las opiniones de los propios trabajadores. Por ejemplo, en un informe reciente (INSSST, 2023), basado en la EPA 2020, se señala que un 1% (0,9% hombres y 1,2% de mujeres) considera haber sufrido (como problema de salud más serio en los últimos doce meses) un desorden mental (estrés, depresión, ansiedad) causado o agravado por el trabajo; cifras que supondrían más de la mitad de las que apunta FREMAP (2022) de incidencia de bajas por TMC en 2020 de 1,7% (1,2% hombres y 2,3% mujeres). Aunque la pregunta de la EPA 2020 pueda interpretarse más como prevalencia (casos totales) que como incidencia (casos nuevos), las magnitudes están suficientemente próximas para sugerir que las cifras de contingencias profesionales deben estar muy infraestimadas.

Con otro informe de 2021, a partir de una muestra de 1000 trabajadores españoles (Infojobs/ESADE, 2021) y apoyándose en una pregunta directa a los trabajadores, también aquí estos consideran que aproximadamente la mitad de sus problemas de salud mental estarían causados por el trabajo, otra vez apuntando a una enorme brecha entre lo que se reconoce oficialmente y lo que perciben los trabajadores.

Los más escépticos podrían plantear dudas razonables sobre la validez de los estudios anteriores: al fin y al cabo dependen de las percepciones de los trabajadores que podrían sesgar los resultados; aunque también podría defenderse lo contrario: los trabajadores son los mejor situados para conocer y evaluar los riesgos a los que se encuentran expuestos. En cualquiera de los casos, la cuestión es suficientemente importante como para prestarle mayor atención desde la investigación: si el peso de “lo laboral” se confirma como un aspecto central para condicionar la salud mental de los trabajadores, necesitaríamos reformular el sistema actual para empezar por reconocer y desde ahí prevenir, intervenir sobre las raíces de la mala salud mental de los trabajadores.

Esta es nuestra principal aspiración en el capítulo: discutir el peso de lo laboral y de las prioridades de prevención, sin depender de que los propios trabajadores tengan que establecer relaciones/percepciones explícitas entre distintos factores y mala salud mental. Para ello, propondremos un modelo general de condicionantes de la mala salud mental de los trabajadores; analizando la influencia conjunta de un buen número de condiciones de empleo/trabajo, condiciones de vida y hábitos de vida. Siempre con el foco en el segundo tipo de mala salud mental al que nos referíamos al principio, es decir en los problemas más prevalentes y buscando prevenir antes de que la situación se agrave.

---

desórdenes mentales reconocidos como contingencias profesionales (113 causados y 20 agravados por el trabajo) en 2022 (Seguridad Social, 2023).

En lo que se refiere a la estructura del capítulo, esta introducción discute a continuación algunos antecedentes que relacionan las condiciones de empleo/trabajo, las condiciones y hábitos de vida y las diferencias de género con la salud mental de los trabajadores. Tras la introducción, se explican los materiales y métodos utilizados, se presentan los resultados para a continuación terminar con la discusión y conclusiones más importantes.

## **SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES Y CONDICIONES DE EMPLEO/TRABAJO**

Si bien los marcos teóricos de tradición psicosociológica han identificado múltiples factores de riesgo (los llamados riesgos psicosociales) que se han materializado en metodologías de evaluación de riesgos psicosociales muy populares (como el FPSICO o el ISTAS-21 en España), no se han enfocado en establecer una jerarquía de importancia entre factores de riesgo. No sabemos mucho sobre el peso relativo de los distintos factores de riesgo en la salud mental de los trabajadores, un aspecto fundamental para intentar establecer prioridades de prevención y/o intervención.

Necesitamos referirnos a otras fuentes como la EPA 2020, la base del informe del INSST (2022), para explorar el peso relativo de distintos riesgos psicosociales en la salud mental, aunque sea a partir de las percepciones de los trabajadores. Con estas fuentes los trabajadores perciben las “presiones de tiempo o sobrecargas de trabajo” como el factor de riesgo para su salud mental al que se encuentran más expuestos (~32% de los ocupados, sin diferencias significativas por género), muy por delante de los dos siguientes factores: “trato difícil con clientes, pacientes, alumnos...” (señalada por el 16,3% de los ocupados -14,2% hombres y 18,7% mujeres) y de la “inseguridad laboral”<sup>6</sup> (señalada por el 11,4%, sin diferencias significativas por género). A esos tres factores mayoritarios, les siguen la “mala comunicación o cooperación dentro de la organización” (7,7%), la “falta de autonomía o influencia sobre el ritmo o los procedimientos de trabajo” (5,8%), la “violencia o amenaza de violencia” (3,8%) y el “acoso o intimidación” (3%).

Además, las presiones de tiempo y sobrecargas de trabajo también encabezan la gravedad: el 53,1% de los que los expuestos a un factor adverso para el bienestar mental las señalan como el factor más negativo, muy por delante del “trato difícil con clientes, pacientes, alumnos” (que sugieren el 16%) o de la “inseguridad laboral” (otro 15,5%). A estos tres factores más negativos les siguen la “mala comunicación o cooperación dentro de

---

<sup>6</sup>La “inseguridad laboral” se refiere a la preocupación subjetiva o al miedo del encuestado de que su trabajo ya no existirá en el futuro y/o lo perderá (INSST, 2022).

la organización” (6,3%), “la violencia o amenaza de violencia” (2,6%), la “falta de autonomía” (2,3%) y “el acoso o intimidación” (1,5%).

En definitiva, los datos previos, a partir de las percepciones de los trabajadores, destacan la importancia particular de los factores relacionados con las presiones de tiempo y sobrecargas de trabajo o como preferimos denominar, de la intensidad del trabajo (Pérez Zapata, 2019; Pérez Zapata; Álvarez Hernández; Lahera Sánchez, 2023) (i.e., el esfuerzo en el tiempo de trabajo) para condicionar la salud mental de los trabajadores españoles, algo, por cierto, en consonancia con los datos europeos. Por último, en un antecedente muy directamente relacionado con esta investigación, un análisis realizado por nosotros mismos para los trabajadores vascos por cuenta ajena (Pérez-Zapata; Álvarez-Hernández, 2021), ya sugirió la importancia de ocho condiciones de empleo/trabajo para condicionar la mala salud mental de los trabajadores: dos variables relacionadas con la intensidad del trabajo (“tener que trabajar rápido”, “multitarea”); tres variables ligadas a la precariedad (“salarios insuficientes”, “miedo a reclamar condiciones de trabajo”, “horarios semanales reducidos de hasta 32 horas”); dos ligadas a “relaciones sociales adecuadas”; y otra a la “utilidad del trabajo”.

Aunque seguimos interesados en explorar el papel de estas variables laborales, este capítulo supone ampliar el alcance de aquel estudio ya que aquí se realiza un análisis más ambicioso de “lo laboral” con otras muchas variables del ámbito “no-laboral”, considerando conjuntamente condiciones de empleo/trabajo, condiciones y hábitos de vida y sus impactos en la salud mental de los trabajadores.

### **SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES, CONDICIONES DE VIDA Y HÁBITOS DE VIDA**

Está claro que no podemos entender bien la salud mental de los trabajadores si no incorporamos y tratamos de relacionar lo que pasa en el trabajo con lo que pasa fuera del trabajo, es decir el papel de las condiciones y hábitos de vida. Que la satisfacción con la vida social y el apoyo social influyen poderosamente en nuestra salud, y en la salud mental en particular, es poco sorprendente y la investigación acumulada deja pocas dudas (e.g. Cohen, 2004). También muy establecido está el papel de la llamada “doble carga/presencia”, asociada a los riesgos ligados a la combinación de los roles de trabajo remunerado y trabajo doméstico y/o de cuidador que generalmente se relacionan con más estrés y problemas de salud (Nilsen et al., 2017).

Además, los llamados hábitos de vida se han relacionado de forma recurrente con la salud física y mental: el ejercicio físico, el consumo de

tabaco, los hábitos alimentarios o el consumo de alcohol, entre los más estudiados. La investigación previa confirma el papel del ejercicio físico como reductor del riesgo de mala salud mental (Firth et al., 2020) y también la relación con el consumo de tabaco (Richardson et al., 2019). Sin embargo, como también sugieren Firth et al. (2020), la relación entre los hábitos alimentarios y la salud mental está mucho menos clara. No falta investigación que señala la relación entre el estrés y la obesidad (Tomiyama, 2019), ni tampoco la que sugiere la importancia de los vaivenes emocionales para explicar el consumo de comida de alto contenido calórico, grasas y azúcares (Torres; Nowson, 2007). Pero no siempre está claro que esta dinámica sea perjudicial; así, también se ha planteado que el consumo de ciertos alimentos podría ayudar a regular la mala salud mental y que el llamado *comfort/emotional eating* “funcionaría”, al menos a corto plazo, aunque pueda depender de la situación concreta (e.g., para niveles de depresión no muy altos, como sugieren (Finch; Tomiyama, 2015) o sólo para ciertas personas como el caso de los llamados *emotional eaters* (van Strien et al., 2019).

Algo similar podría plantearse sobre el consumo de alcohol. Más allá de la clara relación robusta entre consumo excesivo de alcohol y mala salud mental, también existe literatura que sugiere que un consumo moderado de alcohol podría reducir los efectos negativos del estrés (i.e. *stress response dampening*), aunque ni los mecanismos están suficientemente claros, ni la investigación es concluyente (Schrieks et al., 2016). La hipótesis es que el alcohol puede bloquear la respuesta de cortisol (Childs et al., 2011) y modular la respuesta inmunitaria e inflamatoria (Romeo et al., 2007), algo que será útil para explicar algunos de nuestros resultados más contraintuitivos.

## **SALUD MENTAL DE LOS TRABAJADORES Y DIFERENCIAS DE GÉNERO**

Por último, en lo que se refiere a las diferencias de género ligadas a la salud mental de los trabajadores, la literatura se ha concentrado en destacar la importancia de: 1) la segregación horizontal, es decir, la mayor proporción de mujeres trabajando en sectores como la educación, la salud o los cuidados, con una combinación de condiciones de trabajo que conllevarían más riesgo para la salud mental (e.g., mayores exigencias emocionales); 2) la segregación vertical, asociada a posiciones más subordinadas en todos los sectores, con más riesgo de discriminación y de violencia (física, simbólica o sexual), brechas salariales y de jornada laboral (Smith et al., 2013); 3) los tradicionales roles de género en el ámbito no laboral, que se traducirían en una mayor carga de trabajo doméstico y/o de cuidados que se sumaría a la carga laboral (la llamada doble carga/presencia) sobre las mujeres. No obstante, el análisis de las

desigualdades de género relacionadas con la salud mental es un área compleja donde otros factores (e.g. los sesgos de los instrumentos) también pueden ser importantes (Bacigalupe et al., 2020).

En cualquiera de los casos, en lo que se refiere a modelos de riesgos psicosociales, las semejanzas parecen más importantes que las diferencias. Como sugiere un estudio de Eurofound basado en la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo de 2015, que incluye ~44.000 trabajadores (Kubicek et al., 2019), los riesgos parecen aproximadamente equivalentes para los dos géneros y se destacan las semejanzas en los factores y mecanismos clave en términos de exigencias, recursos y procesos fisiológicos y psicológicos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Aunque la salud de los trabajadores esté condicionada por la suma e interacción de condiciones de empleo/trabajo, condiciones de vida y hábitos de vida, existen pocas bases de datos que permitan estudiar el papel conjunto de todos los ámbitos. Lo habitual es que las encuestas de condiciones de trabajo incluyan poca información sobre el ámbito no laboral; y también que las encuestas de salud tengan poca información sobre el ámbito laboral. Afortunadamente existen excepciones y esto es precisamente lo que ocurre en la Encuesta de Salud del País Vasco [ESCAV] de 2018, una encuesta desarrollada desde la óptica de determinantes sociales de la salud de la que seleccionamos los trabajadores vascos por cuenta ajena<sup>7</sup>. Esta encuesta oficial, con diseño riguroso, es representativa de la población residente en el País Vasco y presenta una alta tasa de respuesta (~85%)<sup>8</sup>.

Aunque la ESCAV 2018 se concentre en el País Vasco, investigación previa ha sugerido dinámicas semejantes con la salud mental del resto de España (Henares Montiel et al., 2020). Por otro lado, hemos comprobado que la selección de trabajadores por cuenta ajena en la ESCAV 2018 es coherente con la de la EPA 2018 (en términos de género, edad y nivel de estudios para el conjunto de trabajadores vascos; resultados no mostrados). No obstante, conviene recordar que en el País Vasco existe un mayor peso del sector industrial: con los datos de la EPA 2T de 2018 (año de realización de la ESCAV

---

<sup>7</sup> Cursamos la solicitud el 8 de febrero de 2022 que incluyó cerca de 600 variables referidas a condiciones de empleo/trabajo, condiciones de vida y hábitos de vida para un total de 4047 trabajadores residentes en el País Vasco, de los que un 82,9% = 3.356 trabajan por cuenta ajena, donde se concentran nuestros análisis.

<sup>8</sup> Todos los detalles metodológicos se pueden consultar en el enlace (último acceso 1 de Julio de 2023): <https://www.euskadi.eus/informacion/encuesta-salud-2018-metodologia/web01-a3osag17/es/>

2018), un 22% de la población ocupada en el País Vasco lo hizo en el sector industrial vs. -14% de la media nacional, una consideración a tener en cuenta de cara a la potencial extrapolación de los resultados a un ámbito nacional.

## VARIABLES

### *VARIABLES DEPENDIENTES*

La ESCAV 2018 incluye el Mental Health Inventory de cinco ítems (MHI-5), un instrumento validado internacionalmente que estima la salud mental en las cuatro últimas semanas y que genera una puntuación que varía entre 0 (peor salud mental) y 100 (mejor salud mental). Aunque no existe un consenso sobre el punto de corte de “mala salud mental” más apropiado, la mayoría de los estudios que estudian la mala salud mental de gravedad clínica (e.g., un trastorno depresivo mayor) utilizan un punto de corte de  $\leq 52$ . No obstante, como hemos sugerido anteriormente (Pérez-Zapata; Álvarez-Hernández, 2021), varias investigaciones plantean que el punto de corte de más adecuado depende de los objetivos del estudio (Cuijpers et al., 2009; Hoeymans et al., 2004; Kelly et al., 2008); y puesto que un objetivo central de esta investigación es el estudio de la mala salud mental con carácter preventivo, antes de que se convierta en demasiado grave, vamos a utilizar un punto de corte/umbral de  $\leq 72$  en el MHI-5 que es consistente con otros estudios y que en particular se ha relacionado con el uso del sistema de salud en los últimos doce meses por problemas de salud mental (Elovanio et al., 2020).

### *VARIABLES INDEPENDIENTES*

Todos nuestros análisis utilizan el género como variable de estratificación y como variables independientes exploramos la influencia de un amplio conjunto de varios tipos: sociodemográficas, condiciones de empleo/trabajo (inicialmente más de una veintena de factores), condiciones de vida y hábitos de vida. El modelo multivariante final es el resultado de una exploración inicial que empezó con aproximadamente 600 variables. Además del género como variable de estratificación, las 21 variables incluidas en el modelo final se organizan en cuatro grupos/bloques que se detallan en la sección de resultados: sociodemográficas (2 variables); condiciones de empleo/trabajo (8 variables)<sup>9</sup>; condiciones de vida (4 variables); hábitos de vida (7 variables).

---

<sup>9</sup> En lo que se refiere a las condiciones de empleo/trabajo, también se exploraron, sin finalmente resultar suficientemente significativas: “Tener mucho trabajo y estar agobiado”; “Tener que mantener un nivel de atención alto/muy alto”; “Tener que realizar un trabajo monótono/repetitivo”; “Poder marcar el ritmo de trabajo”; “Poder

En el modelo final (ver Tabla 1) se reclasifican las categorías de respuesta de muchas de las variables buscando evitar categorías de respuesta que dificulten la convergencia por sus pocos casos.

### *PROCESO Y ANÁLISIS*

En una primera fase se caracteriza la muestra y se exploran los cruces del indicador de “mala salud mental” (el MHI-5 <= 72) en función de los distintos tipos de variables clave de la muestra (sociodemográficas, condiciones de empleo/trabajo, condiciones de vida, hábitos de vida), siempre estratificando por género. Estos análisis bivariados permitieron una primera identificación de las variables con mayor potencial de ser incluidas en el modelo multivariante con regresiones de Poisson con varianza robusta, que facilitan la interpretación de variables dependientes con prevalencias altas.

En la selección final del modelo se incluyen aquellos factores y/o interacciones que además de hacer converger los modelos, aumentan la varianza explicada de forma significativa para alguno de los dos géneros. El orden seguido en la inserción de variables es el del bloque sociodemográfico primero, el de condiciones de empleo/trabajo en segundo lugar, después condiciones de vida y para terminar hábitos de vida. No obstante, la significatividad de las variables incluidas se ha mostrado robusta a variaciones en los órdenes de inserción (resultados no mostrados).

### *INTERACCIONES*

Por último, también se incluye una interacción entre las variables “tener que trabajar rápido” e “(in)satisfacción con la vida social”. Las razones para incluir esta interacción son fundamentalmente dos: 1) incluye los dos factores que de forma independiente estiman una mayor proporción de casos de mala salud mental evitables en cada uno de los dos grandes bloques de variables de “lo laboral” (condiciones de trabajo/empleo) y de lo “no laboral” (condiciones de vida), respectivamente<sup>10</sup>; 2) supone una interacción con un carácter fundamentalmente lineal: tanto para “tener que trabajar rápido” como para

---

tomar decisiones operativas sobre cómo realizar el trabajo”; “Duración del contrato”; “Antigüedad”; “Forma en que se deciden los salarios”; “Indefensión ante el trato injusto de superiores”; “Miedo al despido de no hacer todo lo pedido”; “Derecho a indemnización por despido”; “Poder disfrutar los días de fiesta”; “Poder coger un día de permiso por motivos personales”; “Número de trabajadores a cargo”; “Tipo de jornada”; “Relación laboral”.

<sup>10</sup> La interacción seleccionada es también la que presenta más varianza explicada entre otras consideradas (resultados no mostrados). No obstante, los principales

el grado de “insatisfacción con la vida social”, a más exposición, peor salud mental; lo que facilita los análisis y las interpretaciones.

#### *FRACCIONES ATRIBUIBLES POBLACIONALES*

Por último, aún con las limitaciones asociadas a una muestra trasversal que se basa en las percepciones de los trabajadores (y por tanto sujetas a la potencial varianza del método común, a sesgos de autoinforme y a causalidad inversa), estimar las Fracciones Atribuibles Poblacionales [FAP] con la ESCAV 2018 permite discutir las prioridades de intervención para promover la salud mental de los trabajadores. Las FAP estiman la proporción de problemas de salud mental que teóricamente podríamos evitar eliminando/reduciendo la exposición a distintos factores de riesgo. Para su cálculo, se ha utilizado la fórmula [FAP =  $P_c * (RR-1) / RR$ ], (Darrow; Steenland, 2011), donde los RR (riesgo relativo) se corresponden con las razones de prevalencia (RP) ajustadas que obtenemos en los modelos y  $P_c$  se corresponde con la prevalencia de exposición a un determinado riesgo entre los casos de “mala salud mental”. Por razones de espacio, no se presentan los intervalos de confianza de las FAPs, ni de los RR/RPs y  $P_c$ s incluidas en la Tabla 2, pero el lector interesado puede contactar con los autores.

Finalmente, como nota aclaratoria, es relevante recordar que la FAP ligada a un determinado factor estima la proporción de casos de mala salud mental que podríamos evitar suponiendo que intervenimos sobre ese factor en primer lugar. La aproximación que seguimos de agregar las FAP asociadas a distintos factores es un ejercicio de máximos, más teórico que práctico, porque en una intervención concreta sólo un factor puede ser el primero y las FAPs de cada uno de los siguientes factores variarían en función de los factores ya introducidos y su orden. Esto implica ser cuidadoso con las interpretaciones de los sumatorios de FAPs y también explica por qué una suma “teórica” de FAPs puede superar el 100% (Rowe et al., 2004). Por último, todos los análisis se han realizado con el programa SPSS versión 28.

## **RESULTADOS**

Los resultados se organizan en cuatro secciones. En la primera sección se presenta la muestra y las relaciones bivariadas entre las 21 variables del modelo multivariante propuesto y la mala salud mental (MHI-5 <= 72). En la segunda, se presentan las FAPs que estiman el peso relativo de las condiciones de empleo/trabajo, condiciones de vida y hábitos de

---

resultados no parecen depender sustancialmente de la incorporación de unas u otras interacciones.

vida en la mala salud mental de los trabajadores. En la tercera se discute el peso conjunto de “lo laboral” vs. “lo no laboral” y en la última sección resumimos las diferencias de género encontradas en nuestro modelo de salud mental de los trabajadores.

## MUESTRA, RELACIONES BIVARIADAS Y MODELO MULTIVARIANTE

El primer resultado central es el modelo multivariante final (con variable dependiente MHI-5 <= 72 y estratificado por género) compuesto por 21 variables, organizadas en los siguientes cuatro bloques que se incluyen en la Figura 1 y Tabla 1 y 2.

- Sociodemográficas (2 variables): grupos de edad y nivel de estudios.
- Condiciones de empleo/trabajo (8 variables): horas de trabajo, salarios insuficientes (para cubrir imprevistos de importancia), miedo a reclamar condiciones de trabajo, la rapidez con la que es necesario trabajar, la multitarea, las relaciones personales en el trabajo, las situaciones de conflictos con compañeros o superiores, la sensación de realizar un trabajo útil.
- Condiciones de vida (4 variables): satisfacción con la vida social, visitas de amigos/familiares, ayuda en caso de enfermedad, organización/corresponsabilidad en el hogar.
- Hábitos de vida (7 variables): desviaciones de peso por exceso y/o por defecto, hacer el ejercicio que desearía en el tiempo libre, el consumo de embutidos, de dulces, el consumo de alcohol y el consumo excesivo de alcohol (beber de una tacada) y el consumo de tabaco.

FIGURA 1

*Modelo de condicionantes de la mala salud mental de los trabajadores*



Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 1 se detallan las principales características de las variables seleccionadas (primeras dos columnas) y los respectivos cruces con el indicador de mala salud mental que ya anticipan relaciones significativas. En negrita se muestran las categorías de las variables independientes con diferencias significativas por género en la mala salud mental.

**TABLA I**  
*Descripción de la muestra y relaciones con mala salud mental*

			HOMBRES			MUJERES		
			Mala Salud Mental				Mala Salud Mental	
	N	N	Media	Límite inferior	Límite superior	Media	Límite inferior	Límite superior
Total	1716	1641	32,4%	30,1%	34,6%	42,5%	40,1%	44,9%
<b>SOCIODEMOGRAFICAS</b>								
Grupos de Edad								
15-24	4,3%	3,6%	36,7%	25,3%	48,0%	45,2%	32,0%	58,3%
25-34	18,4%	19,8%	28,9%	23,9%	34,0%	33,6%	28,4%	38,7%
35-44	32,1%	31,6%	31,2%	27,3%	35,1%	42,3%	38,1%	46,6%
45-54	28,2%	28,4%	33,0%	28,8%	37,2%	47,4%	42,8%	51,9%
55 y mas	17,1%	16,6%	36,1%	30,6%	41,7%	44,5%	38,6%	50,5%
Nivel estudios								
Sin estudios - primaria	10,0%	7,2%	35,8%	28,5%	43,0%	35,4%	26,6%	44,1%
Secundaria inferior	12,2%	10,6%	44,1%	37,3%	50,9%	51,1%	43,6%	58,6%
Secundaria superior	49,6%	38,1%	28,3%	25,2%	31,3%	44,8%	40,9%	48,7%
Terciaria (Universitaria o superior)	28,2%	44,1%	33,3%	29,1%	37,5%	39,6%	36,0%	43,1%
<b>CONDICIONES DE EMPLEO/TRABAJO</b>								
Horas final								
Hasta 32 horas	7,8%	30,3%	38,0%	29,6%	46,4%	54,0%	49,6%	58,5%
Entre 35 y 44	82,7%	64,6%	30,3%	27,9%	32,7%	36,5%	33,6%	39,5%
45 o mas	9,4%	5,1%	43,8%	36,0%	51,6%	44,6%	33,6%	55,6%
Salario_final								
Nunca o solo algunas veces	12,3%	20,8%	52,8%	46,0%	59,6%	58,6%	53,4%	63,9%
Algunas veces	19,7%	21,9%	43,5%	38,1%	48,8%	50,8%	45,6%	56,0%
Siempre/luchas veces	67,9%	57,3%	25,4%	22,9%	27,9%	33,5%	30,4%	36,5%
Miedo_final								
Siempre/luchas veces	8,2%	10,3%	60,9%	52,7%	69,0%	72,8%	66,0%	79,6%
Algunas veces	12,2%	13,1%	36,4%	29,9%	43,0%	53,3%	46,6%	60,0%
Solo algunas veces/Nunca	79,6%	76,6%	28,8%	26,4%	31,2%	36,6%	33,9%	39,2%
Rapido_final								
Siempre/Casi siempre/luchas veces	42,6%	41,7%	42,1%	38,5%	45,7%	53,9%	50,1%	57,6%
Algunas veces	43,9%	40,8%	28,8%	25,6%	32,0%	37,3%	33,6%	41,0%
Nunca	13,3%	17,5%	13,3%	8,9%	17,8%	27,5%	22,3%	32,7%
Multitarea_final								
Siempre/Casi siempre	24,1%	28,4%	40,2%	35,4%	44,9%	51,8%	47,2%	56,4%
Muchas veces	22,2%	20,5%	29,2%	24,6%	33,8%	46,0%	40,7%	51,4%
Algunas veces	40,5%	38,0%	32,1%	28,7%	35,6%	37,0%	33,2%	40,8%
Nunca	13,2%	13,1%	24,2%	18,6%	29,8%	32,6%	26,3%	38,9%
Relaciones_adecuadas_final								
Nunca/Alguna vez	7,5%	6,6%	18,8%	11,9%	25,7%	27,0%	18,5%	35,5%
Muchas/Algunas veces	20,3%	19,3%	44,6%	39,4%	49,9%	62,3%	57,0%	67,7%
Casi siempre	27,7%	28,1%	37,5%	33,1%	41,8%	41,3%	36,8%	45,8%
Siempre	44,5%	45,9%	25,8%	22,7%	29,0%	37,1%	33,7%	40,6%
Conflictos_final								
Entre siempre y algunas veces	15,2%	16,7%	48,3%	42,2%	54,4%	63,4%	57,6%	69,1%
Alguna vez	17,1%	14,9%	41,9%	36,2%	47,6%	40,4%	34,2%	46,6%
Nunca	67,7%	68,3%	26,4%	23,8%	28,9%	37,8%	35,0%	40,7%
Util_final								
Nunca/Algunas veces/luchas veces	23,5%	21,3%	45,9%	41,0%	50,8%	61,4%	56,2%	66,5%
Casi Siempre	27,0%	24,9%	33,2%	28,9%	37,5%	43,1%	38,3%	47,9%
Siempre	49,5%	53,8%	25,5%	22,5%	28,4%	34,7%	31,6%	37,9%

[continúa en la siguiente página]]

## [ CONTINUACIÓN DE LA TABLA 1 ]

HOMBRES	MUJERES	HOMBRES			MUJERES			
		Mala Salud Mental		Límite inferior	Límite superior	Mala Salud Mental		
		N	N	Media	Media	Límite inferior	Límite superior	
Total	1716	1641	32,4%	30,1%	34,6%	42,5%	40,1%	44,9%
<b>CONDICIONES DE VIDA</b>								
Vida_social_final								
Insatisfactoria	3,1%	4,0%	91,0%	83,1%	98,9%	76,9%	66,4%	87,4%
Satisfactoria	45,6%	48,5%	38,2%	34,7%	41,6%	51,6%	48,1%	55,1%
Muy satisfactoria	51,3%	47,6%	23,7%	20,8%	26,5%	30,3%	27,1%	33,6%
Visitas_final								
No tanto como quiero	50,1%	53,2%	39,7%	36,4%	43,0%	52,8%	49,5%	56,1%
Tanto como quiero	49,9%	46,8%	25,0%	22,1%	27,9%	30,7%	27,5%	34,0%
Enfermo_cama_final								
No tanto como quiero	22,8%	26,3%	46,5%	41,6%	51,5%	57,8%	53,1%	62,5%
Tanto como quiero	77,2%	73,7%	28,2%	25,8%	30,6%	37,1%	34,3%	39,8%
Encargada hogar final								
Solamente 1 persona	48,5%	44,1%	33,9%	30,6%	37,1%	47,9%	44,3%	51,6%
Principalmente 1 con ayuda de otros	35,6%	35,3%	34,9%	31,1%	38,7%	42,1%	38,1%	46,1%
Varias personas por igual	15,9%	20,6%	22,1%	17,2%	27,1%	31,5%	26,5%	36,5%
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>								
Peso_en_relacion_altura_final								
Excesivo	28,8%	26,0%	36,2%	31,9%	40,4%	55,5%	50,8%	60,3%
Escaso	3,3%	3,6%	34,8%	22,1%	47,5%	54,3%	41,2%	67,3%
Normal	67,8%	70,3%	30,6%	28,0%	33,3%	37,1%	34,3%	39,9%
Ejercicio que quiere en tiempo libre final								
No	54,9%	63,3%	37,5%	34,4%	40,6%	46,7%	43,7%	49,8%
Si	45,1%	36,7%	26,1%	23,0%	29,2%	35,1%	31,3%	39,0%
Embutido final								
A diario	7,6%	4,9%	43,1%	34,5%	51,7%	48,8%	37,6%	59,9%
3 o mas veces por semana	22,6%	15,7%	35,6%	30,9%	40,4%	33,6%	27,8%	39,4%
1, 2 o menos veces por semana	59,6%	63,5%	28,9%	26,1%	31,7%	41,7%	38,7%	44,7%
Nunca o casi nunca	10,2%	15,9%	37,3%	30,0%	44,5%	52,5%	46,4%	58,6%
Dulces final								
A diario	23,2%	25,1%	39,0%	34,2%	43,9%	49,5%	44,7%	54,4%
3 o mas veces por semana	20,7%	18,1%	31,4%	26,5%	36,2%	39,4%	33,8%	45,0%
1, 2 o menos veces por semana	42,8%	42,5%	31,7%	28,3%	35,0%	37,6%	34,0%	41,2%
Nunca o casi nunca	13,3%	14,4%	24,5%	18,9%	30,1%	48,7%	42,2%	55,1%
Consumo alcohol final								
De 4 a 7 veces por semana	16,3%	6,8%	41,4%	35,6%	47,2%	42,8%	33,5%	52,2%
De 2 a 3 veces por semana	17,5%	13,0%	31,4%	26,1%	36,6%	45,3%	38,5%	52,0%
Una vez por semana o menos	34,4%	32,5%	26,4%	22,9%	30,0%	43,7%	39,5%	47,9%
Una vez al mes o menos	19,9%	26,7%	30,9%	25,9%	35,8%	37,2%	32,7%	41,8%
No he bebido en los últimos 12 meses	11,8%	20,9%	41,2%	34,4%	48,1%	45,5%	40,2%	50,8%
Beber de una tacada final								
Mensual, semanal o diariamente de una tacada	8,5%	2,8%	51,3%	43,1%	59,6%	44,9%	30,0%	59,8%
Menos de una vez al mes de una tacada	21,3%	14,1%	38,0%	33,0%	43,0%	58,0%	51,6%	64,4%
Nunca bebo de una tacada	58,4%	62,2%	25,8%	23,0%	28,5%	37,9%	34,9%	40,9%
No he bebido en 12 meses	11,8%	20,9%	41,2%	34,4%	48,1%	45,5%	40,2%	50,8%
Fumar_final								
Fuma diariamente y quiere dejarlo	14,2%	11,9%	41,3%	35,1%	47,6%	61,1%	54,2%	68,0%
Fuma diariamente y no quiere dejarlo	8,9%	5,3%	28,5%	21,3%	35,8%	44,3%	33,6%	54,9%
Fumo en el pasado	22,8%	23,3%	39,1%	34,3%	44,0%	46,9%	41,9%	51,9%
No fumo en el pasado	54,1%	59,5%	27,8%	24,9%	30,7%	36,9%	33,9%	39,9%

Fuente: Elaboración propia.

## PESOS RELATIVOS DE CONDICIONES DE EMPLEO/ TRABAJO, VIDA Y HÁBITOS DE VIDA

Para estimar el peso relativo de las condiciones de empleo/trabajo, vida y hábitos de vida se calcularon las FAP que, como hemos detallado en la sección de Material y métodos, estiman la proporción de casos de mala salud mental evitables actuando sobre los distintos factores. En la Tabla 2 se incluyen los detalles de los cálculos necesarios para estimar las Fracciones Atribuibles Poblacionales (con interacción). En las siguientes subsecciones y figuras 2 y 3 destacamos los resultados más importantes extraídos de la Tabla 2.

TABLA 2  
*FAPs con Interacción (RR,  $P_c$ , FAPs). Las FAPs finales (agregados) de los términos de la interacción (“trabajar rápido” y “vida social”) aparecen al final de la tabla.*

	HOMBRES						MUJER						Total				
	Sig	RR	PC	FAPs	FAPs int	Sig	RR	PC	FAPs	FAPs int	Sig	RR	PC	FAPs	FAPs int		
<b>Horas_final</b>	Hasta 32 horas	0,92	0,91	0,93	0,95	0,00	1,00	0,88	11,1%		0,00	1,22	35,7%	5,4%			
	Entre 35 y 44	0,91	0,89	0,80	0,85	0,00	1,07	0,87	55,9%	3,7%	0,00	1,00	65,0%	0,7%	5,4%		
	45 o mas	0,00	1,00	0,70	0,70	0,00	1,00	0,56	0,00	0,00	0,00	0,00	0,76	0,00	0,76		
<b>salario_final</b>	Ninguna o solo algunas veces	0,00	1,49	26,2%	6,7%	0,00	1,22	26,7%	3,1%		0,00	1,35	24,9%	6,4%			
	Algunas veces	0,00	1,35	26,6%	6,6%	0,00	1,22	26,1%	4,6%		0,00	1,36	26,7%	6,2%			
<b>medio_reclamar_final</b>	Siempre/Muchas veces	0,00	1,00	33,0%	0,0%	0,00	1,00	43,2%	0,0%	0,00	0,00	0,00	40,0%	0,0%	12,6%		
	Nunca	0,00	1,00	33,0%	4,2%	0,00	1,00	36,0%	3,7%		0,00	1,00	31,5%	5,2%			
	Algunas veces	0,00	0,01	0,53	1,7%	0,00	1,22	16,0%	0,0%		0,00	1,19	15,1%	2,5%			
	Ninguna/Alguna vez	0,00	1,00	70,0%	0,0%	0,00	1,00	61,9%	0,0%	0,00	0,00	0,00	68,0%	0,0%	4,0%		
<b>rapido_final</b>	Siempre/Casi siempre/Muchas veces	0,00	2,34	55,1%	39,7%	0,00	2,00	52,8%	31,4%		0,00	2,17	54,0%	35,1%			
	Algunas veces	0,00	2,07	35,1%	24,4%	0,01	1,86	35,9%	16,6%		0,00	2,20	37,3%	29,3%			
	Ninguna	0,00	1,00	5,6%	0,0%	0,00	1,00	11,2%	0,0%	0,00	0,00	0,00	8,0%	0,0%	5,5%		
<b>multasarea_final</b>	Siempre/Casi siempre	0,48	0,91	29,5%	-3,0%	0,00	1,02	35,0%	31,6%		0,00	1,47	30,2%	4,7%			
	Muchas veces	0,04	0,73	20,0%	-6,8%	0,04	1,28	22,2%	4,9%		0,78	0,97	21,7%	2,5%			
	Algunas veces	0,49	0,87	40,2%	-3,0%	0,09	1,21	33,1%	3,7%		0,31	0,66	36,2%	3,7%			
	Ninguna	0,00	1,00	9,9%	0,0%	0,00	1,00	10,0%	0,0%	0,00	0,00	0,00	10,0%	0,0%	0,0%		
<b>relaciones_adecuadas_final</b>	Ninguna/Alguna vez	0,10	0,14	4,7%	-1,0%	0,25	0,85	4,7%	-0,7%		0,20	0,77	4,7%	-1,3%			
	Muchas/Algunas veces	0,21	0,14	28,1%	3,1%	0,00	1,21	28,3%	4,9%		0,01	1,47	28,2%	4,1%			
	Casi siempre	0,49	1,00	32,1%	1,0%	0,74	0,97	27,4%	-0,7%		0,36	0,60	29,0%	1,0%			
	Siempre	0,00	1,00	33,0%	0,0%	0,00	1,00	40,2%	0,0%	0,00	0,00	0,00	38,1%	0,0%	2,9%		
<b>conflictos_final</b>	Entre siempre y algunas veces	0,09	1,14	22,1%	3,7%	0,01	1,19	25,0%	3,6%		0,20	1,19	23,9%	3,8%			
	Alguna vez	0,00	1,00	22,1%	3,1%	0,00	1,00	30,0%	4,2%	-1,0%	0,00	1,00	16,7%	1,7%			
	Ninguna	0,00	1,00	3,7%	0,0%	0,00	1,00	25,0%	3,7%		0,00	1,00	31,3%	3,8%			
<b>utl_final</b>	Muchas/Muchas veces/Muchas veces	0,00	0,01	0,22	0,2%	0,00	1,00	30,0%	0,0%		0,00	1,00	31,3%	0,0%			
	Casi siempre	0,36	1,00	37,7%	2,0%	0,04	1,06	25,2%	4,1%		0,57	0,80	26,2%	1,5%			
	Siempre	0,00	1,00	38,9%	0,0%	0,00	1,00	40,0%	0,0%	0,00	0,00	0,00	41,0%	0,0%	7,8%		
<b>vida_social_final</b>	Ine satisfactoria	0,00	0,19	8,8%	0,7%	0,00	0,31	7,7%	5,9%		0,00	0,36	7,8%	5,6%			
	Satisfactoria	0,91	0,26	33,7%	32,2%	0,00	0,32	58,8%	49,6%		0,00	0,38	34,6%	38,2%			
	Muy satisfactoria	0,00	1,00	37,0%	2,0%	0,00	1,00	34,0%	0,0%	0,00	0,00	0,00	33,3%	0,0%	43,8%		
<b>visitas_final</b>	No tanto como quiero	0,11	1,13	65,4%	6,5%	0,00	1,20	68,1%	14,3%		0,00	1,20	64,7%	18,8%			
	Tanto como quiero	0,00	1,00	38,0%	0,0%	0,00	1,00	33,9%	0,0%	0,00	0,00	0,00	33,3%	0,0%	10,8%		
<b>enfermo_cana_final</b>	No tanto como quiero	0,00	1,24	32,8%	6,4%	0,01	1,15	35,7%	4,8%		0,00	1,16	34,4%	4,9%			
	Tanto como quiero	0,00	1,00	67,2%	0,0%	0,00	1,00	64,0%	0,0%	0,00	0,00	0,00	63,6%	0,0%	4,9%		
<b>encargadahogar_final</b>	Solamente 1 persona	0,01	1,14	50,7%	12,1%	0,00	1,02	42,9%	7,7%		0,00	1,29	50,2%	11,2%			
	Principalmente 1 y con ayuda de otros	0,00	1,00	38,4%	12,8%	0,00	1,00	31,1%	6,1%		0,00	1,00	36,8%	6,0%			
<b>peso_en_relacion_altura_final</b>	Varias personas por igual	0,00	1,00	10,0%	0,0%	0,00	1,00	13,0%	0,0%	0,00	0,00	0,00	13,0%	0,0%	19,2%		
<b>Excesivo</b>	Excesivo	0,00	1,01	32,0%	0,0%	0,00	1,00	34,0%	7,0%		0,00	1,13	33,2%	3,8%			
<b>Escaso</b>	Escaso	0,11	0,06	3,0%	-0,0%	0,00	1,00	4,6%	-1,5%		0,29	1,18	4,2%	0,6%			
<b>Normal</b>	Normal	0,00	1,00	61,4%	0,0%	0,00	1,00	61,4%	0,0%	0,00	0,00	0,00	62,0%	0,0%	4,5%		
<b>Ejercicio que quiere en tiempo libre</b>	Ninguna	0,00	1,00	63,4%	5,7%	0,00	1,00	63,4%	5,7%		0,00	1,00	63,4%	5,7%			
	Algunas veces	0,00	1,00	27,0%	0,0%	0,00	1,00	30,0%	0,0%	0,00	0,00	0,00	30,0%	0,0%	10,0%		
<b>embatido_final</b>	A diario	0,00	1,11	41,1%	10,1%	0,00	1,01	54,0%	-1,0%		0,00	1,00	54,0%	0,0%			
	3 o mas veces por semana	0,18	0,18	24,9%	3,0%	0,00	0,07	10,3%	-6,2%		0,00	0,03	14,6%	3,1%			
	1, 2 o menos veces por semana	0,84	0,89	33,3%	-1,2%	0,00	0,07	62,3%	-9,3%		0,04	0,08	34,3%	-7,7%			
<b>dalices_final</b>	Ninguna o casi nunca	0,00	0,00	11,7%	0,0%	0,00	0,00	10,0%	0,0%	0,00	0,00	0,00	11,7%	0,0%	-10,8%		
	A diario	0,00	1,45	27,3%	8,8%	0,13	0,14	29,2%	3,3%		0,00	1,22	28,7%	5,2%			
	3 o mas veces por semana	0,15	0,71	20,0%	3,0%	0,29	0,19	16,0%	-1,0%		0,00	1,20	19,8%	5,0%			
	1, 2 o menos veces por semana	0,03	1,30	42,0%	9,7%	0,20	0,39	37,0%	-4,7%		0,53	0,04	38,0%	5,0%			
<b>Consumo_alcohol_final</b>	Ninguna o casi nadie	0,00	1,00	10,5%	0,0%	0,00	1,00	16,0%	0,0%	0,00	0,00	0,00	13,0%	0,0%	-1,0%		
	De 4 a 7 veces por semana	0,00	0,05	20,0%	-3,7%	0,00	0,05	6,0%	-0,0%		0,12	0,05	13,1%	-1,0%			
	De 2 a 3 veces por semana	0,00	0,06	16,3%	-8,8%	0,00	0,02	13,9%	-1,7%		0,00	0,78	15,2%	-4,4%			
	Una vez por semana o menos	0,00	0,05	18,1%	-2,1%	0,16	0,00	30,0%	-3,7%		0,00	0,78	31,0%	8,6%			
	Una vez o menos de 1 mes	0,45	0,07	18,0%	-1,7%	0,00	0,04	33,4%	-4,6%		0,05	0,08	21,5%	3,0%			
	Una vez en los últimos 12 meses	0,00	1,00	15,0%	0,0%	0,00	1,00	22,4%	0,0%	0,00	0,00	0,00	19,2%	0,0%	-12,9%		
<b>Beber_de_una_tacada_final</b>	Menos de demanda o de la necesidad de una tacada	0,00	1,41	13,7%	4,5%	0,00	1,00	30,0%	0,0%		0,00	1,23	7,7%	1,4%			
	Ninguna de vez al mes de una tacada	0,00	1,31	25,0%	5,9%	0,01	1,21	19,2%	3,6%		0,00	1,22	21,8%	3,9%			
	Ninguna beba de una tacada	0,00	1,00	46,6%	0,0%	0,00	1,00	53,1%	0,0%	0,00	0,00	0,00	51,6%	0,0%	-5,3%		
	No bebo en 12 meses	0,00	1,00	35,3%	0,0%	0,00	1,00	22,4%	0,0%	0,00	0,00	0,00	19,3%	0,0%	-1,0%		
<b>Fumar_final</b>	Fuma diariamente y quiere dejarlo	0,20	0,17	18,2%	2,0%	0,00	1,29	17,1%	3,9%		0,00	1,22	17,4%	3,2%			
	Fuma diariamente y no quiere dejarlo	0,07	0,09	2,7%	-2,1%	0,00	1,24	5,0%	1,1%		0,03	0,02	6,3%	0,1%			
	Fuma en el pasado	0,00	0,19	27,6%	4,4%	0,00	1,02	25,7%	0,0%	0,00	0,04	11,2%	26,7%	2,7%			
	No fumo en el pasado	0,00	1,00	46,0%	0,0%	0,00	1,00	31,7%	0,0%	0,00	0,00	0,00	49,0%	0,0%	5,9%		
<b>INTERACCÓN</b>	Expresión de la salud	0,00	1,00	4,7%	14,002	4,7%	0,01	0,04	3,6%	3,444	2,6%	0,00	0,04	4,1%	3,593	3,2%	
	Expresión de la salud	0,00	1,00	4,7%	14,002	4,7%	0,00	0,05	0,0%	25,000	0,0%	0,00	0,05	25,0%	0,0%	2,0%	
	Expresión final	0,00	1,00	4,7%	14,002	4,7%	0,00	0,05	0,0%	24,444	11,8%	0,00	0,05	24,444	11,8%	2,0%	
	Expresión final	0,00	1,00	4,7%	14,002	4,7%	0,02	0,05	3,6%	3,499	1,5%	0,00	0,05	3,7%	2,5%		
	Expresión final	0,00	1,00	4,7%	14,002	4,7%	0,00	0,04	22,2%	2,659	13,0%	0,00	0,04	22,0%	28,89	14,4%	
	Expresión final	0,00	1,00	4,7%	14,002	4,7%	0,00	0,00	1,00	12,51	1,839	0,52%	0,00	0,00	12,40	2,201	6,6%
	Expresión final	0,00	1,00	4,7%	14,002	4,7%	0,00	0,00	1,00	1,20	0,136	0,0%	0,00	0,00	1,00	0,04	0,0%
	Expresión final	0,00	1,00	4,7%	14,002	4,7%	0,00	0,00	1,00	1,11	0,000	0,0%	0,00	0,00	1,00	0,00	0,0%
<b>FAPS AGREGADOS</b>	FAP_RAPIDO_FINAL-1					45,0%							32,9%		32,0%		
	FAP_RAPIDO_FINAL-2					30,4%							20,0%		20,0%		
	FAP_RAPIDO_FINAL-1+2					76,09%							53,49%		61,29%		
<b>FAP AGREGADA "TRABAJO RÁPIDO"</b>	FAP_RAPIDO_FINAL-1					8,1%							5,0%		6,2%		
	FAP_RAPIDO_FINAL-2					45,0%							32,9%		30,0%		
	FAP_RAPIDO_FINAL-1+2					54,09%							42,3%		45,29%		
<b>FAP AGREGADA "VIDA SOCIAL"</b>	FAP_VIDA_SOCIAL_FINAL-1					8,1%							5,0%		6,2%		
	FAP_VIDA_SOCIAL_FINAL-2					45,0%							32,9%		30,0%		
	FAP_VIDA_SOCIAL_FINAL-1+2					54,09%							42,3%		45,29%		

Fuente: Elaboración propia.

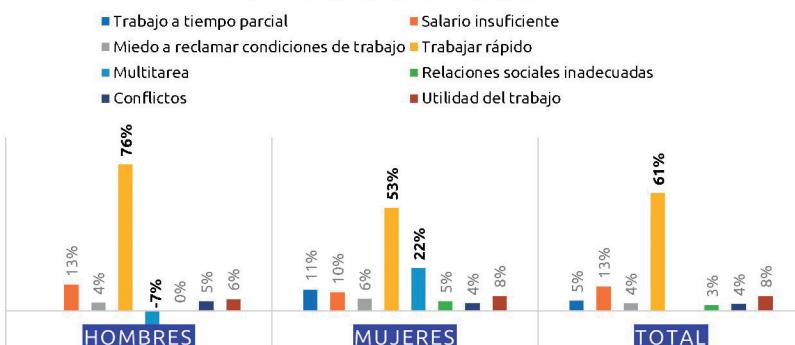
## PESOS RELATIVOS DE LAS CONDICIONES DE EMPLEO/TRABAJO

Empezando por los resultados referidos a las condiciones de empleo/trabajo que se detallan en la Tabla 2 y cuyas FAPs se resumen en la Figura 2 destaca la relevancia de las variables relacionadas con la intensidad del trabajo (“tener que trabajar rápido” y “multitarea”) que alcanzan un 61% de peso conjunto para todos los trabajadores, de un 76% en el modelo para hombres (si sólo tenemos en cuenta “tener que trabajar rápido”) y de un 75% en el modelo de las mujeres (si tenemos en cuenta las dos variables de intensidad del trabajo), aunque la agregación de las FAPs debe interpretarse como un ejercicio de máximos teóricos, tal y como comentamos en la sección de Material y métodos.

Más allá del resultado principal relacionado con la intensidad del trabajo, los resultados también sugieren que intervenciones preventivas ligadas a la regulación de aspectos que pueden agruparse bajo el paraguas de la precariedad (“salarios insuficientes”, “miedo a reclamar malas condiciones de trabajo”) pesarían conjuntamente un ~17% adicional y en el particular caso de las mujeres, el “trabajo a tiempo parcial de hasta 32 horas semanales” supondría alrededor de un 11% adicional. Por último, el conjunto de intervenciones preventivas orientadas a asegurar “relaciones personales adecuadas”, la limitación de “conflictos con compañeros/jefes” y la “realización de un trabajo útil” suponen un potencial conjunto de ~15% adicional.

FIGURA 2  
*Pesos relativos de condiciones de empleo/trabajo  
 para la mala salud mental.*

### % CASOS DE MALA SALUD MENTAL EVITABLE CONDICIONES DE TRABAJO



Fuente: Elaboración propia

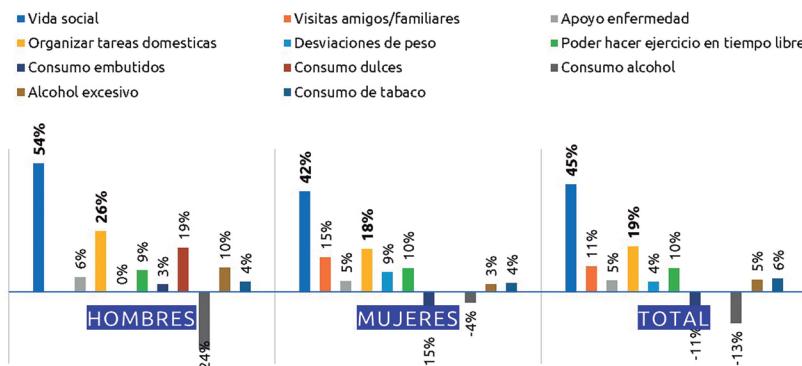
## PESOS RELATIVOS DE LAS CONDICIONES DE VIDA Y HÁBITOS DE VIDA

De forma equivalente, respecto a las condiciones de vida, en la Figura 3 se confirma el papel central de algunas condiciones de vida en la salud mental: particularmente de las variables relacionadas con el capital social, la variable que mide el grado de satisfacción con la vida social, las visitas de amigos y familiares y el apoyo en caso de enfermedad en total hasta un ~61% de potencial para evitar casos de mala salud mental. Otra variable importante es la que se refiere a la organización/corresponsabilidad de las tareas domésticas: hasta un 19% de los casos de mala salud mental podrían evitarse con una mejor corresponsabilidad.

Por último, en lo que respecta a los hábitos de vida, la figura anterior también destaca algunos resultados esperados en términos de no hacer el ejercicio que desearía en el tiempo libre (-10%), de las desviaciones de peso (4% en el total y 9% para el caso de las mujeres) y del consumo de tabaco (-6%). Pero también, otros resultados menos esperados como una influencia del consumo de alcohol no lineal (particularmente para los hombres) y del consumo de embutidos para las mujeres. En ambos casos, los resultados sugieren que el consumo moderado de alcohol (no el excesivo que supondría un 5% de riesgo adicional) y de embutidos (particularmente para mujeres) tendría un efecto protector de la mala salud mental, en línea con la literatura de comfort eating/drinking a los que nos hemos referido en la Introducción.

FIGURA 3  
*Pesos relativos de condiciones y hábitos de vida para la mala salud mental*

### CONDICIONES Y HÁBITOS DE VIDA

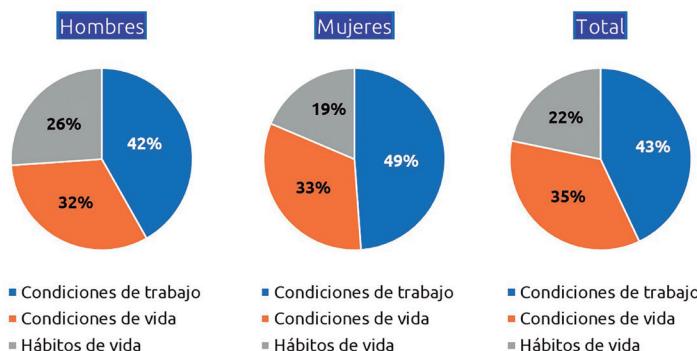


Fuente: Elaboración propia.

### PESO RELATIVO DE “LO LABORAL” VS. “LO NO LABORAL”

Una implicación de la sección anterior es la que puede extraerse en términos de una estimación del peso relativo de “lo laboral” vs. “lo no laboral” en la mala salud mental. Aunque como ya hemos discutido en la sección de Material y métodos la suma de FAPs suponga un ejercicio de máximos teóricos, nos interesa como ejercicio de aproximación del peso relativo de cada uno de los tres bloques de variables (condiciones de empleo/trabajo, vida y hábitos de vida); y a continuación las indexamos con una base 100, para obtener una visión más intuitiva en porcentajes relativos de lo laboral vs. no laboral. Los resultados que se presentan en la Figura 4 sugieren que hasta un 43% del peso de lo que ocurre con la mala salud mental de los trabajadores dependería de las condiciones de empleo/trabajo, hasta un 35% de las condiciones de vida y hasta un 22% estaría relacionado con los hábitos de vida.

FIGURA 4  
*Peso relativo: Trabajo vs. Vida vs. Hábitos de vida*



Fuente: Elaboración propia.

### DIFERENCIAS DE GÉNERO

Para finalizar, y a partir de los resultados anteriores, encontramos más semejanzas que diferencias en lo que se refiere a la comparación de los modelos de condicionantes de la mala salud mental por género. Los resultados sugieren que las mujeres serían más sensibles a la multitarea, a los horarios semanales reducidos y a unas relaciones sociales inadecuadas: todos ellos factores que supondrían un mayor riesgo para la mala salud mental de las mujeres, pero no para la de los hombres. En lo que se refiere a las condiciones y hábitos de vida, las diferencias más importantes se asocian a la mayor sensibilidad de las

mujeres a las visitas de amigos/familiares que tendrían un efecto protector y al consumo moderado de embutidos. Por su lado, para el caso de los hombres, el consumo moderado de alcohol parece proteger, mientras el consumo de dulces y el del alcohol excesivo,emergerían como factores de riesgo.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La aspiración de este capítulo ha sido la de contribuir desde la investigación a identificar las prioridades de intervención en la salud mental de los trabajadores desde una óptica preventiva (buscando intervenir “antes” y en dirección a las “causas”), a partir de un estudio conjunto de factores laborales y no laborales que simultáneamente condicionan el malestar mental de los trabajadores. Con esta finalidad, hemos partido de un indicador de mala salud mental de los trabajadores con un umbral de nivel preventivo (previo a un malestar de nivel clínico); para, a continuación, proponer prioridades de prevención en la salud mental de los trabajadores. Un primer resultado central ha sido la identificación de un modelo general de mala salud mental de los trabajadores incluyendo tanto condicionantes laborales (condiciones de empleo/trabajo) como no laborales (condiciones de vida y hábitos de vida); compuesto, además de por el género (variable de estratificación) por 21 variables (2 sociodemográficas; 8 condiciones de empleo/trabajo; 4 condiciones de vida y 7 hábitos de vida).

Con las necesarias limitaciones metodológicas ya comentadas, nuestros resultados confirmarían que el peso de lo laboral (de las condiciones de empleo/trabajo) en la mala salud mental de los trabajadores sería muy importante. Específicamente, los resultados basados en FAPs apuntan que cerca de la mitad de los problemas de salud mental que experimentan los trabajadores podrían relacionarse con las condiciones de empleo/trabajo, con una relevancia ligeramente mayor para mujeres que para hombres. Es decir, nuestros resultados a partir de un análisis estadístico que no depende de que los encuestados evalúen su origen laboral vs. no laboral son congruentes con esos otros estudios que tratan de estimar el peso de lo laboral a partir de las percepciones de los trabajadores (ver introducción).

Pero nuestro principal objetivo ha sido profundizar en los condicionantes más importantes de la mala salud mental de los trabajadores para poder proponer prioridades de intervención desde un punto de vista preventivo. En este sentido, y refiriéndonos a las condiciones de empleo/trabajo que se presentan en la Figura 2, un resultado clave ha sido el que se refiere a la confirmación de la importancia de la intensidad del trabajo (“tener que trabajar rápido”, “multitarea”) para condicionar la mala salud mental de los trabajadores (con potencial para reducir hasta un 61% de los casos de mala salud

mental). Este resultado se encuentra en consonancia con los estudios basados en la EPA 2020 (INSST, 2022) a partir de la percepción de los trabajadores, donde las “presiones de tiempo o sobrecargas de trabajo” se señalaban como factor primordial para el bienestar mental de los trabajadores. Nuevamente, a diferencia de estos estudios, nuestros resultados de investigación proceden de un análisis estadístico independiente entre la estimación de mala salud mental por un lado y las potenciales causas/condiciones de empleo/trabajo por otro, lo que sugiere una validez adicional a los resultados basados en las percepciones de los trabajadores sobre la intensidad del trabajo.

Por otro lado, más allá de la intensidad del trabajo, se ha confirmado también la relevancia de condiciones de empleo/trabajo ligadas con la precariedad. En particular, el tener un salario insuficiente para cubrir imprevistos de importancia, el miedo a reclamar condiciones de trabajo y los horarios semanales reducidos (hasta 32 horas) -este último para las mujeres-, suponen un potencial conjunto de reducción de casos de mala salud mental de hasta un 27%. La significatividad de los horarios semanales reducidos para las mujeres podría interpretarse de al menos tres maneras relacionadas: 1) como un reflejo que resume la posición más desfavorable de las mujeres en el mercado de trabajo, que tienen más difícil conseguir un trabajo a tiempo completo (en principio mejor en términos materiales y/o simbólicos); 2) en parte porque existe una expectativa social de que sean las mujeres las que en mayor medida utilicen el trabajo a tiempo parcial para conciliar; 3) que a su vez pueden ser un indicador de la mayor carga no laboral, en línea con la llamada doble carga/presencia. Por último, los aspectos ligados con unas adecuadas relaciones sociales, sin conflictos y la utilidad del trabajo presentan el potencial de reducir los casos de mala salud mental otro 15% (11% y 17% para hombres y mujeres respectivamente).

En lo que se refiere a las condiciones de vida, los resultados, presentados en la Figura 3, han confirmado la enorme importancia de los aspectos ligados con la satisfacción con la vida social y el apoyo social. En particular, la satisfacción con la vida social, las visitas de familiares/amigos (para las mujeres) y el apoyo ante una eventual enfermedad grave emergen como aspectos muy significativos para prevenir la mala salud mental y sugieren un impacto conjunto con potencial para evitar hasta otro 61% de los casos de mala salud mental. Además, otro factor importante en este bloque de condiciones de vida es el que se refiere a la corresponsabilidad: se confirma que la distribución no equitativa de las tareas del hogar supone un factor de riesgo relevante tanto para hombres como para mujeres, en línea con los planteamientos de la literatura sobre doble carga/presencia (Nilsen et al., 2017).

En cuanto al tercer y último bloque, el de los llamados hábitos de vida, que se ha presentado también en Figura 3, si bien hemos encontrado algunos resultados esperados como los efectos negativos de no hacer todo el ejercicio que desearía en el tiempo libre, de las desviaciones de peso, del consumo de tabaco o del consumo de dulces; también hemos encontrado resultados más interesantes por su carácter más contraintuitivo: el consumo moderado de alcohol (particularmente para los hombres) y de embutido (para las mujeres) parecen actuar como protectores de la mala salud mental de los trabajadores, lo que sería consistente con lo que la literatura especializada denomina *comfort/emotional eating/drinking* (Finch; Tomiyama, 2015; Schrieks et al., 2016; Torres; Nowson, 2007), a la que nos hemos referido en la introducción, lo que necesariamente sugiere vías para impulsar investigación adicional.

En lo que respecta a las diferencias de género, nuestros resultados también han sugerido más semejanzas que diferencias, en línea con otros resultados basados en las encuestas europeas de condiciones de trabajo (Kubicek et al., 2019), pero algunas diferencias si justifican un comentario específico. En particular, respecto a las condiciones de empleo/trabajo, además de la significatividad para las mujeres de los horarios semanales reducidos (hasta 32 horas), los indicadores de intensidad del trabajo más relevantes parecen diferentes según el género: tener que trabajar rápido sería más significativo para los hombres y multitarea sería el indicador clave para las mujeres (particularmente en el modelo sin interacción, en resultados no mostrados).

Estos resultados podrían estar reflejando la segregación horizontal en ciertos sectores y/o puestos, donde el indicador tener que trabajar rápido quizás estime mejor la intensidad en la organización del trabajo industrial (particularmente relevante en el País Vasco), tradicionalmente más frecuente entre los hombres y en línea con resultados anteriores (Kristensen, 2010; Pérez-Zapata et al., 2015); y/o tal vez podrían estar reflejando parcialmente la relación de la multitarea con las mayores exigencias emocionales a las que tienden estar expuestas las mujeres<sup>11</sup>; y/o podría relacionarse con una mayor exposición de las mujeres a cargas totales (en línea con la doble carga/presencia), que quizás podría recoger mejor un indicador de multitarea. Finalmente, en el ámbito de las condiciones de empleo/trabajo, también se encuentra una mayor sensibilidad de la salud mental de las mujeres a contar con relaciones sociales adecuadas y un trabajo que se percibe de utilidad.

---

<sup>11</sup> Las exigencias emocionales son otro conocido factor de riesgo para la salud mental de los trabajadores que tradicionalmente ha sido más relevantes entre las mujeres y que puede estar parcialmente recogido en la variable multitarea.

En lo referente a las condiciones de vida/hábitos de vida, hemos encontrado diferencias para las mujeres trabajadoras en la significatividad de las visitas de amigos/familiares (factor de protección), las desviaciones de peso (factor de riesgo) y el consumo moderado de embutidos (factor de protección). Al mismo tiempo, el consumo moderado de alcohol (y no excesivo) ha emergido como factor de protección para todos los trabajadores, aunque la influencia para los hombres sería mucho mayor; también para los hombres el consumo de dulces emerge como factor de riesgo. Estos resultados también suscitan más investigación.

El capítulo y la investigación en su conjunto está expuesta a las limitaciones habituales que rodean a los estudios de condiciones de trabajo y salud que están basados en encuestas trasversales, que pueden sobreestimar o subestimar los resultados, por la varianza del método común, los potenciales sesgos basados en autoinforme y las potenciales diferentes dinámicas causales (directas, inversas, circulares). También cabe plantear que la ausencia de alguna(s) condición(es) de trabajo (e.g. exigencias emocionales) y/o condición(es) de vida no presente(s) en las fuentes de datos afecte a los resultados. Pero es poco probable que estas consideraciones pudieran influir demasiado en nuestros resultados más significativos.

En términos generales, los resultados ligados con las condiciones de empleo/trabajo también confirman análisis previos (Pérez-Zapata; Álvarez-Hernández, 2021). Pero los resultados de este capítulo tienen implicaciones de mayor alcance porque suponen confirmación adicional de la relevancia de ciertas condiciones de empleo/trabajo en modelos mucho más robustos al incluir bloques especiales de condiciones de vida y hábitos de vida; y por otro, ofrece también una perspectiva de la influencia conjunta de lo laboral y no laboral y del papel que juegan aspectos como la calidad de la vida social, la corresponsabilidad en las tareas del hogar y algunos los hábitos de vida.

De cara al diseño de políticas preventivas se derivan varias implicaciones y prioridades de intervención para prevenir la mala salud mental de los trabajadores. Nuestros resultados apuntan que el foco de intervención debiera situarse en dos grandes aspectos de las condiciones de empleo/trabajo: la intensidad del trabajo (que podría teóricamente evitar hasta el 61% de los casos de mala salud mental) y la precariedad laboral (con potencial de evitar cerca del 22% de los casos de mala salud mental); y dos aspectos de las condiciones de vida: la insatisfacción con la vida social (potencial para evitar hasta el 45% de los casos de mala salud mental, que llegaría hasta el 61% cuando se incluyen también las visitas de familiares/amigos y el apoyo en caso de enfermedad) y la corresponsabilidad en las tareas domésticas (potencial para evitar hasta el 19% de los casos de mala salud mental).

Por otro lado, aunque los resultados también confirmarían la influencia de los hábitos de vida: hacer el ejercicio que se desea en el tiempo libre (10%), el consumo moderado y no excesivo de alcohol (18%) y el consumo moderado de embutidos (11%) parecen proteger, al menos a corto plazo, la salud mental, en línea con los llamados comfort drinking/eating. Pero, implícitamente, nuestros resultados también apuntan que, aunque las intervenciones preventivas orientadas por los hábitos de vida puedan resultar más sencillas y viables, los hábitos de vida (fundamentalmente nivel individual) no pueden concentrar el núcleo de las intervenciones, puesto que no actúan sobre los aspectos con un mayor peso relativo en el modelo. Son ciertas condiciones de empleo/trabajo y de vida las que concentran el mayor peso; que, en ausencia de regulación, previsiblemente, seguirán empeorando.

Por último, no nos resistimos a destacar la relevancia del resultado que viene a confirmar la validez de las percepciones originales de los trabajadores sobre el origen de sus problemas de salud mental: hay razones para pensar que cerca de la mitad de la mala salud mental de los trabajadores se relacionaría con unas deficientes condiciones de empleo/trabajo. Sin embargo, como hemos discutido para el caso español, el sistema sólo reconoce un 0,25% de los TMC como contingencias profesionales. La inmensa brecha sugiere una enorme invisibilidad del origen de los problemas de salud mental de los trabajadores, que es fundamental corregir, para luego desde ahí poder prevenir.

## REFERENCIAS

- BACIGALUPE, A.; CABEZAS, A.; BUENO, M. B.; MARTÍN, U. El género como determinante de la salud mental y su medicalización. *Gaceta Sanitaria*, v. 34, p. 61–67, 2020. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391120301813>. Acceso en: 13 oct. 2023.
- CHILDS, E.; O'CONNOR, S.; WIT, H. Bidirectional interactions between acute psychosocial stress and acute intravenous alcohol in healthy men. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, v. 35, n. 10, p. 1794-1803, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01522.x>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3183385/>. Acceso en: 13 oct. 2023.
- COHEN, S. Social relationships and health. *American Psychologist*, v. 59, n. 8, p. 676-684, 2004. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.59.8.676>. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0003-066X.59.8.676>. Acceso en: 13 oct. 2023.
- CUIJPERS, P.; SMITS, N.; DONKER, T.; TEN HAVE, M.; GRAAF, R. Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research*, v. 168, n. 3, p. 250-255, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.05.012>.

Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178108001637?via%3Dihub>. Acceso en: 13 oct. 2023.

DARROW, L. A.; STEENLAND, N. K. Confounding and bias in the attributable fraction. *Epidemiology*, v. 22, n. 1, p. 53-58, jan. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181fce49b>. Disponible en: [https://journals.lww.com/epidem/fulltext/2011/01000/confounding\\_and\\_bias\\_in\\_the\\_attributable\\_fraction.9.aspx](https://journals.lww.com/epidem/fulltext/2011/01000/confounding_and_bias_in_the_attributable_fraction.9.aspx). Acceso en: 13 oct. 2023.

DELOITTE. Mental health and employers: refreshing the case for investment. Reino Unido: DELOITTE, 2020. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/uk/en/pages/consulting/articles/mental-health-and-employers-refreshing-the-case-for-investment.html>. Acceso en: 15 jul. 2023.

DELOITTE. Mental health and employers: the case for investment pandemic and beyond. Reino Unido: DELOITTE, 2022. Disponible en: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/uk/Documents/consultancy/deloitte-uk-mental-health-report-2022.pdf>. Acceso en: 15 jul. 2023.

ELOVANIO, M.; HAKULINEN, C.; PULKKI-RÅBACK, L.; AALTO, A.; VIRTANEN, M.; PARTONEN, T.; SUVISAARI, J. General Health Questionnaire (GHQ-12), Beck Depression Inventory (BDI-6), and Mental Health Index (MHI-5): psychometric and predictive properties in a Finnish population-based sample. *Psychiatry Research*, v. 289, e112973, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112973>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178119317548?via%3Dihub>. Acceso en: 13 oct. 2023.

FINCH, L. E.; TOMIYAMA, A. J. Comfort eating, psychological stress, and depressive symptoms in young adult women. *Appetite*, v. 95, p. 239-244, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.017>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195666315003347?via%3Dihub>. Acceso en: 13 oct. 2023.

FIRTH, J. et al. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry*, v. 19, n. 3, p. 360-380, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20773>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7491615/>. Acceso en: 13 oct. 2023.

FREMAP. Estudio de la evolución de los “trastornos mentales y del comportamiento” en la incapacidad temporal. Madri: FREMAP, 2022. Disponible en: <https://gestionit.freemap.es/Documents/pdf/informeTMC-REV0.pdf> Acceso en: 15 jul. 2023.

HENARES-MONTIEL, J.; RUIZ-PÉREZ, I.; SORDO, L. Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *Gaceta Sanitaria*, v. 34, n. 2, p. 114-119, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>.

Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v34n2/0213-9111-gs-34-02-114.pdf>.  
Acceso en: 13 oct. 2023.

HOEYMANS, N.; GARSSEN, A. A.; WESTERT, G. P.; VERHAAK, P. F. Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 2, n. 1, p. 1-6, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-23>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC428585/pdf/1477-7525-2-23.pdf>.  
Acceso en: 13 oct. 2023.

INFOJOBS/ESADE. Estado del mercado laboral en España. Madrid: *InfoJobs/Esade*. 2021. Disponible en: <https://nosotros.infojobs.net/wp-content/uploads/2022/03/Informe-Anual-InfoJobs-Esade-2021.pdf>. Acceso en: 15 jul. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. Problemas o efectos adversos para la salud y el bienestar relacionados con el trabajo: análisis a partir de los datos del módulo especial de la EPA 2020. “Accidentes laborales y problemas de salud relacionados con el trabajo.” Madrid: INSST, 2022. Disponible en: <https://www.insst.es/el-instituto-al-dia/problemas-o-efectos-adversos-para-la-salud-y-el-bienestar-relacionados-con-el-trabajo-2>  
Acceso en: 15 jul. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO. *Salud mental y trabajo. Diagnóstico de situación*. Madri: INSST, 2023. Disponible en: <https://www.insst.es/documentacion/material-tecnico/documentos-tecnicos/salud-mental-y-trabajo-2023>  
Acceso en: 15 jul. 2023.

KELLY, M. J.; DUNSTAN, F. D.; LLOYD, K.; FONE, D. L. Evaluating cutpoints for the MHI-5 and MCS using the GHQ-12: a comparison of five different methods. *BMC Psychiatry*, v. 8, n. 1, p. 1-9, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-10>. Disponible en: <https://bmcpschiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-8-10#citeas>. Acceso en: 13 oct. 2023.

KRISTENSEN, T. S. A questionnaire is more than a questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 38, p. 149-155, 2010. Supl. 3. DOI: <https://doi.org/10.1177/1403494809354437>. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1177/1403494809354437>. Acceso en: 13 oct. 2023.

KUBICEK, B.; PAS KVAN, M.; PREM, R.; SCHÖLLBAUER, J.; TILL, M.; CABRITA, J.; PARENT-THIRION, A.; WILKENS, M. *Working conditions and workers' health*. Dublin: Publications Office of the European Union, 2019.

NILSEN, W.; SKIPSTEIN, A.; ØSTBY, K. A.; MYKLETUN, A. Examination of the double burden hypothesis - a systematic review of work–family conflict and sickness absence. *European Journal of Public Health*, v. 27, n. 3, p. 465-471, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx054>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5445721/>. Acceso en: 13 oct. 2023.

OBSERVATORIO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES (CEPROSS) Y DE ENFERMEDADES CAUSADAS O AGRAVADAS POR EL TRABAJO (PANOTRATSS). Informe anual 2022. Madrid: CEPROS/PANOTRATSS, 2023. Disponible en: <https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/5b153e-97-94fb-4271-ad07-6b8dbf192625/Informe+anual+2022.pdf?MOD=AJPERES>. Acceso en: 15 jul. 2023.

PÉREZ-ZAPATA, O.; ALVAREZ-HERNANDEZ, G.; CASTAÑO-COLLADO, C.; LAHERA-SANCHEZ, A. Sostenibilidad y calidad del trabajo en riesgo: la intensificación del trabajo del conocimiento. *Revista del Ministerio de Empleo y Seguridad Social*, n. 116, p. 175-214, 2015. Disponible en: <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/0cbbfde6-fb33-4228-af0c-5d54f416937b/content>. Acceso en: 13 oct. 2023.

PÉREZ-ZAPATA, O. Trabajo sin límites, salud insostenible: La intensificación del trabajo del conocimiento. Madrid: Marcial Pons, 2019.

PÉREZ-ZAPATA, O.; ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, G. Empleo, trabajo y riesgos para la salud mental: análisis y propuestas de intervención. *Panorama Social*, n. 34, p. 77-103, 2021. Disponible en: <https://www.funcas.es/articulos/empleo-trabajo-y-riesgos-para-la-salud-mental-analisis-y-propuestas-de-intervencion/>. Acceso en: 13 oct. 2023.

PÉREZ-ZAPATA, O.; ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ, G.; LAHERA-SÁNCHEZ, A. La guía danesa para regular la intensidad del trabajo. Por Experiencia, Madri, n. 89, 18 jul. 2023. Disponible en: <https://porexperiencia.com/dossier/la-guia-danesa-para-regular-las-excesivas-exigencias-cuantitativas-del-trabajo>. Acceso en: 13 oct. 2023.

RICHARDSON, S., MCNEILL, A.; BROSE, L. S. Smoking and quitting behaviours by mental health conditions in Great Britain (1993–2014). *Addictive Behaviors*, v. 90, p. 14-19, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.011>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6334164/>. Acceso en: 13 oct. 2023.

ROMEO, J.; WÄRNBERG, J.; NOVA, E.; DÍAZ, L. E.; GÓMEZ-MARTINEZ, S.; MARCOS, A. Moderate alcohol consumption and the immune system: a review. *British Journal of Nutrition*, v. 98, p. 111-115, 2007. Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0007114507838049>. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-nutrition/article/moderate-alcohol-consumption-and-the-immune-system-a-review/D340A16DDC772F6F2625001BD4AD430B>. Acceso en: 13 oct. 2023.

ROWE, A. K.; POWELL, K. E.; FLANDERS, W. D. Why population attributable fractions can sum to more than one. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 26, n. 3, p. 243-249, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2003.12.007>. Disponible en: [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(03\)00377-5/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(03)00377-5/fulltext). Acceso en: 13 oct. 2023.

SCHRIEKS, I. C.; JOOSTEN, M. M.; KLÖPPING-KETELAARS, W.; WITKAMP, R. F.; HENDRIKS, H. F. Moderate alcohol consumption after a mental stressor attenuates the endocrine stress response. *Alcohol*, v. 57, p. 29-34, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2016.10.006>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0741832916301598?via%3Dihub>. Acceso en: 13 oct. 2023.

SMITH, M.; PIASNA, A.; BURCHELL, B.; RUBERY, J.; RAFFERTY, A.; ROSE, J.; CARTER, L. *Women, men and working conditions in Europe*. Dublin: Eurofound, 2013.

TOMIYAMA, A. J. Stress and obesity. *Annual Review of Psychology*, v. 70, p. 703-718, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102936>. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev-psych-010418-102936>. Acceso en: 13 oct. 2023.

TORRES, S. J.; NOWSON, C. A. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, v. 23, n. 11-12, p. 887-894, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900707002493?via%3Dihub>. Acceso en: 13 oct. 2023.

VAN STRIEN, T.; GIBSON, E. L.; BAÑOS, R.; CEBOLLA, A.; WINKENS, L. H. Is comfort food actually comforting for emotional eaters? A (moderated) mediation analysis. *Physiology & Behavior*, v. 211, e112671, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.112671>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031938419301787?via%3Dihub>. Acceso en: 13 oct. 2023.