

Ocupar cargos de responsabilidad, ¿un factor protector de la salud?*

Artazcoz, L.¹, Sánchez, A.¹, Moncada, S.¹, Molinero, E.², Cortès, I.¹

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación del trabajo en puestos de responsabilidad con los factores de riesgo psicosocial, entendidos según el modelo demanda-control-apoyo, y con el estado de salud percibido y la satisfacción laboral.

Métodos: la población de estudio fueron los trabajadores de una administración pública que acudieron voluntariamente a la revisión médica de empresa, de febrero a junio de 1999. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario autoadministrado. La ocupación de puestos de responsabilidad se midió a través de la pregunta «¿tiene trabajadores a su cargo?». Los factores de riesgo psicosocial se recogieron con el cuestionario de «Contenido del trabajo». Además se incluyó una pregunta sobre el estado de salud percibido y otra sobre satisfacción laboral. Se ajustaron modelos de regresión logística para analizar la asociación multivariada entre los puestos de jefatura y el resto de las variables. La edad y la ocupación se trataron como variables de ajuste.

Resultados: el cuestionario fue contestado por 1.550 personas (tasa de respuesta = 89%). El 24% de los hombres y el 17% de las mujeres ocupaban puestos de responsabilidad. Ejercer cargos de responsabilidad se asoció, en ambos sexos, a altas demandas psicológicas y alto control sobre las tareas y, además en mujeres, a un mayor apoyo social de los compañeros. Aun ajustando por la ocupación y por la edad, trabajar en este tipo de puestos tuvo un efecto protector sobre la salud y la insatisfacción laboral. Mientras el efecto protector sobre la salud se mantuvo tras ajustar por los factores de riesgo psicosocial, el de la insatisfacción laboral desapareció.

Conclusión: en ambos sexos, ejercer cargos de responsabilidad, como mínimo, parece no ser un factor de riesgo sino que incluso podría tener un efecto protector de la salud y promotor de satisfacción laboral. Sería necesario profundizar en el análisis de los factores asociados a los cargos de responsabilidad en otros colectivos de trabajadores, mediante estudios longitudinales y, preferentemente, fuera del contexto de la revisión médica.

PALABRAS CLAVE

Salud laboral, responsabilidad, factores de riesgo psicosocial, estado de salud percibido, satisfacción laboral.

POSITIONS OF RESPONSIBILITY: A PROTECTIVE HEALTH FACTOR?

ABSTRACT

Objective: To analyse the relation of working in jobs of responsibility with the psychosocial risk factors, understood according to the demand-control-model, the self-perceived health status and the job satisfaction.

Methods: The subjects were the 1,550 workers of a public administration that voluntarily attended the medical check-up, from February to June 1999. Data were collected through a self-administered questionnaire. Working in a job of responsibility was asked with the question «Do you have workers under your supervision?». The psychosocial work factors were collected with the Job Content Questionnaire. One question about the self-perceived health status and another about job satisfaction were also included. Logistic regression models were adjusted for analysing the multivariate associations between working in jobs of responsibility and the rest of variables. Models were adjusted by age and occupation.

Results: The questionnaire was answered by 1550 persons (response rate = 89%). 24% of men and 17% of women worked in jobs of responsibility. In both sexes working in such a jobs was associated with high psychological demands and high control over the tasks and among women also with high co-workers social support. There was no association with social support. Even after adjusting by age and occupation, working in these jobs had a protective effect on health and on job dissatisfaction. The protective effect on health disappeared after adjusting by the psychosocial factors but that on job dissatisfaction remained.

Conclusion: In both sexes, working in jobs of responsibility, at least, was not a risk factor but even it may have a protective effect on health and it could be a promoter of job satisfaction. In the future, it would be interesting to analyse the factors associated to working in jobs of responsibility in other workers collectives, through longitudinal studies, preferably out of the medical check-up context.

KEYWORDS

Occupational health, responsibility, psychosocial risk factors, self-perceived health status, job satisfaction. Childbirth, return to paid

¹Centre de Salut Laboral. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

²Servei de Prevenció. Ajuntament de Barcelona.

*Estudio parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (98/1316).

Correspondencia:

Lucía Artazcoz - Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona
Pl. Lesseps, 1 - 08023 Barcelona

Trabajo recibido el 13-I-00. Aceptado el 25-V-00

Introducción

Ocupar cargos de responsabilidad suele considerarse con frecuencia como un factor de riesgo laboral. Sin embargo estos trabajos implican, como mínimo, la exposición a dos dimensiones de riesgo psicosocial con efectos contrapuestos sobre la salud¹. Por un lado, las exigencias psicológicas son mayores que en otros puestos, pero por otro, se caracterizan por un mayor control sobre las tareas; es decir, más autonomía, más variedad, más oportunidades para desarrollar las propias habilidades o para tomar decisiones. Mientras las demandas psicológicas tienen un efecto negativo sobre la salud², el control es beneficioso^{3, 4, 5}.

Aunque se puede entender el concepto de responsabilidad como el relacionado con la gravedad de las consecuencias derivadas de las decisiones tomadas por el trabajador, sin que esto suponga tener trabajadores subordinados, en general este tipo de cargos implica el ejercicio de la autoridad sobre otros trabajadores; es decir, ocupar puestos de jefatura. Esta característica podría suponer una vivencia de aislamiento o de conflicto con los subordinados, esto es, un bajo apoyo social, factor del entorno psicosocial del trabajo que ha sido asociado a diversos trastornos de salud^{6, 7}.

El efecto del trabajo en puestos de jefatura sobre la salud y la satisfacción laboral puede estar mediado por la relación de esta variable, como mínimo, con estas dimensiones clásicas del entorno psicosocial, las demandas psicológicas, el control sobre el trabajo y el apoyo social, e incluso con otras específicas como el hecho de ejercer la autoridad sobre otras personas.

El objetivo de este estudio es analizar la relación del trabajo en cargos de responsabilidad, entendidos como puestos de jefatura, con las demandas psicológicas del trabajo, el control sobre las tareas, el apoyo social, el estado de salud percibido y la insatisfacción laboral. Además, se determinará si la relación del trabajo en puestos de jefatura con el estado de salud y la insatisfacción laboral se explica exclusivamente por los factores de riesgo psicosocial clásicos, tras controlar por la edad y la ocupación.

MÉTODOS

Población: la población de estudio fueron los trabajadores de una administración pública que acudieron voluntariamente a la revisión médica de empresa, de febrero a junio de 1999. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario autoadministrado rellenado en la sala de espera antes de pasar la revisión.

Variables: ocupar un puesto de responsabilidad se midió a través de la pregunta «¿Tiene trabajadores a su cargo?», con cinco categorías de respuesta: No, de 1 a 4 personas, de 5 a 10 personas, de 11 a 20 personas y más de 20 personas. La variable fue dicotomizada, considerándose que el encuestado ocupaba un puesto de jefatura cuando tenía, al menos, un trabajador a su cargo y que no lo ocupaba cuando no tenía ninguno. A lo largo del texto se

utilizan como sinónimos los términos puestos de responsabilidad y puestos de jefatura.

Las demandas psicológicas, el control, el apoyo social de los compañeros y el de los superiores se midieron a través del cuestionario de «Contenido del trabajo»⁸. La versión original en inglés fue sometida a un proceso de traducción y retrotraducción⁹. La traducción fue realizada de forma independiente por tres personas expertas en riesgo psicosocial en el trabajo, de lengua materna española. Las tres traducciones fueron retrotraducidas, también de forma independiente, por tres traductores de lengua materna inglesa. Se compararon y discutieron las versiones resultantes y se consensuó una que se probó entre 12 personas, introduciéndose algunas modificaciones adicionales. La estructura factorial de las escalas se correspondió con la esperada *a priori* y la consistencia interna de todos los factores fue aceptable, con un coeficiente alfa de Cronbach siempre superior a 0,7¹⁰. En el anexo se presentan los ítems utilizados para la medida del riesgo psicosocial.

A cada persona se le asignó una puntuación para cada una de los factores del entorno psicosocial del trabajo que fue la media de los ítems que conformaban cada una de ellas. A las personas con datos «missing», pero que habían respondido al menos la mitad de los ítems, se les asignó la media de los que respondieron. Como estas variables no seguían una distribución normal, fueron dicotomizadas tomando como punto de corte la mediana y construyéndose variables comunes a ambos sexos para compararlas, y específicas por sexo cuando hombres y mujeres se analizaron por separado.

Se midió el estado de salud percibido con la pregunta «¿Cómo diría usted que es su salud en general?», con cinco categorías de respuesta, desde «excelente» hasta «malo». Esta variable fue dicotomizada para el análisis bivariado y multivariado considerándose como «buen estado de salud» las categorías que suponían una valoración positiva del estado de salud - «excelente», «muy bueno» y «bueno», y como «mal estado de salud», las categorías «regular» y «malo»^{11, 12}.

La satisfacción laboral se recogió a través de la pregunta «En general, ¿hasta qué punto está satisfecho con su trabajo?», con cuatro opciones, desde «muy insatisfecho» hasta «muy satisfecho». La variable fue también dicotomizada definiéndose como «satisfechas» las personas que referían estar satisfechas o muy satisfechas, y como «insatisfechas», el resto.

Se consideraron como variables de ajuste la edad y la ocupación. Ésta se agrupó en cinco categorías: técnicos superiores, técnicos medios, trabajadores auxiliares (realizan tareas auxiliares de técnicos superiores y medios), trabajadores manuales (de oficios, subalternos y de limpieza) y guardias urbanos.

Análisis estadístico: el análisis se hizo en dos fases. En la primera, se analizó la relación de los puestos de jefatura con las demandas psicológicas, el control, el apoyo social, el estado de salud percibido y la satisfacción con el trabajo, tras ajustar por la edad y la ocupación. El objetivo de la segunda fase fue determinar la relación entre el puesto de jefatura y la salud y la satisfacción laboral, tras contro-

lar, no solamente por la edad y la ocupación, sino también por los factores de riesgo psicosocial que aquí se han considerado.

Se contrastó la existencia de asociaciones mediante el cálculo de *odds ratios* (OR) ajustadas con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95%, a través del ajuste de modelos de regresión logística¹³.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran las características generales de la población estudiada. La encuesta fue contestada por 1.550 personas (tasa de respuesta del 89%), el 52% de las cuales eran hombres. La edad media, 45 años (DE = 9,0), fue similar en ambos sexos. La distribución por ocupación fue diferente en hombres y en mujeres. Mientras en los primeros el grupo más numeroso fue el de guardia urbana (37%), en las segundas lo fue el de trabajadoras auxiliares (44%). El 24% de los hombres y el 17% de las mujeres ocupaban puestos de jefatura. Poco más de la mitad (57%) tenían de uno a cuatro subordinados, el 18% de 5 a 10, el 12% de 11 a 20 y el 13% más de 20. El 11% de los hombres calificó su estado de salud como regular o malo y el 15% se declaró insatisfecho con su trabajo; los porcentajes correspondientes en mujeres fueron 13% y 20%, respectivamente. En cuanto a los factores de riesgo psicosocial, en las mujeres las demandas psicológicas y el apoyo de los compañeros fueron más altos que en los hombres y el control más bajo. No se observaron diferencias en el apoyo de los superiores.

Tras ajustar por la edad y la ocupación, en ambos sexos las demandas psicológicas y el control sobre el trabajo fueron más altos en los trabajadores que tenían puestos de jefatura y además, en mujeres fue también mayor el apoyo

social de los compañeros. Ocupar puestos de responsabilidad fue predictor de buen estado de salud y de satisfacción laboral, tanto en hombres como en mujeres (tabla 2).

En la tabla 3 se muestra la asociación multivariada del estado de salud percibido y la insatisfacción laboral con la ocupación de puestos de jefatura y los factores de riesgo psicosocial. Mientras el estado de salud percibido sólo se asoció a la ocupación de cargos de responsabilidad (OR ajustada en hombres = 0,38; IC 95% = 0,17-0,87); OR ajustada en mujeres = 0,11; (IC 95% = 0,01-0,83)), la insatisfacción laboral únicamente lo hizo con factores del riesgo psicosocial, de modo que fue superior entre los trabajadores con bajo control sobre las tareas, entre los que tenían bajo apoyo social de los compañeros y bajo apoyo de los superiores. Las demandas psicológicas no se asociaron a ninguna de las variables independientes. El patrón fue el mismo para hombres y para mujeres.

DISCUSIÓN

Tal como se esperaba, ejercer cargos de responsabilidad se asoció, en ambos sexos, a altas demandas psicológicas y alto control sobre las tareas y, además en mujeres, a alto apoyo social de los compañeros. Aun ajustando por la ocupación y por la edad, trabajar en este tipo de puestos tuvo un efecto protector sobre la salud y se asoció a un menor riesgo de insatisfacción laboral. Mientras el efecto protector sobre la salud se mantuvo tras ajustar por los factores de riesgo psicosocial, el de la insatisfacción laboral desapareció. En los modelos de regresión logística saturados, no se observó asociación de las demandas, el control y el apoyo social con el estado de salud percibido, pero en cambio la insatisfacción laboral se relacionó con el control, el apoyo social de los compañeros y el de los superiores.

Desde hace dos décadas ha crecido la evidencia de la relación entre la clase social, medida a través de la ocupación, y la mortalidad¹⁴ y la morbilidad¹⁵, de forma que ambas son más altas entre los trabajadores menos cualificados. Lo que llama la atención en este estudio es que, aun después de tener en cuenta la ocupación, e incluso los factores clásicos de riesgo psicosocial, la variable «puesto de jefatura» continúa siendo predictora del estado de salud. Obviamente esta variable está correlacionada con la ocupación, de modo que trabajar en cargos de jefatura es más frecuente entre las ocupaciones más cualificadas, en este caso los técnicos superiores. De hecho, en los modelos de regresión logística en que únicamente se consideraron como variables independientes la edad y la ocupación, esta última se asoció al estado de salud percibido en mujeres, de forma que, tal como se esperaba, las trabajadoras manuales tenían mayor riesgo de mal estado de salud, mientras en hombres se observó el mismo patrón aunque las diferencias en éstos no fueron estadísticamente significativas (resultados no mostrados).

Aunque ejercer puestos de jefatura se asocia a un mayor control y mayores demandas psicológicas, ninguno de estos factores de riesgo psicosocial se asoció al estado de

Tabla 1. Características generales de la población de estudio (en porcentajes).

	Hombres N = 799	Mujeres N = 751
Edad (media y desviación estándar)	45,8 (9,0)	44,3 (8,9)
Puesto de jefatura	24,4	16,9
Ocupación		
• Técnicos superiores	22,4	20,1
• Técnicos medios	11,9	19,3
• Trabajadores auxiliares	15,1	43,5
• Trabajadores manuales	13,9	13,2
• Guardia urbana	36,8	3,9
Altas demandas	36,9	48,9
Bajo control	43,2	50,7
Bajo apoyo de los compañeros	47,6	35,8
Bajo apoyo de los superiores	44,7	43,2
Mal estado de salud	10,8	13,4
Insatisfacción laboral	15,0	20,0

Nota: los factores de riesgo psicosocial dicotomizados son comunes a ambos sexos

Tabla 2. Asociación entre los que ocupan puestos de responsabilidad y los factores de riesgo psicosocial, el estado de salud percibido y la insatisfacción laboral. OR ajustadas por edad y ocupación (intervalos de confianza al 95%)

	Hombres N = 799			Mujeres N = 750		
	No ocupa* jefatura	Ocupa jefatura	OR* (IC 95%)	No ocupa* jefatura	Ocupa jefatura	OR** (IC 95%)
Demandas psicológicas altas	50,3	73,1	2,78 (1,82-4,25)	46,0	61,5	1,67 (1,05-2,66)
Bajo control	57,1	31,9	0,45 (0,30-0,67)	56,5	24,0	0,30 (0,17-0,52)
Bajo apoyo de los compañeros	49,7	41,5	0,84 (0,57-1,23)	37,0	30,0	0,59 (0,35-0,99)
Bajo apoyo de los superiores	44,2	46,3	1,17 (0,79-1,72)	42,1	49,6	1,05 (0,67-1,67)
Mal estado de salud	12,6	5,0	0,43 (0,20-0,91)	13,1	5,2	0,33 (0,11-0,99)
Insatisfacción laboral	16,1	11,6	0,32 (0,11-0,95)	21,3	12,6	0,46 (0,23-0,91)

Nota: los factores de riesgo psicosocial se han dicotomizado por separado según sexo.

*La categoría de referencia es no ocupar puestos de jefatura.

**OR = Odds ratio ajustada por la edad y por la ocupación.

Tabla 3. Factores asociados a mal estado de salud e insatisfacción laboral. Odds ratio multivariadas (intervalos de confianza al 95%)

	Hombres OR (IC 95%)*		Mujeres OR (IC 95%)*	
	Mal estado de salud	Insatisfacción laboral	Mal estado de salud	Insatisfacción laboral
Puesto de jefatura				
No	1	1	1	1
Sí	0,38 (0,17-0,87)	0,76 (0,40-1,43)	0,11 (0,01-0,83)	0,77 (0,35-1,70)
Demandas psicológicas				
Bajas	1	1	1	1
Altas	1,00 (0,58-1,74)	0,94 (0,57-1,53)	1,06 (0,54-2,10)	0,98 (0,58-1,64)
Control				
Bajo	1	1	1	1
Alto	1,14 (0,65-1,98)	0,54 (0,33-0,89)	0,94 (0,45-1,96)	0,34 (0,19-0,61)
Apoyo de los compañeros				
Bajo	1	1	1	1
Alto	0,74 (0,42-1,32)	0,43 (0,26-0,72)	0,57 (0,28-1,14)	0,49 (0,29-0,82)
Bajo apoyo de los superiores				
Bajo	1	1	1	1
Alto	0,67 (0,37-1,20)	0,23 (0,14-0,40)	0,79 (0,39-1,58)	0,29 (0,17-0,50)

*OR = Odds ratio ajustada por todas las demás variables.

salud percibido. El control, y en menor medida las demandas psicológicas del trabajo, se han relacionado sobre todo con mortalidad y morbilidad por enfermedades cardiovasculares¹⁶, pero los resultados son más inconsistentes en el análisis de otros trastornos de salud^{17, 18}. El estado de salud percibido es uno de los indicadores de salud más utilizados, mejor predictor de la mortalidad que el diagnóstico médico, del que se han documentado sesgos según edad, sexo, salario, apariencia física o raza^{19, 20}. Se trata, sin embargo, de un indicador muy amplio relacionado, no sólo con la esfera biológica de la salud, sino también con la psicológica y la social²¹, de modo que es posible que no fuese suficientemente sensible a los factores de riesgo psicosocial del trabajo clásicos, pero sí lo fuera a la ocupación de puestos de jefatura, concepto más

amplio que probablemente implica la exposición a factores adicionales que aquí no se han considerado.

Recientemente Marmot y col.²² señalaban la posible existencia de mediadores que explicarían la relación entre la posición social y la salud física y psicológica, entre los que se encontrarían los factores de riesgo psicosocial del trabajo y de fuera de él. La clase social ocupacional o el ocupar cargos de responsabilidad son una aproximación a factores de riesgo laboral —posiblemente, además de las demandas, el control y el apoyo, existen otros factores del trabajo remunerado asociados a los puestos de jefatura que desconocemos y pueden tener un efecto en la salud— y a las circunstancias materiales y estructurales del hogar²³, con influencia en el estado de salud, que deberían ser estudiados en mayor profundidad.

La insatisfacción laboral fue también menor entre las personas que ocupaban cargos de responsabilidad, si bien la asociación desaparecía tras controlar por los factores de riesgo psicosocial. Probablemente este indicador de bienestar mide un concepto mucho más restringido que el estado de salud percibido que está directamente relacionado con las condiciones de trabajo y de empleo, razón que explicaría la estrecha asociación con las variables del entorno laboral. La literatura sobre motivación y satisfacción en el trabajo identifica el reto como uno de los principales factores motivadores, dimensión relacionada con el control, y como asociadas a la insatisfacción, las relaciones con los superiores o con los compañeros²⁴, lo que es coherente con los resultados de nuestro estudio.

Las demandas psicológicas no se asociaron ni al estado de salud percibido ni a la insatisfacción laboral. Hay varias razones que lo pueden explicar. Por un lado, habitualmente no se han observado relacionadas con la satisfacción o la insatisfacción laboral. En cuanto a la salud, aunque han sido relacionadas con trastornos ansiosos menores^{25, 26}, estudios recientes no encuentran asociación con los trastornos de salud clásicamente analizados en la literatura sobre factores de riesgo psicosocial del trabajo, los cardiovasculares^{4, 5}. Además, debe tenerse en cuenta que la población estudiada son trabajadores de una administración pública, que probablemente tienen unas exigencias bajas comparadas con otros de sectores de actividad como la industria o la construcción.

Este estudio está limitado por el hecho de basarse en datos procedentes de trabajadores que acuden voluntariamente a la revisión médica de empresa, por lo que los resultados sólo son aplicables a esta población. Su validez interna se vería amenazada si existieran razones relacionadas con el estado de salud percibido y la insatisfacción que impulsan a los trabajadores a utilizar los servicios de prevención y fueran diferentes entre las personas con cargos de responsabilidad y las que no los tienen. Aunque se ha puesto de manifiesto que los trabajadores que se acogen a programas de prevención y promoción de la salud tienen mejor estado de salud y estilos de vida más saludables que los que no lo hacen^{27, 28}, algunos estudios no observan diferencias e incluso se ha relacionado la participación en programas de promoción de la salud, más que con características propias de los trabajadores, con aspectos organizacionales de la empresa²⁹. En cualquier caso, de existir este sesgo de selección de trabajadores más sanos, parece que se distribuye por igual entre todas las ocupaciones.

Otra limitación del estudio es su naturaleza transversal, de modo que podría suceder que las personas con mejor estado de salud y más satisfechas con su trabajo accedieran más fácilmente a los puestos de responsabilidad. Sin embargo, además de estas razones, existen otras que probablemente tienen más peso en la promoción profesional de los trabajadores, como los méritos profesionales, el sexo —con las mujeres expuestas al «techo de cristal»^{30, 31}— la afinidad personal o ideológica, el interés o simples motivos de oportunidad. Probablemente la relación es bidireccional, es decir, por un lado los trabajadores más satisfechos y sanos llegan con mayor probabilidad a ejercer car-

gos de responsabilidad, pero por otro, trabajar en este tipo de puestos podría tener efectos beneficiosos sobre la salud y el bienestar.

Los resultados sugieren que, en ambos sexos, ejercer cargos de responsabilidad, como mínimo, no es un factor de riesgo sino que incluso podría ser un factor protector de la salud y promotor de satisfacción laboral, lo que debería tenerse en cuenta en futuras evaluaciones de riesgos. Además, si se utilizan encuestas como una de las posibles alternativas de evaluación, debería evitarse la inclusión de cuestiones con el término «responsabilidad», ya que se trata de un concepto ambiguo, asociado a diversos factores con diferentes efectos sobre la salud, lo que hace difícil su interpretación y el establecimiento de medidas de intervención.

En el futuro, sería necesario profundizar en el análisis de los factores asociados a los cargos de responsabilidad en otros colectivos de trabajadores mediante estudios longitudinales y, preferentemente, fuera del contexto de la revisión médica, lo que permitiría la generalización de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Karasek R, Theorell T. *Healthy Work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic Books, 1990.
2. Karasek RA. Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q* 1979; 24: 285-307.
3. Aronsson G. Dimensions of Control as related to Work Organization, Stress, and Health. En: Johnson JV, Johansson G eds. *Amityville, NY: Baywood Publishing, 1991: 111-20*.
4. Johnson JV, Stewart W, Hall EM, Fredlund P, Theorell T. Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *Am J Public Health* 1996; 86: 324-31.
5. Bosma H, Peter R, Siegrist J, Marmot M. Two alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *Am J Public Health* 1998; 88: 68-74.
6. 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.
7. Johnson JV. Collective Control: Strategies for Survival in the Workplace. En: Johnson JV, Johansson G, eds. *The psychosocial work environment: work organization, democratization, and health*. Amityville, NY: Baywood Publishing, 1991.
8. Karasek RA, Pieper C, Schwartz J. *Job content questionnaire and user's guide, version 1.5*. Lowell (Boston): University of Massachusetts Lowell, Department of Work Environment, 1993.
9. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993; 46: 1417-32.
10. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use*. New York: Oxford University Press, 1992.

11. Power C, Matthews S. Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* 1997; 350: 1584-9.
12. Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibida de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 566-71.
13. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. Nueva York: John Wiley and Sons, 1989.
14. Marmot MG, Shipley MJ, Rose G. Inequalities in death - specific explanations of a general pattern? *Lancet* 1984; 1: 1003-6.
15. Blaxter M. Evidence on inequality in health from a national survey. *Lancet* 1987; 2: 30-3.
16. Karasek RA, Theorell T, Schawrtz J, Schnall P, Pieper C, Michels J. Job characteristics in relation to the prevalence of myocardial infarction in the US HES and HANES. *Am J Public Health* 1988; 78: 910-8.
17. Kristensen TS. The demand-control-support model: Methodological challenges for future research. *Stress Med* 1995; 11: 17-26.
18. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley M, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. *BMJ* 1993; 361-6.
19. Mossey J, Shapiro E. Self-Rated Health: A Predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982; 72: 800-8.
20. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
21. Ross CE, Bird CE. Sex Stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's Perceived Health. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 161-78.
22. Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, Shipley M, Marks NF. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Soc Sci Med* 1997; 6: 901-10.
23. Arber S. Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Soc Sci Med* 1991; 32: 425-36.
24. DuBrin AJ. *Fundamentals of organizational behavior. An Applied Approach*. Cincinnati: South Western College Publishing, 1997.
25. Spector PE. Interactive effects of perceived control and job stressors on affective reactions and health outcomes for clerical workers. *Work Stress* 1987; 1: 155-62.
26. McIntosh NJ. Leader support and responses to work in US nurses: a test of alternative theoretical perspectives. *Work Stress* 1990; 4: 139-54.
27. Lerman Y, Shemer J. Epidemiologic characteristics of participants and nonparticipants in health-promotion programs. *J Occup Environ Med* 1996; 38: 535-8.
28. Rost K, Connell C, Schechtman K, Barzilai B, Fisher EB Jr. Predictors of employee involvement in a worksite health promotion program. *Health Educ Q* 1990; 17: 395-407.
29. Grosch JW, Alterman T, Petersen MR, Murphy LR. Worksite health promotion programs in the U.S.: factors associated with availability and participation. *Am J Health Promot* 1998; 13: 36-45.
30. Reskin BF, Ross CE. Jobs, authority, and earnings among managers: The continuing significance of sex. *Work and Occupations* 1992; 19: 342-65.
31. Kay FM, Hagan J. The persistent glass ceiling: gendered inequalities in the earnings of lawyers. *BJS* 1995; 279-310.

ANEXO

Ítems del cuestionario de «Contenido del trabajo» utilizados en la medida de las demandas, el control y el apoyo social en el trabajo.

<p>Demandas psicológicas (α de Cronbach = 0,73)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mi empleo requiere trabajar muy deprisa Tengo que trabajar mucho No se me exige trabajar demasiado Tengo tiempo suficiente para conseguir terminar mi trabajo Tengo que trabajar contrarreloj <p>Control sobre el trabajo (α de Cronbach = 0,82)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mi trabajo requiere que aprenda cosas nuevas Mi trabajo requiere que sea creativo Mi trabajo me permite tomar muchas decisiones por mi cuenta En mi trabajo tengo que hacer muchas cosas diferentes Mi trabajo requiere un alto nivel de capacitación Tengo mucha influencia sobre lo que pasa en mi trabajo de cada día Tengo la oportunidad de trabajar en lo que mejor sé hacer 	<p>Apoyo de los compañeros (α de Cronbach = 0,87)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mis compañeros de trabajo son competentes Mis compañeros de trabajo se interesan por mi como persona Mis compañeros de trabajo son agradables Mis compañeros de trabajo ayudan a sacar el trabajo adelante Mis compañeros de trabajo fomentan el trabajo en equipo. <p>Apoyo de los superiores (α de Cronbach = 0,86)</p> <ul style="list-style-type: none"> A mi jefe le preocupa el bienestar de los que trabajan con él Mi jefe presta atención a lo que le digo Mi jefe es hostil o conflictivo conmigo Mi jefe ayuda a sacar el trabajo adelante Mi jefe consigue que la gente trabaje en equipo
---	--

