

Modelo estructural para evaluar los predictores del bienestar psicológico en trabajadores del sector sanitario

A. Oliver^a, M. García-Layunta^b y J. M. Tomás^a

Este trabajo se enmarca en el proyecto UV-AE-20060250. Recibido: 20 abril 2005 - Aceptado: 8 marzo 2006

RESUMEN

Objetivo. Según estadísticas recientes, la prevalencia del estrés laboral en Europa es del 28%. El objetivo general de este trabajo es poner a prueba un modelo a priori del estrés en el trabajo basado en los modelos de Parkes, Karasek y Theorell, y Warr. Este modelo es de naturaleza multidimensional, no sólo en los predictores sino también en sus efectos sobre el bienestar de los trabajadores.

Métodos. El diseño de investigación es transversal. Se llevó a cabo una encuesta, realizada durante mayo de 2003, sobre trabajadores de tres hospitales de Valencia. Los análisis realizados incluyen la especificación y puesta a prueba de modelos estructurales recursivos con variables latentes.

Resultados. Los resultados muestran que las condiciones del trabajo que simultáneamente llevarían hacia el bienestar psicológico y la satisfacción laboral serían una baja demanda, control del trabajo y bajo nivel de conflicto de rol. El apoyo social juega un papel importante, pero indirecto.

Conclusiones. En el futuro, estudios de panel permitirían profundizar en la interpretación causal de las asociaciones encontradas. Se deberían mejorar también las medidas de personalidad utilizadas, como la autoestima.

PALABRAS CLAVE: Encuesta, apoyo social, demanda, control, salud mental, satisfacción laboral, trabajadores sanitarios.

STRUCTURAL MODEL FOR EVALUATING INDICATORS OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING PREDICTORS IN HEALTHCARE WORKERS

ABSTRACT

Objective. Recent data indicate a prevalence 28% for stress at work among European workers. The main aim of this paper is to estimate and test an a priori model of job stress, based on previous models developed by Parkes, Karasek and Theorell, and Warr. The model is multidimensional, both in terms of predictors and effects on workers' sense of well-being.

Methods. This is a cross-sectional survey conducted in May 2003 among workers in three hospitals located in Valencia. The analyses include the specification, estimation and testing of structural models with latent variables.

Results. Results show that working conditions that could collectively lead to job satisfaction and good mental health are low demand, high job control and low role conflict. Social support plays an important, but indirect, role.

Conclusions. In the future, panel studies should help to further investigate the understanding of associations found in this study from a cause-effect perspective. The measurement of personality variables in this study (such as self-esteem) could also be improved in future research.

KEYWORDS: Survey, social support, demand, control, mental health, job satisfaction, healthcare workers.

^a Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universitat de València.

^b Médico del Trabajo, Técnico superior de prevención de riesgos laborales, Jefe del Sector de Medicina del Trabajo del SPRL (Servicio de prevención de Riesgos laborales de Administración Pública y Justicia), Generalitat Valenciana

Correspondencia:

Amparo Oliver Germes

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universitat de València
Av. Blasco Ibáñez, 21, 46010, Valencia, España.
oliver@uv.es

INTRODUCCIÓN

Según las conclusiones de la European Week 2002 organizada por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo¹, el 28% de los trabajadores europeos sufren de estrés laboral, lo que supone un coste de billones de euros anuales en días de trabajo perdidos y costes derivados. Estas mismas fuentes estiman que más del 50% del absentismo obedece a problemas de estrés.

El estrés laboral tiene su origen en los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo. De hecho, la promoción del bienestar laboral y la prevención de riesgos psicosociales son objetivos estratégicos de la agenda de la Unión Europea hasta el 2006¹. La relación riesgos psicosociales-salud ha sido uno de los principales temas de investigación en la psicología del trabajo, habiendo generado un buen número de modelos teóricos, que han dado lugar a una mejor comprensión de los mecanismos de acción de los riesgos, así como de su importancia relativa².

Desde hace tiempo se ha hecho hincapié en la necesidad de enfocar las relaciones riesgos-bienestar de forma multidimensional, considerando tanto las condiciones personales y exposiciones, como las diferentes consecuencias o elementos integrados en el concepto de bienestar laboral, considerando a la vez determinantes mediadores o moderadores como el apoyo social³. Un modelo teórico de este tipo, y que es el sustrato teórico de este artículo, es el propuesto por Parkes⁴. Una de las ventajas de este modelo, de carácter general, es su capacidad para integrarse con la evidencia parcial que han ido generando otros modelos más específicos (Figura 1).

La justificación del uso de este modelo, y no de otros más conocidos como el de demanda-control-apoyo de Karasek y Theorell o el de esfuerzo-recompensa de Siegrist, se encuentra en algunas de las ventajas que presenta, junto con el hecho de que sus desventajas son fácilmente subsanables. Efectivamente entre las ventajas del modelo se encuentra su carácter genérico. Esto es, se pueden incluir unas u otras condiciones laborales en función del estudio concreto del que se trate. Por ejemplo, con el CoPSQ (Copenhagen Psychosocial Questionnaire)⁵ se miden un total de veinte condiciones laborales, mientras que si se escogen otros modelos se puede medir un número más reducido. Dado que muchos autores reconocen que en ocasiones los tipos de condiciones laborales dependen del contexto (empresa, tipo de actividad, etc.) esta flexibilidad puede ser conveniente. Además, el modelo de Parkes no presupone el efecto del apoyo social, que puede ser tanto directo como indirecto, lo que sí ocurre en otros modelos. Por otra parte, este modelo introduce variables personales, olvidadas en otros modelos como el de demanda-control y esfuerzo-recompensa, al que algunos autores han incluso acusado por ello de modelos de caja negra⁶. En concreto se ha propuesto que el concepto de afecto negativo (negative affectivity, a menudo operacionalizado por medio de medidas de autoestima) es muy relevante en los modelos de estrés, por sus posibles efectos directos sobre la salud, pero también porque podría sesgar los resultados de relación entre condiciones laborales y bienestar en el trabajo

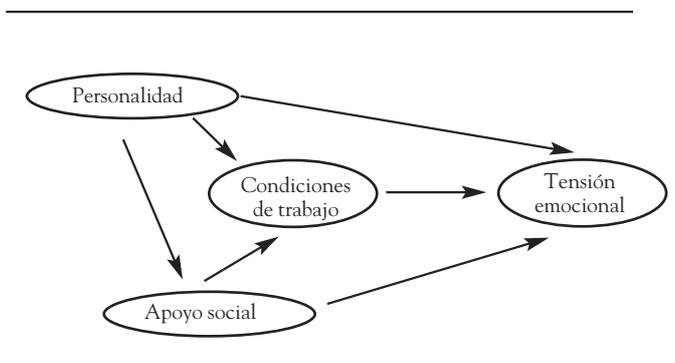
cuando las medidas de estos conceptos sean subjetivas o de autoinforme, como es usualmente el caso⁷.

El modelo de Parkes, sin embargo, no está exento de desventajas. Entre ellas, precisamente la definición inclusiva de las condiciones laborales puede hacer difícil para los investigadores escoger en cada contexto los riesgos o condiciones laborales a medir. Esto es, el modelo no ofrece ayuda para la selección de riesgos, por lo que resulta necesario un buen conocimiento de otros modelos de estrés y/o un conocimiento empírico de los resultados de contextos laborales similares para ayudar en esta selección. También, a nivel de efectos, el modelo solamente se refiere a la tensión emocional, cuando las consecuencias del proceso de estrés pueden ser múltiples, como, por ejemplo, sobre la satisfacción laboral, el absentismo, enfermedades relacionadas con el estrés, etcétera. Estos inconvenientes pueden solucionarse con una adecuada selección de las condiciones laborales y una buena definición operativa del bienestar y sus correspondientes medidas.

En cuanto a la selección de las condiciones laborales, el modelo de Parkes nos permite utilizar los modelos teóricos de Karasek y Theorell⁸ para sustituir el constructo de condiciones laborales por aquéllas que más efecto sobre la salud han mostrado, la demanda y el control en muestras de poblaciones como la sometida a estudio⁹. Así el modelo de Karasek y Theorell plantea dos grandes tipos de riesgos psicosociales: las demandas excesivas de trabajo, o sobrecarga laboral, y el control sobre éstas. Además en una extensión de este modelo también teoriza sobre la importancia del apoyo social. Este modelo plantea que los mayores riesgos para la salud se dan cuando la sobrecarga es elevada, el control insuficiente y hay falta de apoyo social en el trabajo por parte de compañeros y superiores. Por su parte, el conflicto de rol ha sido una dimensión ya planteada por el modelo de Michigan¹⁰, y se llegó a la conclusión de que tiene un importante efecto negativo sobre la salud. La relación de este último modelo con los objetivos planteados por el presente estudio justifica su inclusión en el mismo.

El segundo inconveniente del modelo de Parkes puede resolverse mediante el modelo de estrés laboral y bienestar psicológico de Warr¹¹, pues se ha centrado en definir detalladamente las distintas dimensiones de bienestar psicológico.

Figura 1. Modelo teórico de relación entre características personales, condiciones laborales, apoyo social y el bienestar laboral (tensión emocional) tomado de Parkes⁴.



gico y sus relaciones complejas con diversos riesgos psicosociales. Para Warr, el bienestar psicológico se definiría según tres ejes o dimensiones. El primer eje iría desde satisfecho a insatisfecho, y es medido principalmente mediante cuestionarios de satisfacción laboral, general o multidimensional. El segundo eje o dimensión cubriría el espectro entre ansiedad y confort, y se ha operacionalizado principalmente con medidas de ansiedad, tanto generales como específicas en el trabajo. Finalmente, el tercer eje mediría la presencia/ausencia de estados depresivos, tanto clínicos como subclínicos. Estas tres dimensiones serían las principales consecuencias del estrés laboral y, por tanto, en una evaluación de riesgos sería necesario estudiarlas como variables dependientes de las condiciones de trabajo y personales².

Utilizando los modelos de Parkes, Karasek y Theorell, y Warr, se ha generado el modelo explicativo a priori del proceso de estrés que se muestra en la Figura 2. Este modelo recoge tanto características personales, como riesgos psicosociales y consecuencias sobre el bienestar psicológico, permitiendo, por tanto, una evaluación multidimensional de las relaciones entre riesgos psicosociales y salud laboral. El contexto en el que hemos puesto a prueba este modelo es el de un colectivo de trabajadores sanitarios, dado que este colectivo presenta indicadores elevados de estrés, absentismo laboral, abandono del trabajo y mala salud física percibida².

El objetivo general del presente estudio es poner a prueba un modelo a priori del proceso de estrés en el trabajo que sea compatible con las teorías más aceptadas para éste y que sea de naturaleza multidimensional en los predictores y en los efectos considerados. El modelo ha de ser, al mismo tiempo, suficientemente restrictivo como para ponerlo a prueba con criterios estadísticos y resultar de utilidad práctica. Las hipótesis del estudio son: (a) la autoestima presentará efectos positivos sobre el apoyo social y el control en el trabajo, y negativos sobre la demanda y el conflicto de rol;

(b) el apoyo social presentará un efecto positivo sobre el control en el trabajo, y negativo sobre la percepción de demanda y de conflicto; (c) la demanda y el conflicto de rol producirán un efecto negativo sobre las dimensiones de bienestar, esto es, aumentarán la ansiedad, la depresión y la insatisfacción; y (d) el control mejorará el bienestar disminuyendo la ansiedad y depresión y, a la vez, aumentando la satisfacción laboral.

MÉTODOS

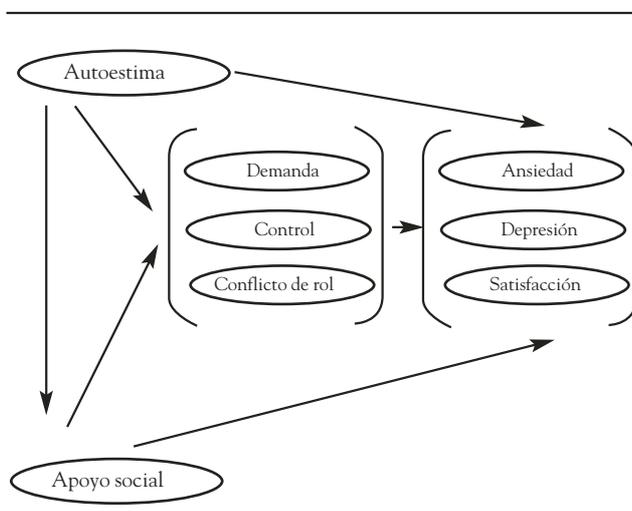
El diseño de investigación es transversal o correlacional. La población objetivo de la encuesta, realizada durante mayo de 2003, era la totalidad de trabajadores de tres hospitales privados de la provincia de Valencia.

El estudio fue presentado a los trabajadores como un estudio sobre clima organizacional y condiciones de trabajo, y la participación se realizó de forma voluntaria y con garantías de confidencialidad y anonimato. La encuesta era autoadministrada e incluía un total de 160 preguntas cuya respuesta requería de un tiempo promedio de entre 20 y 25 minutos. Además, al final se incluía una pregunta abierta donde se recogían sugerencias y comentarios relacionados con el cuestionario y las preguntas.

La tasa de respuesta global fue del 49,9%. La muestra total la componen 366 trabajadores y trabajadoras de los tres hospitales. Los tres hospitales presentaron tasas de respuesta similares que no afectaron a los resultados diferenciales. La edad promedio de estos informantes es de 37 años, con desviación típica de 10 años y medio. Por sexos, la muestra está compuesta mayoritariamente por mujeres (80%). De los trabajadores encuestados, el 70,1% trabaja a turnos. La media de años trabajados para la empresa es de diez años y siete meses, con mediana de ocho años, y desviación típica de nueve años y tres meses. En cuanto al tipo de contrato, la gran mayoría de los encuestados (88%) tienen una relación laboral de tipo estable, bien con contratos indefinidos o fijos. Por preservar el anonimato se acordó con los colaboradores de las organizaciones hospitalarias no recabar información acerca de la categoría profesional de los encuestados. Sin embargo, se puede estimar que la participación del personal médico fue en general minoritaria, y en la muestra predominó el personal de enfermería, auxiliares y administrativos.

Se han realizado análisis descriptivos de las variables observables implicadas mediante el paquete estadístico SPSS¹². Los modelos de ecuaciones estructurales planteados se han estimado mediante máxima verosimilitud en el paquete EQS 6.1. Este paquete permite la especificación y puesta a prueba de modelos estructurales con variables latentes recursivas, como el planteado en la Figura 2. Este análisis evalúa la idoneidad -ajuste a los datos- de un modelo planteado para representar el patrón y cuantía de las relaciones simultáneas entre un elevado número de variables de interés observadas. Nos permite un control estadístico de variables de difícil control experimental en ámbitos aplicados como la investigación en seguridad y salud. La evaluación del ajuste del modelo se ha realizado

Figura 2. Modelo a priori puesto a prueba, que traduce a factores latentes el modelo teórico de Parkes, utilizando los modelos teóricos de Karasek y Theorell y de Warr. (Nota: las variables observables o indicadores de los factores o variables latentes se eliminan del modelo por simplicidad)



mediante la prueba de chi-cuadrado, y los índices CFI, GFI y RMSEA. Un modelo se considera ajustado si la mayoría de índices están por encima de los límites convencionalmente fijados para representar buen ajuste. En el caso de CFI y AGFI mayores de 0,9 y en el caso del RMSEA inferior a 0,08.

Las variables «apoyo social», «sobrecarga laboral» y «control» se han medido mediante las correspondientes dimensiones del Organizational Check-up Survey¹⁰. Como medida de conflicto de rol se ha utilizado la medida de Rizzo, House y Lirtzman de cinco ítems¹¹. La autoestima se ha medido mediante el cuestionario de 10 indicadores de Rosenberg¹². Como medidas de ansiedad y depresión se han tomado los dos factores del General Health Questionnaire¹³ en su versión de doce ítems. La ansiedad se mide mediante cuatro de ellos mientras que el factor de depresión mediante los ocho restantes. La medida de satisfacción laboral consta de siete indicadores y es la propuesta por Warr^{14, 15}. Todas estas medidas han sido validadas en nuestro contexto y de algunas existen versiones comerciales con baremos para población española, por ejemplo, para la Organizational Check-up Survey. Los estadísticos descriptivos, junto a los coeficientes alfa de todas las variables, pueden consultarse en la Tabla 1.

RESULTADOS

El modelo teórico planteado en la Figura 2 no ofrecía un ajuste aceptable ($\chi^2= 511.861$, $gl= 136$, $p< 0,001$; CFI= 0,848; GFI=0,852; y RMSEA= 0,117). Una evaluación detallada del ajuste analítico mostró que todos los indica-

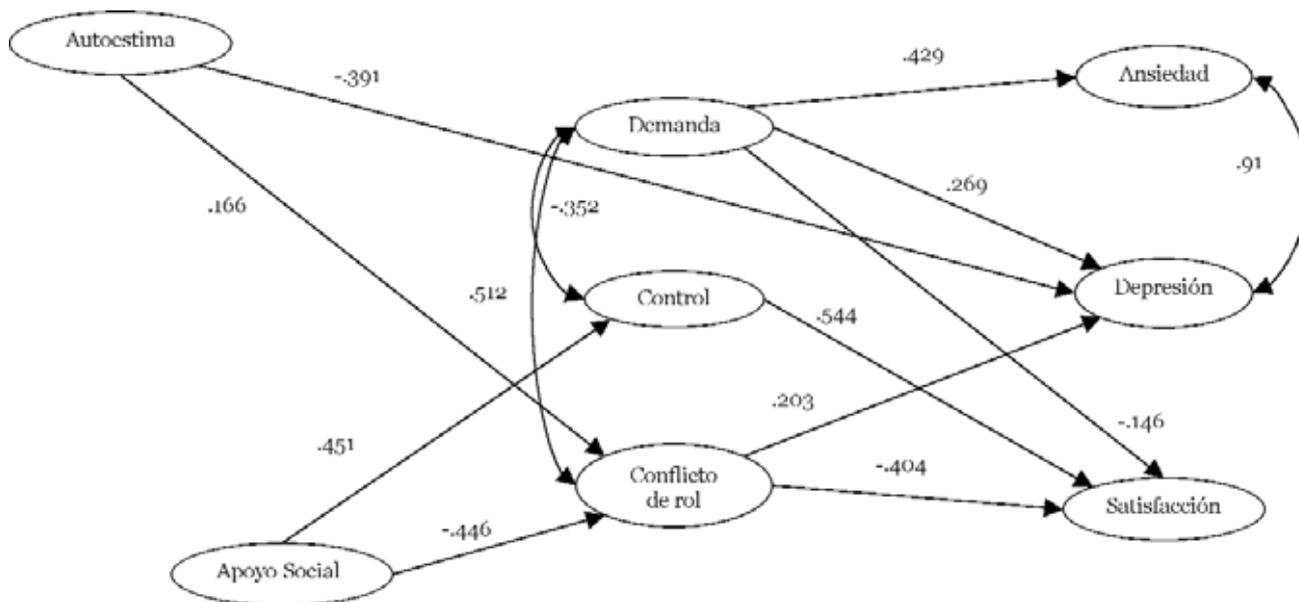
Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las variables del estudio: media (\bar{X}), desviación típica (Sx), asimetría (As), curtosis (Cu) y coeficientes alfa (α).

Variable ^a	\bar{X}	Sx	As	Cu	α
Autoestima	2,54	0,28	1,09	2,91	0,78
Apoyo social	3,67	0,82	-0,69	0,07	0,83
Sobrecarga	3,43	0,92	-0,23	-0,73	0,83
Control	3,17	0,85	-0,27	-0,09	0,58
Conflicto de rol	2,97	0,86	0,26	-0,44	0,78
Ansiedad	9,34	2,12	-0,15	0,21	0,49
Depresión	15,32	3,48	0,01	1,31	0,72
Satisfacción laboral	4,07	1,19	-0,02	-0,52	0,91

a En todos los casos, a más puntuación mayor valor en el correspondiente indicador. Autoestima: escala de 1 a 4; apoyo, sobrecarga, control y conflicto de rol: escala de 1 a 5; ansiedad: escala de 1 a 15; depresión: escala de 1 a 30; satisfacción: escala de 1 a 7.

dores de los factores latentes eran estadísticamente significativos y fiables. Las saturaciones factoriales oscilaban desde un mínimo de 0,38 hasta un máximo de 0,85, con saturación promedio muy elevada de 0,73. Sin embargo, el test de multiplicadores de Lagrange mostraba que algunas relaciones entre factores eran necesarias para mejorar el modelo, lo que resultó además plausible de forma teórica; adicionalmente, algunas de las relaciones planteadas eran no significativas, sin ayudar, por tanto, al ajuste del modelo. En total, se introdujeron cuatro efectos nuevos

Figura 3. Efectos estructurales en el modelo utilizado en este estudio. (Nota: por claridad solamente se muestran las relaciones entre variables latentes que son estadísticamente significativas -todas con valores de $p< 0,01$).



entre factores, lo que resultó en el modelo de relación entre factores que se presenta en la Figura 3.

El modelo de la Figura 3 sí se ajusta de forma adecuada a los datos observados, y puede considerarse una buena representación de las relaciones entre las variables ($\chi^2= 299,31$, $gl= 132$, $p< 0,001$; $CFI= 0,932$; $GFI= 0,913$; y $RMSEA= 0,062$). El modelo que se muestra en la Figura 3 relaciona factores latentes, a partir del cual pueden entenderse estos factores y evaluar sus relaciones. Aunque esta parte del ajuste analítico no se muestra en la figura, los datos son muy favorables, ya que todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ($p<0,001$) y elevadas en magnitud (la saturación menor era de 0.54 y la mayor =0,91, con un promedio en las saturaciones factoriales de 0,733).

Por el contrario, en la figura, sí pueden consultarse los datos de ajuste analítico que hacen referencia a los efectos directos entre factores latentes. Así puede verse que la autoestima solamente afecta a la depresión, y no se relaciona con ninguno de los riesgos psicosociales. Por su parte, el apoyo social no presenta efectos directos significativos con ninguna de las tres dimensiones de bienestar, pero por el contrario sí afecta de forma directa a la percepción de control y de forma directa y negativa al conflicto percibido. Los efectos de las variables personales y del apoyo social sobre la demanda, el control y el conflicto permiten predecir, respectivamente, un 3,1%, un 20,2% y un 21,3% de estas tres dimensiones.

En cuanto a la predicción de las tres dimensiones del bienestar, solamente la demanda es predictor directo significativo del nivel de ansiedad, con un 21,5% de varianza explicada. A la depresión la afectan de forma directa y negativa la autoestima, y de forma positiva la demanda y el conflicto. Conjuntamente estos predictores son capaces de explicar un 30% de la depresión. Finalmente, la demanda y el conflicto de rol presentan relaciones directas negativas con la satisfacción laboral, mientras que la percepción de control tiene un efecto positivo sobre ésta. En conjunto, los tres riesgos psicosociales explican un 69% de la satisfacción laboral.

Al margen de los efectos estructurales directos significativos, que pueden verse en la Figura 3, existe la posibilidad de que autoestima y apoyo social presenten efectos indirectos sobre el bienestar. Estos efectos indirectos pueden fluir a través de sus relaciones con la demanda, el control y el conflicto. Mientras que los efectos indirectos de la autoestima no resultan estadísticamente significativos en ningún caso ($p> 0,05$), en el caso del apoyo social sí hay efectos indirectos significativos. Un mayor apoyo social produce indirectamente menor depresión ($\beta= -0,156$, $p< 0,01$), mientras que también produce indirectamente una mayor satisfacción laboral ($\beta= 0,445$, $p< 0,01$).

DISCUSIÓN

Aunque existen diversos modelos de estrés, éstos, no obstante, presentan muchos puntos en común que no los hacen incompatibles. En el centro de todos ellos está el

entender el estrés como proceso y que ciertas condiciones de la organización del trabajo o riesgos psicosociales pueden producir a corto, medio y largo plazo consecuencias negativas para el bienestar del trabajador. El modelo planteado en este trabajo sigue esta línea, y trata de comprobar empíricamente y de forma multidimensional precisamente esta conexión de los riesgos con el bienestar laboral.

Los resultados del modelo estructural puesto a prueba son muy alentadores en este aspecto. Resulta claro que existe relación estadísticamente significativa y con tamaño del efecto elevado de las condiciones de trabajo sobre las variables de salud, y especialmente sobre la satisfacción laboral del trabajador. Las condiciones del trabajo que simultáneamente llevarían hacia el bienestar psicológico y la satisfacción laboral serían una baja demanda, control del trabajo y bajo nivel de conflicto de rol. El apoyo social juega un papel importante, pero indirecto: mejora el bienestar laboral a través de sus efectos positivos sobre el control y el conflicto de rol, ya que los trabajadores que se sienten apoyados por los compañeros y superiores presentan mayor control en el trabajo y sufren menos conflictos de rol.

Nuestros resultados aportan observaciones de interés a los datos presentados en otras investigaciones recientes sobre trabajadores sanitarios. Las revisiones más recientes en este colectivo^{6,16} concluyen que tanto la sobrecarga (demanda) como el control y el apoyo social influyen directamente sobre los niveles de ansiedad y estrés; sin embargo, en nuestros resultados es la demanda la que más efecto tiene, especialmente en el caso de la ansiedad, mientras que el control no afectaría ni a la ansiedad ni a la depresión. Aunque en principio parece razonable pensar que el efecto de control puede desaparecer debido a que en parte pueda relacionarse con el conflicto de rol (un alto conflicto podría implicar bajo control del trabajo), esto no parece ocurrir empíricamente en nuestro caso, ya que si bien el conflicto afecta a la medida de depresión no se encuentra relacionado estadísticamente con la medida de control (Figura 3). Adicionalmente, tampoco parece que el apoyo social haya desempeñado un papel importante sobre las medidas de ansiedad, ni directo ni indirecto, contrariamente a lo que se deduce de los estudios publicados, si bien sí presentaría un efecto indirecto, a través de una rebaja de los conflictos de rol, sobre la depresión.

Por lo que se refiere a la medida de satisfacción laboral, determinados estudios han puesto de manifiesto que el control es el elemento más relevante en el colectivo de trabajadores sanitarios para predecir satisfacción, mientras que tanto la demanda como el apoyo social no lo son tanto⁶. Estos resultados se corroboran en nuestro modelo ya que, efectivamente, el poder predictivo del control es sustancial, junto con el del conflicto, mientras que las demandas presentan un efecto significativo pero muy pequeño. El efecto del apoyo social sobre la satisfacción no es directo, lo que es coincidente con la revisión citada anteriormente⁶, pero sí es relevante en términos indirectos, puesto que es un predictor importante tanto del control como del conflicto, los dos predictores más importantes de la satisfacción laboral.

La autoestima, característica de personalidad y marcador

de afecto negativo, no presenta, sin embargo, efectos importantes con nuestros datos. Tiene un efecto sobre la depresión, pero no parece desempeñar un papel general en la predicción del bienestar laboral. Simplemente parece que la gente con menor autoestima tiende a evaluarse como más deprimida y/o viceversa. Este resultado es importante, porque el peso de las condiciones del trabajo se mantiene, aunque sea controlado por un marcador de afecto negativo, eliminando la posible explicación de que las relaciones son espurias y debidas a que existen individuos que ven todo de forma crítica, y eso se transmite a las condiciones de trabajo y las medidas de bienestar. Este resultado contradice la importancia que ciertos autores, y sus resultados, han dado al afecto negativo⁷.

Otro punto relevante del modelo estudiado es que la demanda no se relaciona ni con la medida de personalidad ni con el apoyo social. De esta forma, parece que el apoyo social no mejora, en esta población la percepción de carga de trabajo. En cualquier caso, esta falta de efecto puede ser específica de la población, ya que los trabajadores de hospital se caracterizan por fuertes demandas, que son externas a ellos y en oleadas de trabajo, y ello es asumido como intrínseco al trabajo.

Una limitación del presente estudio es su relativamente baja frecuencia de respuesta (50%), puesto que uno de cada dos trabajadores no quiso participar en la encuesta. No obstante, estas tasas de respuesta son bastante comunes en encuestas en las que la participación no presenta compensación¹⁷.

Tratándose de un estudio transversal y basado en una encuesta, las conclusiones de este trabajo deben retomarse en el futuro con otras aproximaciones metodológicas como diseños de panel, que arrojarían mayor luz sobre la interpretación causal de las predicciones encontradas. Otra forma de mejorar el estudio es a través de las medidas de personalidad utilizadas. La medida de autoestima se ha utilizado como indicador de afecto negativo, pero no es una medida directa de afecto negativo. Finalmente, siempre es posible argumentar, como en el caso de todos los modelos complejos donde se toman decisiones teóricas y/o empíricas sobre la inclusión de unas y otras variables, que otras medidas personales y de personalidad podrían afectar a las relaciones establecidas entre las condiciones laborales y las medidas de bienestar en el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conference conclusions of the closing event of the European Week 2002. European Agency for Safety and Health at Work [citado 8 Mar 2006]. Disponible en: http://agency.osha.eu.int/publications/conference/20021125/index_15.htm.
2. Buunk BP, de Jonge J, Ybema JF, de Wolf CJ. Psychological aspects of occupational stress. In: Drenth PJD, Thierry H, de Wolf CJ, editors. *Work Psychology*. Hove: Psychology Press; 1998.
3. Evans GW, Johansson G, Carrere S. Psychosocial factors and the physical environment: inter-relationships in the workplace. In: Cooper CL, Robertson IT, editors. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley & Sons; 1994. p. 2-29.
4. Parkes K. Personality and coping as moderators of work stress processes: Models, methods and measures. *Work Stress*; 1994; 8: 110-29.
5. Kristensen TS, Borg V, Hannerz H. Socioeconomic status and psychosocial work environment: Results from a national Danish study. *Scand J Public Health*. 2001; 3: 41-8.
6. Calnan M, Wainwright D, Almond S. Job strain, effort-reward imbalance and mental distress: a study of occupation in general medical practice. *Work Stress*. 2000; 1: 297-311.
7. Brief AP, Burke MJ, George JM, Robinson BS, Webster J. Should negative affectivity remain an unmeasured variable in the study of job stress? *J Appl Psychol*. 1998; 7: 193-8.
8. Karasek RA, Theorell T. *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books; 1990.
9. De Jonge J, Mulder M, Nijhuis J. The incorporation of different demand concepts in the job demand control model: effects on health care professionals. *Soc Sci Med*. 1999; 48: 1149-60.
10. Kahn RL, Byosiere PP. Stress in organizations. In: Dunette MD, Hough LM, editors. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Palo Alto: Consulting Psychology Press; 1992. p. 571-650.
11. Rizzo JR, House RJ, Lirtzman SI. Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Adm Sci Quart*. 1970; 15: 150-63.
12. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
13. Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Windsor: National Foundation for Educational Research; 1972.
14. Warr PB. *Psychology at Work*. Harmondsworth: Penguin Books; 1996.
15. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol*. 1979; 52: 129-48.
16. De Jonge J, Bosma H, Richard P, Siegrist J. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large scale cross-sectional study. *Soc Sci Med*. 2000; 5: 1317-27.
17. Fowler FJ. *Survey research methods*. Thousand Oaks: Sage; 2002.

Se buscan

Revisores externos para Archivos de Prevención de Riesgos Laborales. Queremos ampliar y renovar nuestra base de revisores. Si estás interesado/a envía tu nombre completo, lugar de trabajo, correo electrónico y 5 palabras clave definiendo tus áreas de conocimiento y experiencia a Laura Fontcuberta (archivos@scsmt.org).

Gracias por tu colaboración!