

2020

WHO-5 Índice: validez, confiabilidad y aplicaciones de una escala para evaluar el bienestar subjetivo en salud laboral

OBSERVATORIO SRT Y COORDINACIÓN
DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES
EN SALUD EN EL TRABAJO

CECILIA CORNELIO y ADELA CONTRERAS

WHO-5 Índice: validez, confiabilidad y aplicaciones de una escala para evaluar el bienestar subjetivo en salud laboral

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social

Av. Leandro N. Alem 650, C1001AAO, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Sarmiento 1962, C1044 AAD, Buenos Aires

Responsable de la edición: Superintendencia de Riesgos del Trabajo

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Mayo 2020

Agradecimientos:

Las autoras expresan su agradecimiento a las personas del CEISAT, del Observatorio y del Departamento de Capacitación de la SRT por sus contribuciones. Y agradecen especialmente al Dr. Marcelo Amable de la Universidad de Avellaneda por su exhaustiva revisión y comentarios.

Para consultar las publicaciones editadas por el Observatorio de Salud y Seguridad en el Trabajo puede ingresar a <https://www.argentina.gob.ar/srt/observatorio-srt>

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	4
1) INTRODUCCIÓN	5
2) USO DEL CUESTIONARIO WHO-5 ÍNDEX EN ARGENTINA	5
I. Acerca del WHO-5 Índice	5
II. El Cuestionario WHO-5 en Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo y Salud en Argentina	7
3) ESTUDIO DE VALIDACIÓN	8
I. Metodología	8
II. Resultados	9
4) DISCUSIÓN	17
5) CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	19
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	21

RESUMEN

Las encuestas nacionales de trabajo y salud sistematizan información sobre la temática a nivel poblacional. La inclusión de un indicador de bienestar subjetivo permite describir a la salud en su multidimensionalidad.

Se eligió el WHO5 Índice por ser una escala corta que cuenta con amplia validación a nivel mundial y cuenta con la ventaja adicional de haber sido incluida con éxito en encuestas de similares características. En función de eso, se decidió encarar su validación para ser incluido en encuestas poblacionales de salud y de trabajo en Argentina.

Para realizar la validación de la escala, se utilizaron datos primarios del *"Estudio sobre percepciones del Sistema de Riesgos del Trabajo, condiciones laborales, salud y prevención en población asalariada registrada"* producida por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo en el 2017 en Argentina, con una muestra de 2308 casos. Se analizaron aspectos de la validez tanto en lo que hace a su relación con datos sociodemográficos y con la salud autopercebida, como con la pertinencia de su aplicación en el ámbito laboral.

El indicador, demostró ser un fiable complemento de la noción de salud autopercebida y ser sensible tanto al impacto de las dimensiones de riesgo laboral estudiadas como a indicadores del capital social en el trabajo.

1) INTRODUCCIÓN

Las encuestas de condiciones de trabajo y salud llevadas a cabo en Argentina en 2017 y 2018 por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS) y la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), configuran un sistema de información cuya sistematización permite medir la evolución y cambios en las prevalencias de exposición a riesgos y de efectos en la salud de la población trabajadora.

El Modelo de Estudio en Salud Laboral¹, en el que se basan dichos estudios, toma a la salud en sus múltiples dimensiones, yendo más allá de los daños, e incluyen el modo en que el/la trabajador/a percibe su salud y bienestar. En efecto, los daños a la salud son un indicador válido y necesario pero no suficiente. La complejidad del concepto de salud/enfermedad habilita distintas vías de abordaje del fenómeno. Una es la autopercepción. Esta representa una medida simple y a la vez eficaz que incorpora la multidimensionalidad de la salud^{2 3 4}. Desde esta perspectiva resulta imposible separar la salud mental de la salud general. Es por ello que en la descripción de la salud autopercebida, la inclusión del eje del bienestar subjetivo resulta especialmente enriquecedor.

Tradicionalmente la OMS ha definido la "salud" haciendo lugar a la complejidad del fenómeno. Entender que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"⁵ permite incorporar en el concepto dimensiones psicosociales y la consideración de lo que ocurre en los individuos incluso en "ausencia" de enfermedades o síntomas. En adición a esto, el uso del bienestar subjetivo como sinónimo de salud mental^{6 7, 8} permite perspectivas de abordaje más amplias.

Existe un vasto recorrido de investigaciones internacionales para el desarrollo de índices de bienestar subjetivo y evaluación de la esfera de salud mental. Se dispone de diferentes cuestionarios utilizados en distintos contextos como el Cuestionario de Salud General Golberg (GHq-12)^{9 10}, el Cuestionario de Salud SF-36^{11 12}, entre otros. El WHO5 Índice de la Organización Mundial de la Salud, surge como un indicador adecuado que cuenta con validaciones a lo largo del mundo y ha sido incluido en encuestas de similares características a las que aquí nos ocupan^{13 14} Su incorporación en las encuestas argentinas permitió llevar a cabo su validación para uso en nuestro país en el ámbito laboral.

2) USO DEL CUESTIONARIO WHO-5 ÍNDEX EN ARGENTINA

I. Acerca del WHO-5 Índice

El WHO-5 Índice de la Organización Mundial de la Salud es un cuestionario con una escala corta de cinco elementos que mide el *bienestar subjetivo*.

El WHO-5 deriva del WHO-10 que a su vez proviene de una escala de calificación de 28 ítems utilizada en un estudio multicéntrico de la OMS en 8 países europeos diferentes. Los 10 que componen el WHO-10 se identificaron como los ítems más potentes de la escala original que a su vez se seleccionaron de las escalas de Zung para depresión, angustia y ansiedad, así como del Cuestionario de Salud General y la Escala de Bienestar Psicológico General¹⁵.

El WHO-5 fue presentado en una reunión de la OMS en Estocolmo en febrero de 1998 como parte de un proyecto sobre la medición del bienestar en pacientes de atención primaria de salud. Luego, la Oficina Regional de la OMS en Europa inició la traducción de la versión original en inglés de la WHO-5 a varios otros idiomas. En la actualidad, se ha traducido a más de 30 idiomas y se ha utilizado en proyectos de investigación en todo el mundo¹⁶.

La inclusión de lo psíquico y la adopción de una perspectiva teórica que apunta a una definición positiva de la salud, permiten arribar a la noción de *bienestar subjetivo*. El WHO-5 Índice se enfoca específicamente en este concepto. Hace hincapié en la suma de satisfacciones que hace que la vida valga la pena ser vivida, y constituyen el polo opuesto al dolor psíquico¹⁷.

El diseño del cuestionario propone 3 aspectos para su análisis: ánimo positivo, vitalidad, e interés general. La amplitud conceptual de cada una de ellas permite su aplicación en contextos diversos sin perder especificidad en cuanto a los dominios que pretende conocer. El cuestionario indaga acerca de cómo se sintió la persona en las últimas dos semanas.

Cuadro 1: Cuestionario WHO-5 Índice. Ítems y categorías de respuesta

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Menos de la mitad del tiempo	De vez en cuando	Nunca
¿Con qué frecuencia se ha sentido alegre y de buen humor?	5	4	3	2	1	0
¿Con qué frecuencia se ha sentido tranquilo y relajado?	5	4	3	2	1	0
¿Con qué frecuencia se ha sentido activo y enérgico?	5	4	3	2	1	0
¿Con qué frecuencia se ha sentido fresco y descansado?	5	4	3	2	1	0
¿Con qué frecuencia su vida cotidiana ha estado llena de cosas que le interesan?	5	4	3	2	1	0

II. *El Cuestionario WHO-5 en Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo y Salud en Argentina*

Incorporar al bienestar subjetivo como indicador o como predictor en el Modelo de Salud Laboral permite mayor sensibilidad para captar situaciones propias de la salud/ enfermedad como proceso dinámico. En función de eso, se decidió encarar su validación para ser incluido en encuestas poblacionales de salud y de trabajo.

El "Estudio sobre percepciones del Sistema de Riesgos del Trabajo, condiciones laborales, salud y prevención en población asalariada registrada" de 2017 forma parte de una serie de estudios realizados en el país para obtener información sobre la situación de empleo y trabajo, protección social, salud y prevención desde la perspectiva de la población trabajadora, para fortalecer el desarrollo de políticas públicas y la investigación en salud y seguridad en el trabajo (SRT,2018)¹⁹.

Este tipo de encuestas es útil para construir sistemas de vigilancia de la salud de los trabajadores y complementar los registros oficiales de accidentabilidad por su posibilidad de llegar a un universo de población "sana". Asimismo, permiten abordar la situación de salud/enfermedad en el trabajo más allá de los indicadores tradicionales. Es así como resulta apropiado incluir el bienestar subjetivo en su estudio. Un antecedente exitoso es el de la European Working Conditions Survey²⁰ que va en ese sentido.

Si bien el Índice WHO-5 inicialmente fue desarrollado para situaciones o poblaciones específicas como el screening de depresión en atención primaria de la salud, la evaluación psicofísica como resultado en los ensayos clínicos controlados, o el diagnóstico de síntomas en poblaciones de adultos mayores, se hace necesaria su evaluación y validación para ser incluido en encuestas poblacionales de salud y de trabajo.

Dentro de las encuestas nacionales argentinas, se incluyó entonces:

- a) el WHO-5 Índice (también incluido en el cuestionario básico CTESLAC²¹) para estimar el status de bienestar subjetivo, y la autopercepción de la salud;
- b) eventos en la salud de la población trabajadora como accidentes de trabajo, enfermedades relacionadas al trabajo, visitas médicas por cuestiones laborales, y un conjunto de signos y síntomas del proceso salud-atención-enfermedad;
- c) las condiciones de empleo, los riesgos del medioambiente laboral, y dimensiones ampliamente validadas de factores de riesgo psicosocial en el trabajo (Copsoq/ Ista 21/ Copsoq ARG²²).

3) ESTUDIO DE VALIDACIÓN

Las escalas, como todos los instrumentos de medición, deben mostrar altos valores de validez y de confiabilidad. La validez indica la capacidad del instrumento de medir el constructo que pretende cuantificar, y la confiabilidad, la propiedad de mostrar resultados similares, libre de error, en repetidas mediciones²³. La confiabilidad es una condición necesaria pero no suficiente para garantizar la validez de un instrumento. La inclusión, por lo tanto, de nuevas escalas en cada contexto particular, por ejemplo en encuestas poblacionales de salud y trabajo, amerita un estudio de validación apropiado.

Se utilizaron como datos primarios los obtenidos en la encuesta de salud y trabajo 2017:

I. Metodología

*"Estudio sobre percepciones del Sistema de Riesgos del Trabajo, condiciones laborales, salud y prevención en población asalariada registrada"*²⁴.

Población objetivo: población mayor de 16 años ocupada en empleos asalariados formales, con residencia habitual en los 10 principales aglomerados urbanos del país (que concentran 60% de asalariados registrados en áreas urbanas: AMBA, Gran Rosario, Gran Córdoba, Gran Mendoza, Gran La Plata, Gran Tucumán - Tafí Viejo, Mar del Plata, Salta, Gran Santa Fe y Gran San Juan).

Unidades de análisis: trabajadores/as en relación de dependencia, con contrato permanente o temporal registrado en la seguridad social, en ámbito público o privado, que reciben retribución en forma de salario.

Diseño de la muestra: probabilístico, aleatorio, polietápico.

Aplicación: Entrevista en domicilio del trabajador, cuestionario administrado por encuestadores capacitados.

Tamaño de muestra: 2.308 casos.

El cuestionario aplicado incluía, en el módulo salud, una versión en español del WHO-5 Índice, compuesta por los 5 ítems mencionados anteriormente.

La puntuación directa de la escala oscila entre 0 (ausencia de bienestar) y 25 (bienestar máximo), pero debido a que las escalas de medición de salud relacionadas con la calidad de vida se traducen convencionalmente a una escala de porcentaje desde 0 (ausente) a 100 (máximo), en el marco de esta investigación se multiplica este puntaje por 4. Una puntuación ≤ 50 sugiere bienestar subjetivo bajo y es un punto de partida para exámenes adicionales. Se

utilizó para las mediciones el score general, y como variable cualitativa la definida como "bienestar bajo" (score < a 50).

Otras variables analizadas por medio de la encuesta incluyen: factores sociodemográficos, de empleo, físicos y dis-ergonómicos, de la organización del trabajo, indicadores de capital social en el trabajo, salud auto-percibida y accidentes de trabajo. Las 7 dimensiones de riesgo psicosocial fueron extraídas del cuestionario versión corta COPSOQ ARG (Ver Anexo I contenido y definiciones de las dimensiones).

Para el análisis estadístico psicométrico se consideró la confiabilidad, la validez y los efectos "techo" y "piso" para evaluar la aceptación de la escala (se considera que estos efectos están presentes cuando el mínimo valor y el máximo alcanzan 15% o más de respuestas). La consistencia interna se midió con el α de Cronbach (éste, se considera, debe ser mayor o igual a 0.70).

Para estimar la validez de constructo se realizó un análisis factorial, por el método exploratorio de componente principal. Se utilizó el método de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de Barlett's. También se evaluó la validez convergente a través de la correlación con factores de la organización del trabajo y de capital social con el coeficiente rho de Spearman. Se consideró una correlación baja las menores a 0,3, media 0,3 – 0,5 y alta mayor de 0,5. La relación entre variables de riesgo laboral y el bienestar psicofísico se evaluó considerando un resultado de bienestar psicofísico menor o bajo al obtenido como score menor de 50.

Para el análisis estadístico se usaron los software STATA v9 y SPSS v20.

II. Resultados

La aceptabilidad de este estudio se observa como muy buena, la presencia de piso fue del 0,1% y el techo de 6,4% de los casos.

Para la descripción de la frecuencia y distribución del score en la población estudiada se obtuvieron estadísticos clásicos que se observan en las Tablas 1, 2 y 3.

La media y mediana del score obtenida en esta población son de 71 (intervalo de confianza IC 70,3-71,8) y 72 respectivamente. El 50% de la población se concentra en el intervalo central de 60 a 84. Se dividió la distribución en terciles para relacionar con otras variables incluidas en el estudio.

En el Gráfico 1 se observa un pequeño grupo -10- de casos extremos u outsiders que fueron separados para el análisis.

Tabla 1. Descriptivos generales del Score de WHO-5 Argentina, 2017

WHO5s		Estadístico	Error estándar
Media		71,04	0,38
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	70,30	
	Límite superior	71,78	
Media recortada al 5%		71,82	
Mediana		72	
Varianza		327,19	
Desv. Típ.		18,08	
Mínimo		0	
Máximo		100	
Rango		100	
Amplitud intercuartil		24	
Asimetría		-0,598	0,05
Curtosis		0,145	0,10

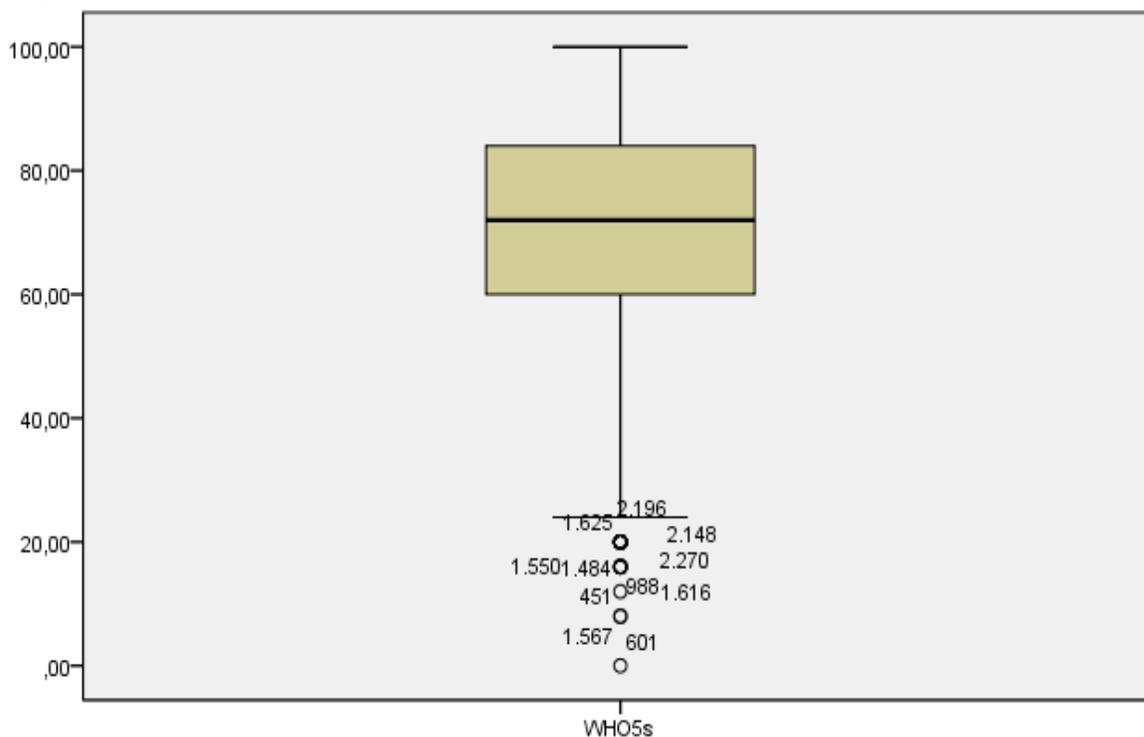
Tabla 2. Distribución del score WHO-5

	Percentiles						
	5	10	25	50	75	90	95
Promedio ponderado	36	48	60	72	84	92	100
Biasagras de Tukey			60	72	84		

Tabla 3. Estadísticos de la distribución del score WHO5

Distribución en terciles del score WHO5		
	N Válidos	2280
Mediana		72
Terciles	1°	0 - 64
	2°	65 - 84
	3°	85 - 100

Gráfico 1. Distribución y casos extremos del score WHO-5 en la población estudiada (Argentina, 2017)



Validez de constructo y fiabilidad

La consistencia interna del α de Cronbach, correlación total del elemento e inter-elemento se calcularon para evaluar la fiabilidad de la escala. Para la consistencia interna un α de 0,70-0,80 es lo deseable y la correlación item-total debe estar por encima de 0,20.

Las propiedades psicométricas evaluadas por lo tanto, demuestran una gran fiabilidad (α de Cronbach = 0,803) y excelente coherencia interna entre los ítems del cuestionario (Tablas 4 y 5).

Tabla 4. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,803	0,804	5

Tabla 5. Estadísticos descriptivos de fiabilidad

	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
¿Con qué frecuencia se ha sentido alegre y de buen humor?	14,268	0,638	0,449	0,754
¿Con qué frecuencia se ha sentido tranquilo y relajado?	12,454	0,684	0,541	0,733
¿Con qué frecuencia se ha sentido activo y enérgico?	14,374	0,554	0,317	0,775
¿Con qué frecuencia se ha sentido fresco y descansado?	12,339	0,628	0,448	0,754
¿Con qué frecuencia su vida cotidiana ha estado llena de cosas que le interesan?	15,225	0,453	0,215	0,803

La validez de constructo de una escala describe sus propiedades como medida coherente de una dimensión de interés (en este caso bienestar subjetivo). La validez de constructo se evalúa determinando si cada elemento de la escala aporta información única acerca de la dimensión. La escala válida, por lo tanto cubre el rango teórico desde la ausencia completa de bienestar al más alto nivel imaginable de bienestar.

En el análisis exploratorio factorial de la estructura del cuestionario para determinar la validez de constructo, el método de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de Barlett 's utilizados mostraron: la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,786 (el KMO por lo tanto fue mayor a 0,5) y estadísticamente significativo ($p < 0,0001$), lo que indica una estructura sólida de la escala. Realizando un análisis de extracción de componentes (método de componentes principales) se obtiene un solo componente, que explica el 57% de la varianza (Tabla 6).

Tabla 6. Análisis factorial. Componentes principales: matriz de componentes del score WHO-5 (Argentina, 2017)

	Componente
	1
¿Con qué frecuencia se ha sentido alegre y de buen humor?	0,787
¿Con qué frecuencia se ha sentido tranquilo y relajado?	0,828
¿Con qué frecuencia se ha sentido activo y enérgico?	0,719
¿Con qué frecuencia se ha sentido fresco y descansado?	0,781
¿Con qué frecuencia su vida cotidiana ha estado llena de cosas que le interesan?	0,625

*Método de extracción: análisis de componentes principales

Por otro lado, se realizaron comparaciones a partir de medidas preestablecidas de modo teórico. Dado que se pretendió demostrar que el WHO-5 Índice representa una herramienta confiable para medir el bienestar subjetivo en el ámbito del trabajo, se buscaron correlaciones con factores de riesgo psicosocial en el trabajo (validez convergente, Tabla 7).

Se realizó un análisis de correlación por el método de Spearman 's para explorar los factores relacionados con los puntajes del cuestionario por medio de las 7 dimensiones de la versión COPSOQ ARG en español del Cuestionario Copsoq que también fue incorporado a la encuesta (2017) en su versión corta^{25 26 27}.

Tabla 7. Validez convergente del score WHO-5. Correlación con dimensiones psicosociales del COPSOQ ARG

WHO - 5 score	WHOSs	Exigencias	Organización del trabajo	Relaciones interpersonales	Inseguridad	Justicia	Confianza	Doble presencia
Coefficiente de correlación*	1,000	-,142	-,110	-,346	-,089	-,364	-,283	-,122
Sig. P(bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
N	2.588	2.588	2.588	2.572	2.585	2.583	2.586	2.588

* Rho de Spearman.

Se observa una asociación significativa ($p < 0,001$ en todos los casos) entre el score WHO-5 y las variables psicosociales, si bien la fuerza de asociación es mayor con las dimensiones psicosociales de "Relaciones interpersonales y liderazgo", "Justicia" y "Confianza". En todos los casos la correlación es negativa, es decir cuando mayor es el puntaje de riesgo psicosocial menor es el score de bienestar medido por el WHO-5 Índice.

También se explora la *validez discriminativa*, es decir la distribución del score WHO-5 según variables socio demográficas (sexo, edad y nivel educativo formal) y de salud auto-percibida.

Si bien se detectan diferencias en el score WHO-5 entre hombres y mujeres, no se observan diferencias significativas en otras de contexto sociodemográfico. Sin embargo, es notable la capacidad de discriminación ente los distintos niveles de la salud auto-percibida.

Tabla 8. Validez de discriminación del score WHO-5: variables sociodemográficas

	Media	N	Desvío estándar	P valor
Sexo				
Masculino	73,1	1.263	17,4	<0,0001
Femenino	68,3	1.013	18,4	
Total	71,0	2.277	18,0	
Edad				
Hasta 30 años	72,7	521	17,9	0,070
De 31 a 44 años	70,3	943	18,4	
De 45 a 54 años	70,3	457	17,9	
De 55 años y más	71,6	351	17,3	
Total	71,0	2.272	18,1	

Tabla 9. Relación salud y WHO5 Índice. Distribución del Score WHO-5 según categorías de Salud Autopercebida

Salud Autopercebida		Estadístico	
Muy bueno	Media	77,52	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	76,39
		Límite superior	78,66
	Mediana	80,00	
	Desvío estándar	16,03	
	Mínimo	20,00	
	Máximo	100,00	
Bueno	Media	68,30	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	67,36
		Límite superior	69,24
	Mediana	72,00	
	Desvío estándar	17,93	
	Mínimo	0,00	
	Máximo	100,00	
Malo	Media	57,18	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	53,06
		Límite superior	61,30
	Mediana	56,25	
	Desvío estándar	18,03	
	Mínimo	12,00	
	Máximo	92,00	
Muy malo	Media	51,07	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	39,04
		Límite superior	63,11
	Mediana	52,00	
	Varianza	328,52	
	Desvío estándar	18,12	
	Mínimo	24,00	
Máximo	72,00		

En la medida que la percepción de la propia salud empeora, el score (media y mediana) del WHO-5 disminuye, observándose una tendencia de gradiente a percibir el bienestar psicofísico como bajo.

Asociación de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo y el bienestar psicofísico

El porcentaje de la población bajo estudio que padece de bienestar psicofísico bajo (score menor de 50) es del 12,9%.

Si se focaliza el análisis en los puntajes bajos del WHO-5 Índice (es decir <50) y se relacionan con las dimensiones psicosociales evaluadas en terciles (valores de baja exposición o más favorables a la salud hasta valores altos o más desfavorables a la salud), en aquellos terciles donde se observa la mayor exposición a los factores de riesgo psicosocial se encuentra la población trabajadora de menor bienestar, según se observa en la Tabla 10.

Tabla 10. Asociación entre dimensiones psicosociales (en terciles) y bienestar psicofísico (en % de población con bienestar bajo o menor a score de 50)

Dimensiones psicosociales en Terciles*		Porcentaje de población estudiada con Bajo Bienestar Psicofísico	
		N	%
Exigencias en el Trabajo	1°	70	9,1%
	2°	94	11,9%
	3°	129	18,2%
Organización del Trabajo	1°	107	11,2%
	2°	53	12,1%
	3°	134	15,2%
Relaciones Interpersonales y Liderazgo	1°	45	5,8%
	2°	82	10,7%
	3°	168	22,5%
Inseguridad	1°	75	9,2%
	2°	111	15,1%
	3°	109	14,7%
Justicia	1°	48	5,9%
	2°	79	10,6%
	3°	168	23,1%
Confianza	1°	59	6,8%
	2°	34	10,8%
	3°	202	18,3%
Doble Presencia	1°	56	7,2%
	2°	70	12,9%
	3°	169	17,4%

*Dimensiones psicosociales en terciles: 1°tercil: más favorable para la salud; 2°tercil: intermedio; 3°tercil: más desfavorable para la salud.

Del mismo modo que lo observado a través de las correlaciones de Spearman, las dimensiones psicosociales de exigencias, relaciones interpersonales y liderazgo, justicia, confianza y también doble presencia, en sus terciles *-a priori-* menos favorables para la salud (3° tercil), concentran una prevalencia mayor de trabajadores con bienestar psicofísico bajo, en relación a los terciles de exposición más favorables a la salud (1° tercil).

4) DISCUSIÓN

Los buenos resultados, en cuanto a sus propiedades psicométricas como instrumento, lo consolidan en su validez para ser incorporado en Encuestas de Condiciones de Trabajo y Salud tal como ocurre en otros sitios del mundo^{28 29}.

El WHO-5 Índice ha sido ampliamente utilizado para medir el bienestar subjetivo.

Al igual que en este trabajo existen antecedentes de su uso en la investigación del bienestar subjetivo en espacios de trabajo, la relación entre las condiciones de empleo, de trabajo y bienestar, particularmente, en lo que hace a condiciones psicosociales del trabajo. En efecto, Gao *et al*³⁰ hallaron que aproximadamente el 35% de un total de 2.796 empleados presentaban bajo bienestar (puntuación de corte en la OMS-5 de <50) y que se encontraba asociado a un bajo capital social en el lugar del trabajo. El concepto de capital social tiene muchos puntos de contacto con lo que aquí se desarrolló como factores psicosociales del trabajo^{31 32}.

Nuestros resultados van en una dirección similar a los estudios internacionales mencionados, en tanto la mayor presencia de factores de riesgo psicosocial en el trabajo se asocia con peores valores en cuanto a bienestar subjetivo percibido. Particularmente los factores de riesgo psicosocial en el trabajo vinculados al concepto de capital social (relaciones interpersonales, justicia, confianza) se encuentran estrechamente relacionados con el bienestar psicofísico. En otros contextos culturales, encontramos también ejemplos de ello: un estudio prospectivo multinivel en Finlandia³³ demostró que el bajo capital social a nivel individual era un predictor de la depresión autoinformada. Además, un estudio transversal en Alemania³⁴ también halló que el bajo capital social en el lugar de trabajo estaba asociado con una mala salud mental medida por el WHO-5 Índice.

Limitaciones y ventajas del estudio

Por tratarse de una encuesta cuyo universo bajo análisis es la población trabajadora asalariada formal, hacer estimaciones sobre asociaciones o magnitudes del score WHO-5 en otros subuniversos de la población trabajadora como los asalariados informales o la población trabajadora independiente conllevan a una limitación y no podría realizarse.

De todos modos, y hasta donde el estado de conocimiento se refleja, este es el primer y único estudio donde esta escala es validada apropiadamente en idioma español en el continente latinoamericano y, más aún, utilizada en estudios de tipo comunitarios en el ámbito de la salud ocupacional.

5) CONCLUSIONES

La complejidad del fenómeno de salud/enfermedad presenta constantes desafíos en cuanto al modo de generar indicadores precisos para describirlo a nivel poblacional. En este documento se expone una medida sencilla y robusta a la vez, para integrar la salud en todas sus dimensiones en el estudio de las condiciones de empleo y trabajo.

Considerar la salud de manera positiva, de modo integral y multidimensional, permitirá no solo focalizarse en la prevención de riesgos, sino también integrar al mundo del trabajo la promoción de la salud.

Por lo desarrollado hasta aquí, la inclusión del WHO-5 Índice en las encuestas nacionales a trabajadores sobre condiciones de empleo, trabajo, salud y seguridad permitirá contar, con un grado sustancial de certeza, con un indicador sólido en próximos estudios para profundizar la descripción general de la salud de los trabajadores y sus relaciones con las dimensiones de riesgos en toda su extensión.

En el presente estudio demostró ser sensible tanto al impacto de las dimensiones de riesgo laboral estudiadas como a indicadores del capital social en el trabajo. Y lo convierte en una excelente herramienta para la evaluación en salud laboral.

BIBLIOGRAFÍA

Bech P; Lunde M; Bech-Andersen G; Lindberg L; Martiny K (2007): "Psychiatric outcome studies(POS): does treatment help the patients? A Popperian approach to research in clinical Psychiatry". Nord J Psychiatry 2007; 61 :4-34.

Benavides FG, García AM, Ruiz Frutos-Carlos (2014): "Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales", 4ta edición, Elsevier, Masson Barcelona, 3-15

Benavides Fernando G., Merino-Salazar Pamela, Cornelio Cecilia, Assunção Ada Avila, Agudelo-Suárez Andrés A., Amable Marcelo et al. Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 2020 Abr 17]; 32 (9): e00210715. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000904004&lng=es. Epub 10-Oct-2016.

Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño J. A, Astudillo-García CI (2017): "Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple", Biomédica 2017; 37(Supl.1):92-103. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/Índex.php/biomedica/article/view/3070> Último ingreso marzo 2020.

Cornelio, C; Zelaschi, C. et al (2015) "Estudio de adaptación y validación para argentina del cuestionario psicosocial de Copenhague (Copsoq-istas21)" Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuestionario_psicosocial.pdf Último ingreso marzo 2020

Eurofound (2012): "Fifth European Working Conditions Survey", Publications Office of the European Union, Luxembourg. Disponible en <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/working-conditions/fifth-european-working-conditions-survey-overview-report> Visitado abril 2020

Gao J, Weaver SR, Dai J, Jia Y, Liu X, et al. (2014) Workplace Social Capital and Mental Health among Chinese Employees: A Multi-Level, Cross-Sectional Study. PLoS ONE 9(1): e85005. doi:10.1371/journal.pone.0085005

Idler EL, Benyamini Y (1999): "Community studies reporting association between self-rated health and mortality. Aditonal studies 1995-1998", Research on Aging 21 (3) 392-401.

Idler EL, Benyamini Y (1997): "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". J Health Soc Behav. 1997, 38:21-37

Kouvonen, A., Kivimäki, M., Vahtera, J. *et al.* (2006) "Psychometric evaluation of a short measure of social capital at work" *BMC Public Health* 6, 251 (2006). Disponible en <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-251>

OMS (2014): "Documentos Básicos", 48° Edición. Disponible en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
Ultimo ingreso marzo 2020

OMS (2005): "Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice : report of the World Health Organization" Editors: Helen Herrman Shekhar Saxena Rob Moodie, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Disponible en https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf Ultimo ingreso marzo 2020

SRT (2018): "Estudio sobre percepciones del Sistema de Riesgos del Trabajo, condiciones laborales, salud y prevención en población trabajadora asalariada registrada - 2017" Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estudio_sobre_percepciones_del_sistema_de_riesgos_del_trabajo_condiciones_laborales_salud_y_preencion_en_poblacion_trabajadora_asalariada_registrada.pdf

SRT (2019): Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS) 2018 Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/srt/observatorio-srt/encuestas-salud-trabajo/ECETSS-2018/libro>. Ultimo ingreso marzo 2020

Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, et al (1999): "Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study" *Occupational and Environmental Medicine* 1999;56:302-307.

Winther Topp, Christian, Dinesen Østergaard, Søren Søndergaard, Susan Bech Per (2015) "The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature Psychother Psychosom 2015;84:167-176

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Benavides FG, García AM, Ruiz Frutos-Carlos (2014): "Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales", 4ta edición, Elsevier, Masson Barcelona, 3-15
- ² Bustos-Vázquez E, Fernández-Niño J. A, Astudillo-García CI (2017): "Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple", *Biomédica* 2017; 37(Supl.1):92-103. Disponible en: <https://revistabiomedica.org/Índex.php/biomedica/article/view/3070> Último ingreso marzo 2020.
- ³ Idler EL, Benyamini Y (1999): "Community studies reporting association between self-rated health and mortality. Additional studies 1995-1998", *Research on Aging* 21 (3) 392-401.
- ⁴ Idler EL, Benyamini Y (1997): "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". *J Health Soc Behav.* 1997, 38:21-37.
- ⁵ OMS (2014): "Documentos Básicos", 48º Edición. Disponible en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7> Ultimo ingreso marzo 2020
- ⁶ Winther Topp, Christian, Dinesen Østergaard, Søren Søndergaard, Susan Bech Per (2015) Op. Cit
- ⁷ OMS (2005): "Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice : report of the World Health Organization" Editors: Helen Herrman Shekhar Saxena Rob Moodie, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Disponible en https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf Ultimo ingreso marzo 2020.
- ⁸ En este documento "bienestar psicofísico" y "bienestar subjetivo" se toman como sinónimos.
- ⁹ BRABETE, ANDREEA C. y (2014), "El Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12): estudio de traducción y adaptación de la versión rumana." *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, Vol. 1, núm.37, pp.11-29 [Consultado: 18 de Mayo de 2020]. ISSN: 1135-3848. Disponible en : <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4596/459645433002>.
- ¹⁰ Villa G., I. C., Zuluaga Arboleda, C. & Restrepo Roldán, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (3), 532-545.
- ¹¹ Wagner AK, Gandek B, Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, et al. Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment.* *J Clin Epidemiol.* 1998;51:925-32.
- ¹² Vilagut Gemma, Ferrer Montse, Rajmil Luis, Rebollo Pablo, Permanyer-Miralda Gaietà, Quintana José M. et al . El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit [Internet].* 2005 Abr [citado 2020 Mayo 18]; 19(2): 135-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.
- ¹³ Eurofound (2012): "Fifth European Working Conditions Survey", Publications Office of the European Union, Luxembourg. Disponible en <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/working-conditions/fifth-european-working-conditions-survey-overview-report> Visitado abril 2020
- ¹⁴ Benavides et al (2016): "Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe" *Cad Saude Publica* 2016. Citado por SRT (2019): Encuesta Nacional a Trabajadores sobre Condiciones de Empleo, Trabajo, Salud y Seguridad (ECETSS) 2018 Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/srt/observatorio-srt/encuestas-salud-trabajo/ECETSS-2018/Libro> Visitado abril 2020.
- ¹⁵ Winther Topp, Christian, Dinesen Østergaard, Søren Søndergaard, Susan Bech Per (2015) Op. Cit
- ¹⁶ Winther Topp, Christian, Dinesen Østergaard, Søren Søndergaard, Susan Bech Per (2015) Op. Cit

-
- ¹⁷ OMS (2005): "Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice : report of the World Health Organization" Editors: Helen Herrman Shekhar Saxena Rob Moodie, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Disponible en https://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf Visitado abril 2020
- ¹⁸ Winther Topp, Christian, Dinesen Østergaard, Søren Søndergaard, Susan Bech Per (2015) Op. Cit
- ¹⁹ SRT (2019): *Op. Cit.*
- ²⁰ Eurofound (2012): "Fifth European Working Conditions Survey", Publications Office of the European Union, Luxembourg. Disponible en <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2012/working-conditions/fifth-european-working-conditions-survey-overview-report> Visitado abril 2020
- ²¹ Cuestionario Básico sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en Latinoamérica y el Caribe. Citado por Benavides *et al* (2016)
- ²² Cornelio, C; Zelaschi, C. *et al* (2015) "Estudio de adaptación y validación para argentina del cuestionario psicosocial de Copenhague (Copsoq-istas21)" Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuestionario_psicosocial.pdf Visitado abril 2020
- ²³ Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la investigación. Cuarta edición. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006
- ²⁴ SRT (2018): "Estudio sobre percepciones del Sistema de Riesgos del Trabajo, condiciones laborales, salud y prevención en población trabajadora asalariada registrada – 2017" Disponible en https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/estudio_sobre_percepciones_del_sistema_de_riesgos_del_trabajo_condiciones_laborales_salud_y_prevenccion_en_poblacion_trabajadora_asalariada_registrada.pdf Visitado abril 2020
- ²⁵ SRT (2019): *Op. Cit*
- ²⁶ Cornelio, C; Zelaschi, C ; *et al* (2015): *Op. Cit*
- ²⁷ Benavides *et al* (2014) *Op. Cit.*
- ²⁸ Benavides *et al* (2016) *Op.Cit.*
- ²⁹ Eurofund (2012) *Op. Cit*
- ³⁰ Gao J, Weaver SR, Dai J, Jia Y, Liu X, *et al.* (2014) Workplace Social Capital and Mental Health among Chinese Employees: A Multi-Level, Cross-Sectional Study. PLoS ONE 9(1): e85005. doi:10.1371/journal.pone.0085005
- ³¹ Stansfeld SA, Fuhrer R, Shipley MJ, *et al* (1999): "Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study" Occupational and Environmental Medicine 1999;56:302-307.
- ³² Gao *et al* (2014), *Op.Cit*
- ³³ Eurofound (2012) *Op. Cit.*
- ³⁴ Bech P; Lunde M; Bech-Andersen G; Lindberg L; Martiny K (2007): "Psychiatric outcome studies (POS): does treatment help the patients? A Popperian approach to research in clinical Psychiatry". Nord J Psychiatry 2007; 61 :4–34. Citado por Winther Topp Christian Dinesen Østergaard, Søren Søndergaard Susan Bech Per (2015): *Op Cit*