

PRECARIEDAD LABORAL Y SALUD MENTAL, ENTENDIENDO UNA REALIDAD COMPLEJA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

OPIK-Working papers/Lan koadernoak 5.
2019



Cita sugerida:

Utzet M, Valero E, Mosquera I. ***Precariedad laboral y salud mental, entendiendo una realidad compleja: una revisión sistemática***. OPIK-Working papers/Lan koadernoak 5; 2019. Disponible en: www.ehu.eus/opik/working-papers

Junio 2019

Autora/es: Mireia Utzet^{a,b}
Erika Valero^{a,b}
Isabel Mosquera^{a,b}

^a Departamento de Sociología 2, Universidad del País Vasco UPV/EHU, Leioa

^b Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico-OPIK

© **Derechos de propiedad** OPIK-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico es el titular de todos los derechos de propiedad intelectual de los artículos originales publicados aquí, que serán gestionados conforme a la licencia Creative Commons.



Edita: OPIK-Grupo de Investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico.

ISSN: 2445-4419

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
1.1. <i>La precariedad laboral: definiciones y aproximaciones teóricas</i>	3
1.2. <i>Empleo y salud: evidencias y mecanismos causales</i>	4
1.3. <i>Objetivos</i>	5
2. METODOLOGÍA	6
2.1. <i>Fuentes de información y estrategia de búsqueda</i>	6
2.2. <i>Criterios y proceso de selección</i>	6
2.3. <i>Evaluación de calidad y extracción de datos</i>	6
3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN	8
3.1. <i>Resumen del proceso de revisión y selección</i>	8
3.2. <i>Características de los estudios seleccionados</i>	9
3.3. <i>Dimensiones de la precariedad laboral y su asociación con la salud mental</i>	31
3.4. <i>Mecanismos causales</i>	32
3.5. <i>Factores micro y macro</i>	33
4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	35
4.1. <i>Discusión de los principales resultados</i>	35
4.2. <i>Limitaciones y fortalezas</i>	38
4.3. <i>Conclusiones</i>	39
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXO	48

1. INTRODUCCIÓN

1.1. La precariedad laboral: definiciones y aproximaciones teóricas

En las sociedades contemporáneas, el trabajo (y su ausencia) es un determinante social de la salud, y puede ser tanto fuente de bienestar social y psicológico para el trabajador, como fuente de alienación y problemas para la salud (1). Esto dependerá de la organización social del trabajo, de las condiciones de ocupación y de trabajo, y de su contenido. El trabajo remunerado debería proporcionar acceso a recursos – materiales y simbólicos - imprescindibles para tener y mantener la salud, para conformar y organizar las estructuras psíquicas y sociales de las personas. El desempleo, por su propia naturaleza, impide el acceso a dichos recursos; pero el trabajo remunerado por sí sólo, no siempre lo garantiza.

El mundo del trabajo ha cambiado mucho durante los últimos decenios. Desde el fin de la Segunda Guerra Mundial hasta los años 70 se vivió la edad de oro del capitalismo en los países occidentales, en el que la ocupación “estándar” estable, a tiempo completo, salario más o menos generoso y con garantías sociales era la norma social (2). Este modelo implicaba una cierta seguridad para los trabajadores en diversos ámbitos (el mercado de trabajo, los salarios, la protección social), así como una homogenización en las condiciones de trabajo; pero tenía límites, puesto que básicamente incorporaba hombres autóctonos al mercado laboral. Existía también un mercado de trabajo periférico y con condiciones más precarias al que accedían mujeres, inmigrantes y jóvenes (3).

Desde finales de los años 70 el panorama económico, político, ideológico y social mundial se vio alterado. Fueron años de crisis, de aumento del paro y disminución de la producción. El estado se desvinculó de las relaciones laborales y de la defensa de los derechos de los trabajadores y, paralelamente, las empresas empezaron a aplicar estrategias de flexibilización y precarización en todos los factores productivos, también en las relaciones laborales y en las condiciones de trabajo de la mano de obra (trasladándole así parte del riesgo de la inseguridad del mercado) (2). Todo ello supone la quiebra de la norma social de empleo. Así, el conocido como empleo estándar - contrato indefinido, jornada completa, salario regular y “suficiente”, y derechos laborales -, propio de la era de bonanza, se contrae frente a la expansión de empleos marcados por la flexibilidad y la precarización. La inseguridad se convierte en una característica del mercado laboral (3), del empleo (también del estable) y de las condiciones de trabajo, así como de la vida profesional y social de los trabajadores, especialmente de jóvenes, mujeres e inmigrantes, entre los que empieza a enraizar la idea que la inseguridad laboral es inevitable (3).

En este contexto, la precariedad laboral se convirtió, rápidamente, en la nueva norma social de la ocupación. La precarización, entendida pues como una contraposición a la “buena ocupación”, afectaba en mayor o menor medida a todos los ámbitos en los que anteriormente se había conseguido cierta seguridad y a un gran espectro de las ocupaciones, también las estables. De esta manera, se consigue aumentar el esfuerzo de los trabajadores vulnerables y presionar a los estables, de manera que aceptan más fácilmente condiciones de trabajo degradadas.

Uno de los principales desafíos de la investigación en este campo es la falta de una definición clara de la precariedad laboral, más allá de ser un determinante social de la salud (4). Una gran parte de los estudios sobre la precariedad laboral ha utilizado una perspectiva unidimensional, asimilando el empleo precario al empleo inseguro (5) o al temporal (2). Aunque la inseguridad y la temporalidad son dos dimensiones centrales de la precariedad, representan sólo una parte de ella (6); para abarcar la complejidad del concepto se hace necesaria una aproximación multidimensional al concepto (7). Durante los últimos años se han desarrollado varias aproximaciones multivariadas, como la propuesta de Rodgers (8), el “*Employment Strain Model*” (9) o el EPRES (10). El denominador común de estas definiciones es que la precariedad laboral implica falta de seguridad en algún aspecto de las condiciones de empleo y de ocupación, vulnerabilidad, salarios bajos y pocas oportunidades de formación y progreso profesional. Estos aspectos están presentes en diferentes grados en todas las formas de empleo.

1.2. Empleo y salud: evidencias y mecanismos causales

El impacto del empleo temporal en la salud se ha evidenciado en un mayor riesgo de accidentes laborales, el incremento de morbilidad psiquiátrica, así como de presentismo por enfermedad, con posibles efectos negativos en la salud a largo plazo (11). Por su parte, la inseguridad laboral percibida se ha asociado con mala salud mental (5) y con varios indicadores de salud y seguridad ocupacional (12). Por otro lado, la investigación basada en enfoques multidimensionales del empleo precario y sus consecuencias para la salud es aún escasa, aunque hay un progreso claro (4). Durante la última década, varios estudios encontraron evidencia de que el empleo precario tiene un impacto en la salud física y particularmente en la salud mental (13,14). Además, el empleo precario y el alargamiento de las carreras precarias (la transición hacia un empleo estable cada vez se retrasa más) implica privaciones materiales y puede dificultar o impedir el desarrollo de un proyecto personal (15), consecuencias tradicionalmente vinculadas al desempleo. Dos revisiones teóricas publicadas en 2007 (6) y 2014 (4) han resumido los diferentes modelos, conceptos y hallazgos sobre el empleo precario y sus consecuencias para la salud mental, pero una revisión sistemática es relevante y necesaria.

Una deficiencia en este tema es la falta de marcos teóricos que muestren los mecanismos causales entre el empleo precario y la salud (16). Las principales vías causales propuestas en la literatura son la privación financiera y la posible pérdida de las funciones latentes del empleo cuando se trabaja en condiciones precarias (17), la asociación del empleo precario con una mayor exposición a condiciones de trabajo peligrosas (18), y la incertidumbre de los trabajadores y la falta de control sobre su situación laboral (4). Además, los modelos deberían incluir factores tanto de nivel micro como de nivel macro que describan los contextos en los que los individuos están incorporados, así como los vínculos entre estos factores, el empleo precario y la salud mental.

Partiendo del nivel micro, se necesitan estudios sobre el impacto diferencial del empleo precario según el género, la clase social y el estado migratorio. Debido a factores históricos relacionados con el género y la división de género en el mercado laboral y el trabajo doméstico (19), es imprescindible incluir una perspectiva sensible al género. Además, el apoyo social y la situación

familiar de los trabajadores pueden moderar el impacto del empleo precario en la salud (9,20), y se sabe poco al respecto. Situándonos en el nivel macro, el estado del bienestar y las políticas del mercado laboral son un determinante importante de la extensión del empleo precario y sus consecuencias para la salud (21). Sin embargo, el conocimiento sobre la interacción entre las estructuras a nivel macro y los factores individuales en la asociación del empleo precario y la salud es aún limitado. En este sentido, debería tenerse en cuenta la crisis estructural que se inició en 2008. Las reformas del mercado laboral y las políticas de austeridad implementadas en Europa plantearon amenazas para las condiciones de trabajo y la salud pública, provocando un deterioro del empleo y de las condiciones de trabajo, así como un aumento de las tasas de desempleo y del empleo precario en Europa, con fuertes efectos en la salud, especialmente de aquellos que ya son vulnerables (22).

1.3. Objetivos

En este contexto complejo, esta revisión tiene como objetivo actualizar la evidencia existente sobre la asociación entre el trabajo precario (utilizando enfoques unidimensionales y multidimensionales) y la salud mental, para evaluar qué indicadores se han utilizado más ampliamente y si su asociación con la salud mental se ha demostrado. También se ha examinado la inclusión de cuatro aspectos clave en la asociación: la incorporación de una perspectiva sensible al género; la discusión de mecanismos causales hipotéticos subyacentes a la asociación; la integración de variables del contexto social, político y económico (específicamente las políticas del estado de bienestar y el impacto de la crisis); y finalmente, la inclusión del apoyo social de los trabajadores y de la composición del hogar. Finalmente, busca identificar las lagunas en este ámbito de conocimiento, apuntando a futuras líneas de investigación.

2. Metodología

2.1. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura científica para identificar estudios sobre la asociación entre precariedad laboral y salud mental, publicados entre 2010 y mayo de 2018, con datos referentes al Área Económica Europea. Para ello, se utilizaron cuatro bases de datos: Pubmed, Embase, Web of Science y PsycInfo. Para establecer los términos de búsqueda relacionados con la Precariedad laboral se ha seguido la siguiente estrategia. En primer lugar, en base a las propuestas de Rodgers (8), Amable (7) y Van Aerden (26), se han definido las siguientes dimensiones de precariedad: inseguridad laboral, temporalidad, salario, derechos de los trabajadores, organización del tiempo de trabajo, participación, vulnerabilidad, desempoderamiento, y cambio organizativo y recortes de plantilla. A éstas se añaden aproximaciones multidimensionales. En segundo lugar, se han definido palabras clave para cada una de estas dimensiones, tal y como se muestra en la tabla A1.

La estrategia de búsqueda, que se ha discutido entre las investigadoras, ha consistido en la combinación con operador booleano AND de tres términos de búsqueda (preferiblemente MeSH): términos relacionados con la precariedad (según las dimensiones descritas en el párrafo anterior), términos referidos a la salud mental y términos relacionados con el país. Las palabras clave y la estrategia concreta de búsqueda se presentan en las tablas A1 y A2. Se completó la revisión con las referencias de las revisiones que se han encontrado durante el proceso.

2.2. Criterios y proceso de selección

La selección de los estudios se ha realizado en base a los siguientes criterios de inclusión y exclusión: i) estudios observacionales; ii) población activa (entre 18 y 65 años); iii) exposición a empleo precario; iv) resultados que incluyan salud mental (según los términos definidos a continuación); v) datos de países europeos (de la Unión Europea, Reino Unido, Noruega o Suiza); vi) escritos en inglés, español o francés; vii) publicados entre el 2010 y mayo de 2018; viii) con resultados estadísticos (por ejemplo Riesgo relativo (RR), Odds ratio (OR), Hazard ratio (HR)). Se han excluido los estudios que sólo se centran en la precariedad laboral sin analizar la asociación con salud mental.

El proceso de selección de los estudios se ha realizado en dos fases. En la primera, se ha hecho en base al título y al resumen. En la segunda fase la selección se ha basado en la lectura de los textos completos. Dos revisoras han participado en este proceso y han seleccionado las referencias que cumplían los criterios de inclusión. En el caso de haber discrepancia se ha discutido hasta llegar a un consenso.

2.3. Evaluación de calidad y extracción de datos

La valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos se realizó a partir de un instrumento de evaluación (27) que sigue los criterios expuestos por Sanderson et al (28). Los estudios incluidos se sintetizan en base a una tabla de extracción en la que se incluyen, i) las características generales (autor(es), año de publicación), ii) aspectos metodológicos (población

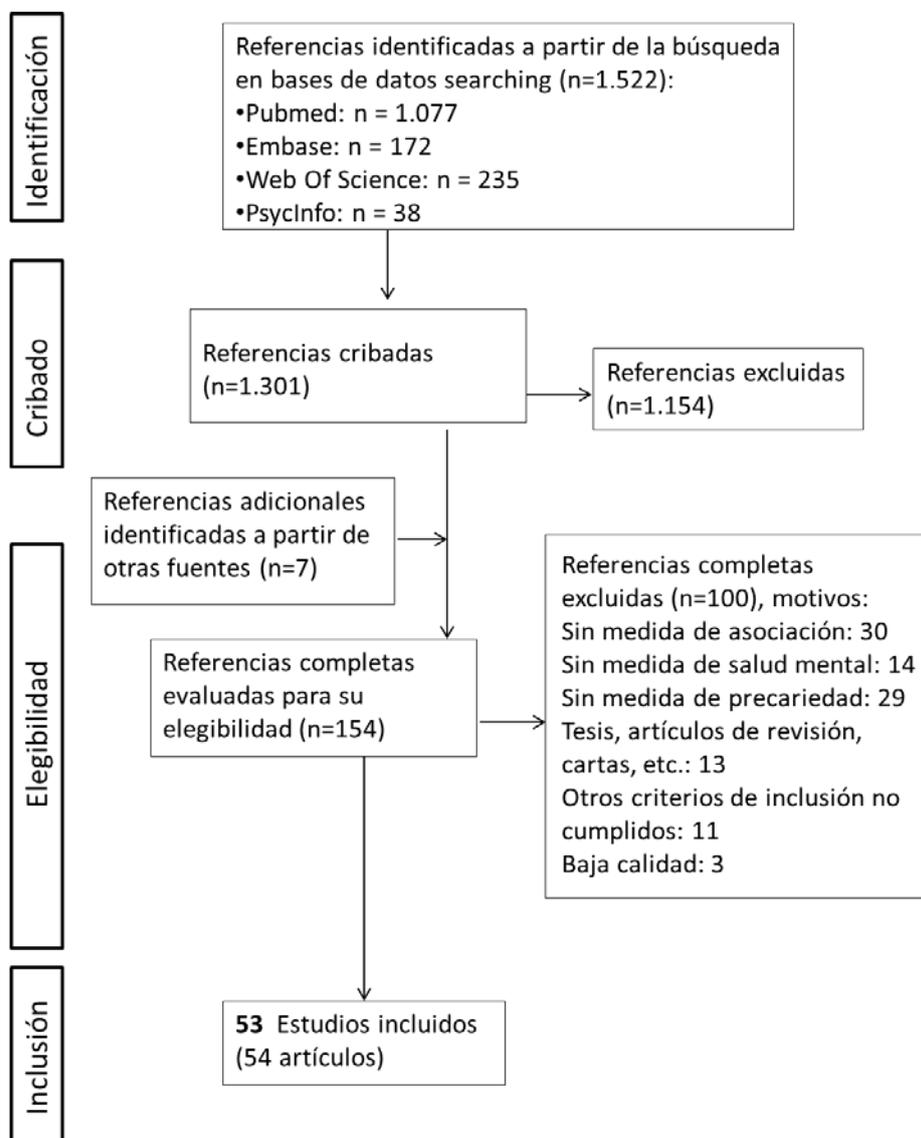
de referencia, muestra, variable de exposición, resultados y tipo de diseño), iii) resultados (tipo de análisis estadístico, medida de asociación, dirección y fuerza de la evidencia) y iv) conclusiones.

3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN

3.1. Resumen del proceso de revisión y selección

La figura 1 presenta el resumen del proceso de selección. La búsqueda en las bases de datos recuperó 1.522 artículos. Después de eliminar los duplicados, quedaron 1.301. De éstos, se eliminaron 1.154 artículos en el cribado por título y resumen, pero se añadieron 7 artículos en base a las referencias utilizadas en revisiones parecidas. Por tanto, quedaron 154 artículos para pasar el cribaje del texto entero. De éstos, 97 no cumplieron los criterios de inclusión, es decir, no analizaron la asociación entre precariedad y salud mental, no incluyeron ninguna variable de precariedad como explicativa o no incluyeron una variable sobre salud mental como dependiente, y tres presentaban una calidad baja (para ver la evaluación de calidad completa ver la tabla S2). Así pues, en la revisión se incluyeron 53 estudios que se describían en 54 artículos, puesto que los artículos de Andreeva (29) y de Brenner (30) analizan un mismo estudio.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de revisión y selección de estudios.



3.2. Características de los estudios seleccionados

En la tabla 1 se presentan las principales características de los estudios seleccionados. La mayoría de los 54 estudios tienen un diseño transversal, excepto seis estudios transversales repetidos y 12 longitudinales. 16 estudios se realizaron en Europa del Sur (entre los que destacan los 12 de España), 12 en los países nórdicos, 11 en Europa occidental y dos en Europa Central. Además 13 analizaban simultáneamente datos de varios países de la UE. Más de la mitad de los estudios se publicaron a partir de 2015, en todos los casos los datos analizados se recogieron entre 1995 y 2014 (excepto dos estudios longitudinales que recogen datos anteriores) y, en 35 estudios, a partir de 2009. La mayoría de los estudios analizaban muestras representativas de la población trabajadora en general.

Tabla 1. Características de los estudios

Primer /a autor/a, año	Diseño (año de datos)	Muestra, localización	Tamaño muestral (mujeres) y edad	Exposición	Resultados (instrumento)	Análisis estadístico	Medida de asociación	Conclusiones
Cambio organizativo y reducción de plantilla								
Andreeva E, 2017 (24)	Transversal (2009-2011)	Empleados/as que han sufrido o no un recorte de plantilla, Francia, Hungría, Suecia, UK	1.456 (666) 18-68 años	Reducción de plantilla combinado con estatus laboral	Síntomas de depresión (SCL-CD)	Regresión logística multivariante	ORaj (IC 95%). Desempleado después de recorte de plantilla reactivo: 3.42 (1.63 ; 7.20); reemplado después de un recorte de plantilla reactivo 3.79 (1.48 ; 9.69) supervivientes: 2.87 (1.39 ; 5.92).	Asociaciones positivas entre depresión, ansiedad y agotamiento emocional y algunas categorías de cambio en el estado del empleo (desempleados reactivos de mediana escala, desempleados reactivos a gran escala, supervivientes a gran escala).
					Ansiedad (HaDs)		ORaj (IC 95%). Desempleado después de recorte de plantilla reactivo: 4.19 (2.54 ; 6.91) y reemplado después de un recorte de plantilla reactivo: 4.20 (2.03 ; 8.03), supervivientes: 1.77 (1.06 ; 2.97) y desempleados: 3.81 (2.06 ; 7.05).	
					Agotamiento emocional (MBI-GS)		ORaj (IC 95%). Desempleado después de recorte de plantilla reactivo: 4.19 (2.54 ; 6.91) y reemplado después de un recorte de plantilla reactivo: 4.20 (2.03 ;	

							8.03), supervivientes: 1.77 (1.06 ; 2.97) y desempleados: 3.81 (2.06 ; 7.05).	
Brenner H, 2014 (30)		Empleados/as que han sufrido un recorte de plantilla, Francia, Hungría, Suecia, Reino Unido	758 (306)	Reestructuración de plantilla	Síntomas de depresión (SCL-90)	Regresión logística multinivel	OR (IC 95%). Categoría de referencia Trabajadores sin reestructuración de plantilla. Percibieron el proceso justo: 0.40 (0.27 ; 0.60); bien planificado: 0.45 (0.30 ; 0.67); estaban de acuerdo 0.53 (0.36 ; 0.79), confiaban en el empleador: 0.48 (0.33 ; 0.71); proceso caótico: 2.53 (1.73 ; 3.69)	La percepción de algunas dimensiones negativas del proceso de reducción de personal, como la falta de confianza en el empleador o la imparcialidad o exactitud del proceso, tuvieron un impacto negativo en los síntomas de la depresión. Los trabajadores que percibían el proceso de reducción de personal como justo e imparcial, bien planificado, que estuvieron de acuerdo con la reducción de personal y que confiaban en la veracidad del empleador tenían mejor salud mental.
Reichert A, 2017 (31)	Longitudinal (2002-2010)	Submuestra de trabajadores/as del sector privado del panel socioeconómico alemán	6.695 (2.812) 18-65 años	Reducción de personal	Salud mental (MCS)	Regresión de mínimos cuadrados, modelos de efectos fijos	Beta. Reducción de plantilla versus no: hombres -0.987*, mujeres -1.092*	La reducción de personal tuvo efectos perjudiciales en la salud mental de los empleados que continuaron trabajando. Las reducciones de personal no tuvieron ningún efecto sobre la salud mental en individuos con buena empleabilidad.

Falkenberg H, 2013 (32)	Longitudinal (1985-88, 1989-90, 1991-93, 1995-96, 1997-99, 2001, 2003-04, 2006, 2008-09)	Trabajadores/as de las oficinas de Londres (1985-1988), Inglaterra, Reino Unido	6.710 (1.993) 35-55 años (fase 1)	Cambio organizativo	Desórdenes psiquiátricos menores (GHQ, mala salud mental >5)	Regresión logística	ORaj (IC 95%). Categoría de referencia Reestructuración no planeada: Corto-término: anticipada 1.53 (1.29 ; 1.83), pasó 1.76 (1.46 ; 2.12); largamente anticipada 1.25 (1.04 ; 1.50), pasó 1.10 (0.91; 1.35)	El riesgo de trastornos psiquiátricos menores aumentó en el corto plazo entre los empleados que habían experimentado o estaban anticipando un cambio organizacional importante. Los resultados indicaron que no hubo efectos a largo plazo (1997-1999) de los cambios que se reportaron antes de la fase 3 (1991-1993), lo que sugiere que es posible recuperarse de los efectos negativos.
Snorradóttir Á, 2013 (33)	Transversal (2009)	Empleados/as de tres bancos, Islandia	1.875 (1.387)	Reducción de plantilla Reestructuración del trabajo	Trastorno psicológico	Regresión de mínimos cuadrados	Beta: reestructuración 0.075** Beta: horas -0.018, salario 0.062*, transferido 0.055*, tareas 0.023	Aquellos más involucrados en el proceso de reducción o reestructuración estaban más angustiados que el resto. Trabajar en un departamento reducido, ser transferido a otro departamento, y un recorte salarial, estaban relacionados con una mayor angustia entre los empleados del banco. Los efectos negativos fueron atenuados en parte por factores del entorno de trabajo psicosocial, potenciando el estilo de liderazgo y el apoyo de amigos y familiares.

Osthus S, 2012 (34)	Longitudinal (1997 - 2002, 2003)	Muestra del panel noruego de condiciones de vida y de la encuesta europea de ingresos y condiciones de vida, Noruega	2.562 (n.d.) 18- 66 años	Supervivencia a una reducción de plantilla	Trastorno psicológico (SCL-5)	Modelo probit dinámico	No significativo	La pérdida de empleos debida a la reducción de personal implicó trastornos psicológicos, pero los efectos parecían transitorios. Los resultados mostraron que los trabajadores que no fueron despedidos no estaban, en promedio, peor en cuanto a su estado de salud que las personas que no habían experimentado una reducción de personal.
Salarios								
Flint E, 2014 (35)	Transversal (2011)	Muestra de los trabajadores/as del sector servicios, Londres, Reino Unido	300 (116)	Salario digno en Londres	Bienestar mental (WEMWBS)	Regresión lineal	Beta (95% CI): salario no digno versus salario digno 3.91 (1.84 ; 6.00)	Los trabajadores con salarios dignos tenían niveles significativamente más altos de bienestar psicológico que los trabajadores con salarios no dignos. Se demostró que esto era independiente de cualquier diferencia en la composición de estos dos grupos con respecto a variables sociodemográficas.
Inseguridad laboral								
Boschman J, 2012 (36)	Transversal (2009-2010)	Muestra aleatoria de albañiles y supervisores de la construcción	563 (1) 18-65 años	Perspectiva futura (incertidumbre sobre el futuro)	Depresión	Regresión logística univariante	OR (IC 95%). Referencia Población trabajadora holandesa: albañiles 3.2 (0.5 ; 20.4); construcción: 3.0 (0.9 ; 9.5)	La perspectiva negativa de futuro no se asoció con la salud mental (entre albañiles y trabajadores de la construcción).

		del registro, Holanda						
Zoghbi P, 2016 (37)	Transversal (2014)	Empleados/as de hotel, España	188 (117)	Inseguridad laboral	Depresión Ansiedad	SEM	Beta: 0.313*** Beta: 0.286***	La pérdida involuntaria de trabajo y la inestabilidad en el trabajo durante la mitad de la vida se asociaron significativamente con un aumento de los síntomas depresivos. Cuanto más alta era la inseguridad laboral, más negativa era la salud mental (tanto la depresión como la ansiedad).
Magnusson Hanson L, 2015 (38)	Longitudinal (2008,2010,2 012)	Submuestra de empleados/as de la encuesta de la fuerza de trabajo, Suecia	6.275 (3.577)	Amenaza de despido temporal o permanente	Depresión (SCL-CD6, depresión >=17)	Modelos EEG	ORaj (IC 95%). Riesgo despido 1.90 (1.53;2,38)	La amenaza de despido fue un factor de riesgo para los síntomas de depresión mayor aproximadamente dos años después, y la exposición repetida podría aumentar aún más el riesgo.
Meltzer H, 2010 (39)	Transversal (2007)	Muestra aleatoria de la tercera encuesta nacional de morbilidad psiquiátrica, Gran Bretaña	3.581 (1.835) 16-64 años	Inseguridad laboral	Desórdenes mentales comunes	Modelos regresión logística	ORaj (IC 95%). Inseguridad laboral versus seguridad laboral 1.86 (1.47 ; 2.35)	La inseguridad laboral fue uno de los factores más fuertemente asociados con los sentimientos de depresión, junto con la expectativa de experimentar cambios indeseables en el trabajo.

Virga D, 2017 (39)	Transversal (n.d.)	Muestra de empleados/as rumanos en Espala, España	477 (339) 20-46 años	Inseguridad laboral	Quejas de salud mental	Regresiones jerárquicas	Beta: 0.11**	La aculturación amortiguó los efectos negativos de la alta inseguridad laboral en el bienestar. El apoyo de la familia no actuó como moderador entre la inseguridad laboral y varias formas de bienestar.
ten Have M, 2105 (40)	Transversal (2010-2012)	Muestra representativa de la población, Holanda	3.672 (1.841) 21-64 años	Inseguridad laboral	Síntomas de mala salud mental (MHI-5)	Regresión logística multivariante	ORaj (IC 95%). 1.98 (1.51 ; 2.61)	Las condiciones psicosociales adversas en el trabajo estaban relacionadas con la salud mental de los trabajadores. Los empleos de calidad óptima se asociaron con una mejor salud mental que los trabajos de mala calidad.
					Desórdenes mentales		ORaj (IC 95%). 2.20 (1.58 ; 3.05)	
					Desórdenes de ansiedad		ORaj (IC 95%). 2.26 (1.34 ; 3.80)	
Rajani N, 2016 (41)	Transversal (2010)	Población ocupada del Eurobarómetro, 27 países europeos	12.594 (6.129) >=15 años	Inseguridad laboral	Salud mental (MHI-5)	Regresión lineal	Beta (IC 95%): -3.48 (-4.91 ; -2.04)***	La inseguridad laboral se asoció con un menor bienestar mental.

Buffel V, 2015 (42)	Transversal (2010)	Submuestra de personas trabajadoras del Eurobarómetro 345 (2010), 27 países europeos	18.796 (10.168) 20-64 años	Inseguridad laboral percibida	Salud mental (MHI-5)	Regresión lineal multinivel	Beta (es). Inseguridad laboral: hombres , 0.192(0.019)***; mujeres , 0.205 (0.02)***	La diferencia en salud mental entre los desempleados y los empleados disminuyó con la inseguridad laboral. La diferencia en la salud mental fue mayor entre los empleados con y sin inseguridad laboral que entre los desempleados y los empleados con inseguridad laboral.
Cottini E, 2018 (43)	Longitudinal (2000, 2005)	Base de trabajadores, Dinamarca	3.764 (n.d)	Índice de inseguridad laboral	Salud mental (MHI-5, mala Salud mental <72)	Regresión de mínimos cuadrados y modelo de efectos fijos	Beta: 0.048***; FE: 0.028**	Tanto el índice de inseguridad laboral como todos los indicadores únicos de inseguridad se asociaron negativamente con la salud mental. La incertidumbre asociada con el trabajo actual era importante para la salud mental y podría crear una carga psicológica para los trabajadores que la padecían. Los empleados daneses que tenían la movilidad interna firme involuntaria, una dimensión nunca antes considerada explícitamente, experimentaron una peor salud mental.
Virtanen P, 2011 (44)	Longitudinal (1981 – 2007)	Alumnos/as del último año de la enseñanza obligatoria en la escuela de Lulea	1.013 (485) 16 años en 1981	Inseguridad laboral (sobre el empleo futuro)	Salud mental (GHQ-5)	Regresión logística	No significativo	Los efectos de la inseguridad laboral en la salud parecían ser similares entre los empleados permanentes y los no permanentes.

		el año 1981, Suecia						
Navarro A, 2017 (45)	Transversal (2010)	Muestra de trabajadores/as, Catalunya	2.741 (1.318) 16-65 años	Inseguridad sobre las condiciones de trabajo Inseguridad sobre encontrar un empleo	Desorden psiquiátrico menor (MPDR): GHQ-12, MPDR >=2	Regresión de Poisson robusta	RPaj (IC 95%). 1.77 (1.38 ; 2.29) RPaj (IC 95%). 1.51 (1.16 ; 1.97)	La inseguridad sobre una variación en el salario y sobre la dificultad de encontrar otro trabajo exhibió la mayor prevalencia de MPDR.
Utzet M, 2016 (46)	2 Transversales (2005-2010)	Muestras representativas de la población asalariada en España de 2005 y 2010, España	2005: 5073 (2326); 2010: 3544 (1545) 18- 65 años	Inseguridad de perder condiciones de trabajo Inseguridad de perder el empleo Inseguridad de encontrar otro empleo	Salud mental (SF36, mala Salud mental: <76)	Regresión de Poisson	RPaj (IC 95%). 2010: mujeres 1.43 (1.15 ; 1.78), hombres 1.30 (1.13 ; 1.49); 2005: mujeres 0.80 (0.64 ; 0.98), hombres 0.98 (0.84 ; 1.14) RPaj (IC 95%). 2010: mujeres 1.11 (0.89 ; 1.39), hombres 1.22 (1.06 ; 1.41); 2005: mujeres 0.92 (0.74 ; 1.16), hombres 0.95 (0.79 ; 1.13) RPaj (IC 95%). 2010: mujeres 1.21 (0.95 ; 1.54), hombres 1.12 (0.95 ; 1.31); 2005: mujeres 1.14 (0.90 ; 1.43), hombres 0.98 (0.83 ; 1.17)	Se encontró asociación entre la alta inseguridad sobre las condiciones de trabajo y la mala salud mental de la población trabajadora, tanto en hombres como en mujeres (2010); y entre la exposición a la alta inseguridad por la pérdida del trabajo y la mala salud mental entre los hombres.

Murcia M, 2013 (47)	Transversal (2006)	Muestra aleatoria de la población asalariada, Francia	7.709 (3.944)	Inseguridad laboral	Desórdenes depresivos severos (MINI)	Regresión logística	ORaj (IC 95%). Mujeres 2.12 (1.64 ; 2.74), hombres 2.02 (1.41 ; 2.90)	La inseguridad laboral tuvo efectos negativos sobre los trastornos mentales.
		20-74 años	Desórdenes de ansiedad generalizados (MINI)		ORaj (IC 95%). Mujeres 1.76 (1.33 ; 2.33), hombres 2.64 (1.80 ; 3.88)			
Niedhammer I, 2014 (48)	Transversal (2010)	Muestra de trabajadores/as de la Encuesta europea de condiciones de trabajo, 31 países europeos	29.680 (14.799)	Inseguridad laboral	Desórdenes mentales	Fracciones atribuibles (FA)	FA(IC 95%). 4.53% (1.83 ; 9.66) en Europa	El estudio subrayó que las fracciones de trastornos mentales atribuibles a la tensión laboral, el desequilibrio esfuerzo-recompensa y la inseguridad laboral eran sustanciales en Europa.
Griep Y, 2016 (49)	Transversal (1994)	Muestra de trabajadores/as mayores, Finlandia	3.977 (1.989)	Inseguridad laboral percibida y duración del desempleo	Quejas psicológicas	Análisis de la covarianza	Medias estimadas (diferencias significativas entre grupos): Desempleados corta duración (1.35), trabajadores permanentes seguros (1.33), desempleados larga duración (1.42), trabajadores permanentes inseguros (1.42).	El desempleo a largo plazo y los empleados permanentes inseguros reportaron más quejas psicológicas.
Temporalidad								

Wahrendorf M, 2013 (50)	2 Transversales (2006-2007,2008-2009)	Muestra de personas retiradas , 13 países europeos	8.609 (3.787)) >50 años	Inestabilidad laboral (carrera discontinua)	Depresión (Euro-D, mala salud mental >3)	Modelos de regresión	ORaj. Categoría de referencia: no discontinuo. Mujeres 1.17, hombres 1.67***	La pérdida involuntaria del trabajo y la inestabilidad en el trabajo se asociaron significativamente con un aumento de los síntomas depresivos, solo entre los hombres. Estas asociaciones siguieron siendo significativas después de controlar por las condiciones de salud de los trabajadores y la posición social antes de la mediana edad.
Pirani E, 2017 (51)	Transversal (2013)	Submuestra de empleados/as, Italia	31.642 (n.d.) 18-64 años	Contrato de trabajo atípico	Salud mental (SF36, mala salud mental: < percentil 75 por sexo y edad)	Regresión logística multivariante	OR (es). Categoría de referencia Trabajo estándar. Temporal 1.10 (0.06), casual 1.35 (0.17)*; parcial permanente 1.03 (0.07), parcial temporal 1.01 (0.11); Parcial no voluntario permanente 1.37 (0.10)***; parcial no voluntario temporal 1.22(0.11)*	Los contratos ocasionales y el tiempo parcial involuntario fueron los que presentaron peor salud mental.
Sousa E, 2010 (52)	Transversal (2008-2009)	Muestra de trabajadores/as extranjeros/as, España	2.358 (1.008) <40 años	Situación legal y situación contractual	Salud mental (GHQ-12, salud mental pobre >=3)	Regresión logística	ORaj (IC 95%). Categoría de referencia Permanente. Hombres nacidos fuera pero residentes en España <3 años, 2.26 (1.15 ; 4.42)); hombres extranjeros con documentos de trabajo y contratos temporales 1.96 (1.13 ; 3.38). Mujeres , no hay asociación significativa	La salud mental de los hombres estaba más asociada con las condiciones de empleo que con el estado legal.

.Sidorchuck A, 2017 (53)	Transversales (2002, 2006, 2010)	Muestra de trabajadores/as, Suecia	51.118 (24.383) 18-64 años	Estatus laboral	Salud mental (GHQ-12, salud mental pobre>=3)	Regresión logística	ORaj (IC 95%). Temporal versus permanente. Suecos: mujeres 1.17 (1.05 ; 1.31), hombres 1.35 (1.15 ; 1.59); refugiados: mujeres 1.65 (1.23 to 2.22), hombres 1.74 (1.21 ; 2.48); no refugiados: mujeres 1.35 (0.96 ; 1.92), hombres 1.30 (0.78 ; 2.18)	El empleo temporal se asoció con una mayor probabilidad de trastornos psicológicos, especialmente en refugiados y nacidos en Suecia.
Cortes-Franc I, 2018 (54)	Transversal (2006)	Submuestra de asalariados/as o desempleados/as de la encuesta nacional de salud, España	11.965 (5.106) 25-64 años	Estabilidad laboral	Salud mental (GHQ-12, mala salud mental >=3)		ORaj (IC 95%). Grupo de referencia Funcionarios. Contrato temporal, mujeres: 1.36 (1.00 ; 1.85); hombres: 1.63 (1.17 ; 2.26)	Se encontró asociación entre la estabilidad laboral y el estado de salud mental en ambos sexos, y se encontró un gradiente desde la situación más estable hasta la más inestable.
							ORaj (IC 95%). Sin contrato, mujeres 1.85 (1.28 ; 2.67); hombres 2.10 (1.13 ; 3.90)	Las mujeres casadas fueron el único grupo que no mostró asociación entre la estabilidad laboral y la salud mental.
Arias-de la Torre J, 2016 (55)	Transversal (2011)	Asalariados/as de la encuesta nacional de salud, España	7.396 (3.648) 16-65 años	Tipo de contrato	Salud mental (GHQ-12, mala salud mental >=3)	Regresión logística multivariante	ORaj (IC 95%). Hombres , temporales o sin contrato, 1.46 (1.07 ; 1.99) y autoempleados: 2.24 (1.75 ; 2.87). No hay asociación significativa entre mujeres .	Los hombres presentaron una asociación entre el trabajo por cuenta propia y el trabajo temporal y la mala salud mental.

Fiori F, 2016 (56)	2 Transversales (2005, 2013)	Muestra de trabajadores/as jóvenes, Italia	año 2005: 26.972 (n.d.) y año 2013: 20.432 (n.d.), 18-39 años	Estatus en el Mercado de trabajo	Salud mental (MHI-5)	Regresión lineal	Media (sd). Hombres , MHI incrementó entre 2005 a 2013 de 20.5 (0.3) a 23.4 (0.3). Mujeres: de 24.0 (0.3) a 26.0 (0.4).	Entre los trabajadores jóvenes en Italia, los empleados permanentes tenían mejor salud mental que los individuos en trabajos temporales o no estándar, o en períodos de desempleo. Los efectos en la salud mental también variaban según la cantidad de tiempo que una persona pasa en condiciones de inseguridad y las circunstancias financieras del hogar.
Blanquet M, 2017 (57)	Transversal (2010)	Gente de centros sociales locales o centros de salud, Francia	4.282 (2.378) 16-25 años	Tipo de contrato	Salud mental (MHI-5)	Regresión logística	OR (IC 95%). Desempleados/as 2.22 (1.55 ; 3.18), en búsqueda de empleo 1.85 (1.36 ; 2.50), integrados/as en el lugar de trabajo 2.21 (1.49 ; 3.28) y en escuelas de capacitación 1.59 (1.02 ; 2.46)	Los jóvenes franceses que no trabajaban, o tenían un trabajo temporal o estudiaban en una escuela de capacitación, presentaron peores indicadores de salud mental.
Waenerlund A, 2011 (58)	Longitudinal (1995-2007)	Alumnos/as del último año de la enseñanza obligatoria en la escuela de Lulea (1981) que trabajan, Suecia	985 (473)	Empleo periférico	Trastornos psicológicos	Regresión logística	ORaj (95% CI) Referencia Sin exposición. Mujeres: exposición baja 1.35 (0.71;2.57), exposición media 1.46 (0.76-2.78), alta exposición 1.42 (0.73-2.74). Hombres: baja exposición 0.87 (0.45-1.71), exposición media 1.27 (0.70-2.32), alta exposición 2.18 (1.14-4.20)	Los resultados mostraron una asociación entre la alta exposición al empleo periférico y el malestar psicológico solo entre los hombres. La relación podría explicarse por tres posibles factores mediadores: inseguridad laboral, bajo margen de efectivo y la tensión laboral.

Waenerlund A, 2011 (59)	Longitudinal (1995-2007)	Alumnos/as del último año de la enseñanza obligatoria en la escuela de Lulea (1981) que trabajan, Suecia	907 (433) 30 años en 1995	Empleo temporal	Trastornos psicológicos	Regresión logística	ORaj (IC 95%). Modelo ajustado sin inseguridad laboral, 2.20 (1.26 ; 3.84); modelo completamente ajustado, 1.75 (0.94;3.28)	La relación entre el contrato de trabajo y los trastornos psicológicos podría explicarse por tres posibles factores mediadores: inseguridad laboral, bajo margen de efectivo y tensión laboral. Incluso en países con alta seguridad social, como Suecia, los empleos temporales se relacionaron con trastornos psicológicos, lo que sugiere que algunas de las características del empleo temporal son universales, independientemente del régimen de bienestar.
Organización del tiempo de trabajo								
Afonso P, 2017 (60)	Transversal (n.d)	Trabajadores/as no manuales, Portugal	479 (155)	Horario laboral extenso	Depresión y ansiedad (HADs)	Test t de student	Media (ds). Horario regular 10.6 (6.3), Horario extenso 12.6 (6.2)	Los trabajadores con largas jornadas de trabajo presentaron síntomas de ansiedad y depresión significativamente mayores en comparación con los que tenían jornadas regulares.
Mauss D, 2013 (61)	Transversal (2007)	Trabajadores de una empresa industrial, Alemania	765 (n.d.)	Turno de trabajo	Salud mental (SF-12)	Regresión logística y lineal	Beta (IC 95%). Categoría de referencia Turno de día. Trabajadores turno de noche 0.70 (-1.26 ; 2.66), Trabajadores turno de noche cada tres semanas 0.55 (-	No se detectó asociación entre el trabajo nocturno y la salud mental.

							2.34 ; 3.43), Trabajadores turno de noche cada cuatro semanas 0.80 (-1.57 ; 3.17)	
Houdmont J, 2016 (62)	Transversal (2014-2015)	Muestra de policías, Inglaterra y Gales, Reino Unido	1226 (505)	Número de horas de trabajo	Trastornos psicológicos (GHQ-12, mala salud mental>3)	Regresión logística	ORaj (IC 95%). Trabajar >=49 horas versus trabajar <49 horas 2.05 (1.57 ; 2.68)	Las jornadas largas de trabajo se asociaron significativamente con trastornos mentales comunes.
Artazcoz L, 2016 (63)	Transversal (2010)	Submuestra de las personas que trabajan de 30-60 horas de la 5a encuesta europea de condiciones de trabajo, 27 países europeos	22.899 (9.381)	Horas de trabajo	Bienestar psicológico (WHO-5, pobre <50)	Regresión logística multivariante	ORaj (IC 95%), categoría referencia: 30-40 horas. hombres , en países anglosajones, 51-60 horas, 2.80 (1.92 ; 4.08). En el sur de Europa, 41-50 horas, 1.40 (1.11 ; 1.76) and 50-60 horas 2.61 (1.71 ; 3.99). Mujeres , en países continentales, 41-50 horas, 1.62 (1.23 ; 2.12) y 51-60 horas 3.24 (1.82 ; 5.79). En países anglosajones, 41-50 horas, 1.54 (1.06 ; 2.25). En el sur de Europa, 51-60 horas 2.54 (1.46 ; 4.45).	Las horas de trabajo (moderadamente) largas (41-50 y más de 50) se asociaron con un malestar psicológico entre los trabajadores de países con modelos familiares tradicionales como países continentales y del sur de Europa (mujeres) y anglosajones (hombres y mujeres)
De Moortel, 2017 (64)	2 Transversales (2004-2005, 2010)	Trabajadores/as de la Encuesta social europea, 21 países europeos	32.408 (16.184)	Horas de trabajo	Bienestar psicológico (WHO-5)	Análisis multinivel	Beta (ds). Pocas horas voluntario, mujeres 0.08 (0.05), hombres 0.04(0.09); muchas horas voluntario, mujeres 0.18 (0.07)***, hombres 0.02 (0.05); pocas hroas involuntario, mujeres 0.14 (0.06)*, hombres 0.02 (0.06); muchas horas	Las jornadas largas de trabajo involuntario se asociaron con mala salud mental tanto para hombres como para mujeres; y horarios cortos involuntarios y largas horas voluntarias en mujeres.

								involuntario, mujeres 0.15 (0.04)***, hombres 0.12 (0.04)**
Multidimensional								
Canivet C, 2016 (65)	Longitudinal (2000,2005,2010)	Selección aleatoria de un registro de población, Suecia	1.135 (n.d.) 18-34 años en 2000	Empleo precario	Salud mental (GHQ-12, mala salud mental >=2)	Regresión de Poisson	TI (IC 95%). Precario versus no precario, 1.4 (1.1 ; 2.0)	La situación laboral precaria fue un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental entre los adultos jóvenes.
Canivet C, 2017 (66)	Longitudinal (2000,2005,2010)	Selección aleatoria de un registro de población, Suecia	2.331 (1.329) 18-54 años en 2000	Empleo precario	Salud mental (GHQ-12, mala salud mental >=2)	Regresión de Poisson	TI (IC 95%). Precario versus no precario, 18 - 34 años: 1.3 (0.97 ; 1.8); 35-44 años 1.7 (1.3 ; 2.3); 45-54 años 0.9 (0.6 ; 1.4)	El efecto del empleo precario (que disminuyó con la edad) en la salud mental difirió entre los grupos de edad, siendo más débil entre los más jóvenes y los más viejos.
Van Aerden K, 2017 (20)	Transversal (2008-2010)	Población activa, Bélgica	4.377 (2.147) 18-64 años	Posición en el Mercado de trabajo	Salud mental autopercebida	Regresión logística	ORaj (IC 95%). Categoría referencia Empleo estándar: instrumental 1.76 (1.08 ; 2.88)*, precario 1.74 (1.10 ; 2.75)*; "portfolio" 1.46 (0.75 ; 2.83); auto-ocupación 1.14 (0.69 ; 1.88), desempleo 2.70 (1.77 ; 4.13)***	El trabajo precario estuvo relacionado con la salud mental. Parte de los problemas de salud asociados con el desempleo y el empleo de baja calidad se debieron al hecho de que estas posiciones en el mercado laboral a menudo coincidían con una situación precaria o privada en el hogar.
Multidimensional (EPRES)								
Benach J, 2015 (67)	Transversal (2010)	Muestra representativa de la población	2.279 (1.115) 16 - 64 años	EPRES 4 dimensiones	Salud mental (GHQ-12, mala	Regresión log-binomial	RPaj(IC 95%). 4o cuartil versus 2o cuartil: hombres , 3,21 (2,08 ; 4,95); mujeres , 3,45 (2,11 ; 5,65)	El empleo precario se asoció con peores

		asalariada, Cataluña			salud mental >=3)			niveles de salud mental (tanto hombres como mujeres).
Julia M, 2017 (68)	Transversal (2010)	Muestra representativa de la población asalariada, España	4.430 (1.939)	16-65 años	EPRES 6 dimensiones	Salud mental (SF36, mala salud mental: <percentil 25)	Regresión de Poisson	RPaj(IC 95%). Categoría de referencia no precariedad y contrato permanente. Mujeres: baja precariedad 2.08 (1.67 ; 2.58), alta precariedad 2.50 (1.70 ; 3.67); hombres: baja precariedad 1.89 (1.59 ; 2.24), alta precariedad 2.97 (2.25 ; 3.92)
Vives A, 2011 (69)	Transversal (2005)	Muestra representativa de la población asalariada, España	6.777 (3.375)	16-65 años	EPRES 6 dimensiones	Salud mental (SF36 salud mental pobre: <76)	Riesgo atribuible poblacional (RAP)	RAP (IC 95%). hombres 7.8 (7.5 ; 8.0), mujeres 17.2 (16.7 ; 17.6)
Vives A, 2013 (14)	Transversal (2005)	Muestra representativa de la población	5.679 (2.709)	16-65 años	EPRES 6 dimensiones	Salud mental (SF36 mala salud mental: < percentil 25)	Regresión logística multivariante	RPaj(IC 95%). Mujeres: 2 quintil 1.01 (0.75 ; 1.36), 3 quintil 1.39 (1.05 ; 1.82), 4 quintil 1.78 (1.37 ; 2.32), 5 quintil 2.54 (1.95 ; 3.31); hombres: 2 quintil 1.00

		asalariada, España					(0.83 ; 1.21), 3 quintil 1.24 (1.03 ; 1.49), 4 quintil 1.31 (1.08 ; 1.59), 5 quintil 2.23 (1.86 ; 2.68)	
Multidimensional (calidad del empleo)								
Van Aerden K, 2016 (25)	Transversal (2010)	Empleados/as con contrato de la encuesta europea de condiciones de trabajo 2010, 27 países europeos	27.325 (12.815) >15 años	Calidad del empleo	Salud mental (MHI-5, pobre <5)	Regresión logística	ORaj (IC 95%). Categoría referencia Empleo estándar. Instrumental 1.24 (1.04 ; 1.47)*, precario insostenible 1.58 (1.27 ; 1.97)***; precario intensivo 1.45 (1.23 ; 1.71)***; "portfolio" 1.13 (0.93 ; 1.37)	El empleo precario intensivo mostró las peores asociaciones con la salud mental, incluso después de controlar por la calidad intrínseca del trabajo. Los efectos negativos para la salud mental del empleo precario intensivo fueron más pronunciados para las mujeres que para los hombres.
De Moortel D, 2014 (70)	Transversal (2010)	Asalariados/as de la encuesta social europea 2010, 21 países de la UE	14.107 (6.988) 15-65 años	Tipo de contrato	Bienestar psicológico (WHO-5)	Regresión lineal	Beta (es). No permanente, mujeres -0.103 (0.076); hombres -0.090 (0.074)	Los modelos estratificados por sexo apuntaban que baja calidad del empleo afectaba el bienestar mental tanto de los hombres como el de las mujeres, y que las mujeres eran más vulnerables a la baja calidad del empleo. La vulnerabilidad diferencial de hombres y mujeres al empleo de mala calidad se explicaba en parte por los regímenes de bienestar.
				Salario			Beta (es). Proveedor contribuyente y Salario insuficiente, mujeres 0.819 (0.094)***; hombres 0.674 (0.123)***; proveedor principal y salario insuficiente, mujeres 1.117 (0.103)***; hombres 0.801 (0.079)***	
				Horario irregular			Beta (es). Mujeres 0.066 (0.013)***; hombres 0.046 (0.010)***	

				Estatus laboral			Beta (es). Jornada parcial, mujeres 0.215 (0.067)***; hombres 0.134 (0.124); Jornada parcial involuntaria, mujeres 0.159 (0.110); hombres 0.227 (0.131)	
				Falta de preparación			Beta (es). Mujeres -0.186(0.057)***; hombres -0.012 (0.052)	
				Representación			Beta (es). Mujeres 0.080 (0.056); hombres 0.198 (0.051)***	
				Empoderamiento			Beta (es). Mujeres 0.010 (0.010); hombres 0.010 (0.009)	
De Moortel, 2014 (13)	2 Transversales (2004-2005, 2010)	Empleados/as de la encuesta social europea, 19 países de la UE	28.747 (14.164) 15-65 años	Tipo de contrato	Bienestar psicológico (WHO-5)	Regresión lineal multinivel	Beta (es): no permanente, mujeres 0.025 (0.049); hombres ; 0.045 (0.049); sin contrato: mujeres 0.175 (0.082)*; hombres 0.037 (0.075)	Un entorno de trabajo psicosocial desfavorable y condiciones de empleo de baja calidad mediaban la relación entre clase social y bienestar mental tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, las relaciones laborales de baja calidad solo mediaban la relación entre la clase social y el bienestar mental de los hombres.
			Salario			Beta (es). Proveedor contribuyente y Salario insuficiente, mujeres 0.785 (0.070)***; hombres 0.619 (0.104)***; proveedor principal y salario insuficiente, mujeres 0.891 (0.05)***; hombres 0.818 (0.046)***		
			Horario irregular			Beta (es). Mujeres 0.057(0.008)***; hombres 0.039(0.0007)***		

				Estatus laboral			Beta (es). Part-time, mujeres 0.071(0.044); hombres 0.012(0.081); involuntary part- time, mujeres 0.162(0.071)*; hombres 0.159(0.082)	
				Falta de preparación			Beta (se). Mujeres 0.058(0.035); hombres 0.053(0.034)	
Estudios que analizan varias dimensiones								
Henseke G, 2018 (71)	Transversal (2004-2012)	Panel de trabajadores, 15 países europeos	50-65 años	Calidad intrínseca	Depresión (Euro-D escala depresión, mala salud mental>3)	Modelo de efectos aleatorios	Beta (ds). Trabajo actual 0.181(0.037)***, trabajo anterior -0.0701*(0.0422)	Los empleos de calidad podrían ayudar a mejorar el bienestar mental. La exposición acumulativa a la mala calidad del trabajo tiene peores consecuencias para la salud que un período único de estrés laboral.
				Inseguridad laboral			Beta (ds). Trabajo actual 0.0876(0.0328)***, trabajo anterior 0.0422 (0.0330)	
				Ingresos			Beta (ds). Trabajo actual 0.0459(0.0370), trabajo anterior -0.0428 (0.0384)	
Niedhammer I, 2015 (72)	Transversal (2010)	Muestra aleatoria de trabajadores/as del ministerio de trabajo, Francia	46.962 (20.079) 20-74 años	Horario extenso	Depresión y ansiedad (HADs)	Modelos generalizados	Beta (IC 95%). Síntomas depresión: mujeres -0.04 (-0.36 ; 0.29), hombres 0.08 (-0.11 ; 0.27); síntomas ansiedad: mujeres 0.11 (-0.33 ; 0.55), hombres 0.54 (0.33 ; 0.75)***	Se encontró que la inseguridad laboral era un factor de riesgo para la depresión y / o la ansiedad. Las variables sobre el horario estaban débilmente o no asociadas con la depresión y la ansiedad. Las largas jornadas de trabajo se asociaron con la ansiedad en los hombres.
				Inseguridad laboral			Beta (IC 95%). Síntomas depresión: mujeres 0.31 (0.17 ; 0.46)***, hombres 0.50 (0.34 ; 0.66)***; síntomas ansiedad:	

							mujeres 0.62 (0.45 ; 0.79)***, hombres 0.66 (0.49 ; 0.82)***	
Niedhammer I, 2015 (73)	Longitudinal (2006,2010)	Muestra representativa de la población asalariada, Francia	4.717 (2.328) 20-74 años	Inseguridad laboral Horario extenso	Desórdenes depresión severa (MDD) Desórdenes de ansiedad generalizada (GAD)	Regresión logística multivariante	ORaj (IC 95%). MDD, 1.37 (1.10 ; 1.72); GAD: 1.46 (1.18 ; 1.80) No significativo	La inseguridad laboral aumentó el riesgo de depresión y ansiedad.
Robert G, 2014 (74)	Longitudinal (2008, 2011)	Muestra de trabajadores/as de Colombia, Ecuador, Marruecos y Rumania; España	318 (157)	Evolución contrato de trabajo Evolución del horario laboral Evolución del salario	Salud mental (GHQ-12, mala salud mental >=3)	Regresión logística	ORaj (IC 95%). Empleo a desempleo 3.62 (1.64 ; 7.96)* ORaj (IC 95%). Disminución número de horas 1.59 (0.71 ; 3.53); aumento número de horas 2.35 (1.02 ; 5.44)* ORaj (IC 95%). Disminución salario 2.75 (1.08-7.00)*, Salario bajo continuado 2.73 (0.98-7.62)**	Existe un mayor riesgo de mala salud mental entre 2008 y 2011 entre aquellos trabajadores cuyas condiciones de empleo se deterioraron, cambiando de empleo a desempleo, experimentando un aumento en el número de horas de trabajo o una reducción en sus ingresos mensuales.
Teixeira A, 2018 (75)	Transversal (2009)	Muestra de inmigrantes residentes en Lisboa, Portugal	1,322 (648) 18-75 años	Salario Estabilidad ocupacional	Trastornos psicológicos (GHQ-12)	Regresión lineal multivariante	Beta(ds): 0.698(0.158)***; Beta(ds): número de cambios de trabajo 0.373(0.079)***	La inseguridad laboral contribuyó a aumentar los niveles de angustia entre los inmigrantes.

Kirves, 2011 (76)	Transversal y longitudinal (2008; 2008-2009)	Muestras representativas de la población trabajadora en Finlandia y de los trabajadores de la universidad, Finlandia	4.330 (2.351) y 1.212 (819)	Inseguridad laboral percibida	Síntomas psicológicos	Regresión jerárquica	Beta(IC 95%). 0.15(0.12;0.19)***	La relación positiva entre la percepción de inseguridad laboral y los síntomas psicológicos fue más fuerte entre los trabajadores permanentes que entre los temporales.
		Empleabilidad percibida		Beta(IC 95%). -0.13(-0.16; -0.09)***				
		Tipo de contrato		Beta(IC 95%). -0.01 (-0.05 ; 0.03)				
Schütte S, 2014 (77)	Transversal (2010)	Muestra de trabajadores/as de la 5a Encuesta europea de condiciones de trabajo, 34 países europeos	33.443 (16.931)	Horario extenso	Bienestar psicológico (WHO-5)	Regresión logística multinivel	OR (IC 95%). Mujeres 1.08 (0.93 ; 1.25); hombres 1.16 (1.02 ; 1.32)	La inseguridad laboral y trabajar más de 48 horas (solo para hombres) fueron un factor de riesgo para el bienestar psicológico. Casi no se observaron diferencias entre los países en las asociaciones entre los factores del trabajo psicosocial y el bienestar.

GHQ: General Health Questionnaire; HADs: Hospital Anxiety and Depression Scale; MBI-GS: Maslach Burnout Inventory- General Survey; MCS: Mental health Component Scale; MHI-5: five-item Mental Health Inventory; MINI: Mini-International Neuropsychiatric Interview; MPDR: Minor Psychiatric Disorder; SCL-CD: The Symptom Checklist-core depression; SCL-5: Hopkins Symptom Checklist; SF36: 36-item Short Form Health Survey; WEMWBS: Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale; WHO-5: 5-item World Health Organization Well-Being Index

EEG: Ecuaciones estimadas generalizadas; OLS: Regresión de mínimos cuadrados; RAP: Riesgo atribuible poblacional

Ds: desviación estándar; es: error estándar; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; n.d.: no disponible; ORaj: Odds Ratio ajustado; OR: Odds Ratio; RPaj: Razón de Prevalencia ajustada; TI: Tasa de Incidencia

3.3. Dimensiones de la precariedad laboral y su asociación con la salud mental

Los resultados se han organizado en función de las dimensiones de precariedad analizadas (ver tablas 1 y 2). Las dimensiones analizadas son, de más a menos frecuentes, inseguridad laboral (20 estudios, 37.7%), temporalidad (12 estudios, 22.6%), aproximaciones multidimensionales (10 estudios, 18.9%), organización del tiempo de trabajo (9 estudios, 17.0%), reducción de plantilla (5 estudios, 9.3%) y salario (4 estudios, 7.5%). En todos los estudios las medidas de salud mental analizadas son subjetivas (trastornos psicológicos, depresión, ansiedad o síntomas de mala salud mental entre otros) y obtenidas a partir de diferentes instrumentos como el *General Health Questionnaire* (GHQ), *Short Form Health Survey* (SF-36), *Mental Health Inventory* (MHI-5) o la subescala HADS.

De los estudios que analizaban procesos de reestructuración empresarial, tres encontraron que las personas que mantenían el trabajo presentaban más riesgo de padecer depresión, ansiedad o trastornos psicológicos (principalmente cuando los procesos eran reactivos y no se informaba con antelación a las personas trabajadoras), pero en dos estudios longitudinales, el efecto era transitorio. De los cuatro estudios que analizaban el salario, tres mostraban asociación estadísticamente significativa entre tener un salario bajo y mala salud mental. De los 20 estudios que examinaban la percepción de Inseguridad laboral (tanto de perder trabajo actual, como de encontrar trabajo, como de cambios en las condiciones de trabajo) 18 identificaron asociaciones significativas con depresión, ansiedad y problemas de salud mental. De los 10 estudios que revisaban formas precarias de ocupación abordadas específicamente como un concepto multidimensional, todos encontraban asociación significativa con depresión (dos únicamente en el caso de las mujeres), mala salud mental general y trastornos psicológicos. De los 12 estudios que trabajaban con la temporalidad contractual, todos mostraban asociación significativa, principalmente con mala salud mental (y uno con depresión a largo plazo), pero en tres estudios no encontraban asociación en las mujeres. Finalmente, de los nueve estudios que analizaban la organización del tiempo de trabajo, cinco demostraban asociación entre trabajar muchas horas y mala salud mental, depresión, bienestar psicológico o trastornos mentales comunes (un artículo especifica si son horas involuntarias) y dos encontraban asociación entre los hombres.

Tal y como se muestra en la tabla 2, 22 estudios (41.5% del total) presentaban los resultados estratificados por sexo. Específicamente, la estratificación por sexo se mostraba en nueve de los estudios sobre temporalidad (un 75% del total de estudios que analizan esta dimensión), en cinco (50%) de los que utilizaban aproximaciones multidimensionales, cuatro (44.4%) de los que estudiaban la organización del tiempo de trabajo, cinco (25%) de los que analizaban la inseguridad laboral y uno (20.0%) de los que estudiaban los recortes de plantilla. De los 22 estudios, nueve encontraban diferencias entre mujeres y hombres, pero los resultados son contradictorios. Tres estudios (67–69) mostraban que las mujeres son más vulnerables a las consecuencias de la precariedad laboral, abordada como concepto multidimensional, y a trabajar más de 48 horas semanales de manera voluntaria (64). Los otros cinco encontraban asociación entre la inestabilidad laboral (50,55), el empleo periférico (58) y trabajar más de 48 horas a la semana (72,77) y peor indicadores de salud mental entre los hombres, pero no entre las mujeres.

Tabla 2. Resumen de los principales resultados, según dimensión de exposición, diseño de estudio y estratificación según sexo.

Dimensión de exposición	Diseño de estudio	Estratificación por sexo	Asociación con el indicador de Salud Mental		
			Negativa	No existe asociación	Positiva
Reducción de plantilla (6)	Transversal: 3	Sí=0	3 (28,29,32)	0	0
	Longitudinal: 3	Sí =1	1 (30)	2 (31,33)	0
Salario (4)	Transversal: 3	Sí =0	2 (34,75)	1 (71)	0
	Longitudinal: 1	Sí =0	1 (74)	0	0
Inseguridad laboral (20)	Transversal: 16	Sí =5	15 (36,38–42,45–49,71,72,76,77)	1 (35)	0
	Longitudinal: 4	Sí = 0	3 (37,43,73)	1 (44)	0
Multidimensional (10)	Transversal: 8	Sí =5	8 (13,14,20,25,67,68,70)	0	0
	Longitudinal: 2	Sí =0	2 (65,66)	0	0
Temporalidad (12)	Transversal: 10	Sí=6	10 (50–57,69,76)	2 ^(a) (50,55)	0
	Longitudinal: 2	Sí =1	2 (58,59)	1 ^(a) (58)	0
Organización del tiempo de trabajo (9)	Transversal: 7	Sí =4	6 (60,62–64,72,77)	3 ^(b) (61,72,77)	0
	Longitudinal: 2	Sí =0	1 (74)	1 (73)	0

(a) Estudios estratificados por sexo que encuentran diferencias entre los hombres pero no entre las mujeres.

(b) Dos estudios (72,77) estratificados por sexo y encuentran diferencias entre los hombres y no entre las mujeres.

3.4. Mecanismos causales

De los estudios que encontraban asociación, 16 describían algunos de los posibles mecanismos que vinculan la precariedad laboral, o alguna de sus dimensiones, con indicadores de salud mental (ver tabla 3). Se describían cinco grandes explicaciones: el modelo *breadwinner* (nueve estudios), el modelo de la privación económica (cuatro estudios), la asociación entre la exposición a precariedad laboral y peores condiciones de trabajo (cuatro), el modelo de privación de funciones latentes (tres), y la pérdida de control sobre la situación de ocupación (tres). Si analizamos los mecanismos propuestos según la dimensión, las teorías causales se han

discutido más frecuentemente en los estudios que analizaban temporalidad (siete de 12, 58.35), salario (dos de cuatro, 50.05) y aproximaciones multidimensionales de la precariedad (cuatro de diez, 40.0%).

Tabla 3. Estudios según dimensión y mecanismos causales

		Mecanismos causales				
		Pérdida de control	Modelo breadwinner	Modelo de privación económica	Modelo de privación (funciones latentes)	Precariedad laboral y peores condiciones de trabajo
Dimensión de exposición (número de estudios) ^a	Reducción de plantilla (5)	1 (28)				
	Salario (4)	1 (74)	1 (70)	1 (74)	1 (74)	
	Inseguridad laboral (20)		2 (42,46)		1 (49)	
	Temporalidad (12)	1 (74)	4 (54–56,70)	2 (56,74)	2 (51,74)	1 (53)
	Organización del tiempo de trabajo (9)	1 (74)	2 (60,70)	1 (74)	1 (74)	
	Aproximaciones multidimensionales (10)	1 (68)	2 (14,25)	2 (59,66)		3 (25,58,65)

^a Incluye repeticiones

3.5. Factores micro y macro

Más de la mitad de los estudios (36, 66.7% del total) analizaban datos posteriores a 2008. Entre ellos, hay 13 (24.1%) -de los que ocho son del Sur de Europa- que describían el impacto de la crisis económica, política y social en la asociación analizada. De estos 13 estudios, cinco hacían una descripción más detallada de la influencia de este contexto de crisis en la asociación entre el empleo precario y la salud mental (28,45,46,63,70). Un estudio que analizaba la reducción de plantilla (28) concluía que la exposición a despidos durante la crisis económica probablemente hizo a los trabajadores supervivientes más vulnerables al estrés de un potencial proceso de reestructuración. Dos estudios, uno que analizaba la precariedad laboral de manera multidimensional (70) y el otro la organización del tiempo de trabajo (63), mostraban que el empleo a tiempo parcial y trabajar entre 41 y 50 horas semanales se relacionaban con una salud mental pobre entre las mujeres en los países del sur de Europa. Ambos estudios interpretaban los resultados en un contexto de crisis que producía un aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral debido al debilitamiento de la economía familiar. Finalmente, dos estudios que examinaban la inseguridad laboral después de 2008 (45,46), explicaban la

asociación entre esta dimensión y la mala salud mental de la población trabajadora en relación con el contexto de alto desempleo y destrucción de ocupación después de la crisis.

Doce estudios (22.2%) analizaban varios países de la Unión Europea. Teniendo en cuenta que podían revisar más de una dimensión, cinco de ellos (43.7%) examinaban la inseguridad laboral, cuatro (33.3%) aproximaciones multidimensionales a la precariedad laboral, tres (25.0%) la organización del tiempo de trabajo, uno (8.3%) la reestructuración de plantilla y uno (8.3%) la temporalidad. La mayoría de los estudios (nueve) realizaban análisis ajustados con las variables contextuales, y dos de ellos remarcaban que no existían diferencias significativas entre países. El resto de los estudios realizaban análisis estratificados por país (48) o por el tipo de estado del bienestar (63,70). El primero de ellos encontraba diferencias significativas entre países en relación con la fracción de mala salud mental atribuible a la inseguridad laboral. Los otros dos concluían que la diferente vulnerabilidad a la precariedad laboral entre mujeres y hombres se podía explicar por los factores políticos, económicos y culturales de cada Estado del Bienestar. Específicamente, la asociación era más intensa en países con modelo familiar tradicional, con un mercado de trabajo desregulado y políticas deficientes para conciliar la vida familiar y laboral.

Finalmente, siete (13.0%) estudios tenían en cuenta el papel del apoyo social y familiar de la persona trabajadora en la asociación entre precariedad laboral y salud mental. En dos de los estudios (43,47), se introducía como variable confusora en los análisis de regresión y no se daba ninguna explicación. En otros dos estudios (39,65), las variables de apoyo social no alteraban la asociación; mientras que en los otros tres estudios se demostraba que el apoyo fuera del trabajo de amigos y familia disminuía los efectos de la precariedad (20), del salario (75) y de los procesos de reestructuración (32) en la salud mental.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Discusión de los principales resultados

El objetivo de este artículo era revisar y resumir la investigación científica sobre la asociación entre la precariedad laboral y la salud mental. Se encontraron 53 estudios, de suficiente calidad y con datos bastante recientes, que cumplían los criterios de inclusión. Estos analizaban diferentes aspectos de la precariedad y prácticamente todos encontraban asociaciones estadísticamente significativas.

Durante los últimos decenios el mercado laboral se ha ido deteriorando, produciendo una situación de desestabilización general del empleo que afecta a todo tipo de sectores, todo tipo de trabajadores/as y todo tipo de empresas (7,68). En este contexto, la investigación sobre la precariedad laboral y las consecuencias para la salud de las personas trabajadoras ha proliferado (4,12). A pesar del consenso más o menos generalizado de que hace falta adoptar una perspectiva multidimensional de la precariedad, no existe una definición estandarizada, de manera que las aproximaciones teóricas utilizadas en los estudios han sido muy variadas: desde abordajes univariados, a diferentes conceptualizaciones multivariadas (9,25,67,70). Por ello, en la fase de búsqueda de esta revisión se ha tratado de incorporar un gran número de términos relacionados con la precariedad laboral, en un intento por abarcar la extensión de este fenómeno.

Tal y como se ha presentado, las principales dimensiones estudiadas en los estudios son inseguridad laboral y temporalidad, aproximaciones imprescindibles pero parciales de la realidad (7). La inseguridad laboral se asocia a la posibilidad de perder el empleo en los próximos meses o la dificultad para encontrar uno nuevo en caso de despido; pero algunos autores/as también abordan la inseguridad laboral en relación con la pérdida de condiciones del empleo actual (45,46). En el primer caso, el fenómeno se asocia más a la incertidumbre sobre la continuidad laboral mientras que en el segundo, la inseguridad descansa en mayor medida sobre la pérdida del control sobre el trabajo, ya sean las condiciones, la naturaleza o el ritmo de trabajo. Casi la totalidad de los estudios demuestran asociación entre exposición a inseguridad laboral y problemas de salud mental, hecho que es consistente con la literatura científica (78).

La temporalidad del contrato de trabajo supone, por su propia naturaleza, la falta de seguridad en la continuidad de la trayectoria laboral. Las personas trabajadoras sometidas a este tipo de contratación no sólo experimentan una falta de seguridad sobre su futuro laboral, sino que suelen estar expuestas a peores condiciones de trabajo (79), tener menos oportunidades de formación y promoción laboral, y menos información sobre su entorno laboral (12), entre otros. Estos mecanismos pueden explicar los resultados de casi la totalidad de los estudios que demuestran asociación entre tener un contrato temporal y problemas de salud mental, hecho que es consistente con una revisión previa sobre este tema (2). Aún así, factores como la inseguridad laboral percibida, aspectos motivacionales (voluntariedad) y el contexto social de la persona trabajadora, deberían tenerse en cuenta como elementos moderadores en el impacto de los contratos temporales en la salud mental (80).

Los resultados sobre el impacto de los procesos de reducción de plantilla permiten establecer una asociación con la salud mental de las personas trabajadoras (aunque Falkenberg et al (31) y Osthus (33) concluyen que el impacto sobre la salud mental es reversible). Estos resultados están en la línea de otras revisiones (2). Un proceso de reestructuración empresarial lleva asociado la amenaza de despido o la falta de certidumbres sobre la continuidad laboral, que supone una importante fuente de estrés (28). Para paliar este impacto, varios de los estudios recomiendan realizar el proceso de reestructuración de una manera estratégica e informativa (28,29).

Los resultados que relacionan la dimensión organización del tiempo de trabajo, principalmente el número de horas trabajadas, con problemas de salud mental no son concluyentes. Este resultado es consistente con una revisión publicada muy recientemente (81). Este indicador, a diferencia de los anteriores, guarda una mayor relación con el control sobre el trabajo que con la incertidumbre. Se trata una dimensión de la precariedad muy asociada con la voluntariedad de trabajar muchas horas y, tal y como establece el modelo esfuerzo-recompensa (82), con la retribución de las horas trabajadas (64,83). Pero también con el sexo y con la estructura social en la que viven las personas trabajadoras, del estado del bienestar, las regulaciones del mercado de trabajo y de las responsabilidades familiares (63). Además, la voluntariedad puede ser ficticia (8), cuando la presión externa exige trabajar un mayor número de horas para poder alcanzar un salario adecuado a las necesidades socio-familiares.

Finalmente, los resultados de las aproximaciones multivariadas presentan una clara asociación con la salud mental. Durante los últimos ocho años, el uso de conceptualizaciones multidimensionales de la precariedad ha aumentado mucho. Se trata de un abordaje más completo de la realidad, que describe cómo todas las ocupaciones están afectadas en menor o mayor medida por la precariedad, aunque también demuestran la existencia de un marcado patrón social según el que mujeres, jóvenes y migrantes están más afectados por la precariedad laboral (14,25,70). Los dos modelos más usados son el EPRES y el modelo de la calidad del trabajo, que parten de la misma conceptualización teórica. Aun así, la aplicación práctica es distinta, uno apuesta por construir un índice de precariedad (14) y el otro por analizar las dimensiones por separado y evaluar su interacción (70).

Las características del empleo precario y su asociación con la salud de la población trabajadora está ampliamente determinado por el contexto macroestructural (21). Aun así, sólo tres estudios, de trece que comparan varios países de la Unión Europea, estratifican los análisis según el Estado del bienestar –en los tres casos utilizan la tipología de Korpi (84) basada en las políticas familiares de los estados – y concluyen que pueden ser un determinante en la asociación entre precariedad laboral y salud (63,70). Estos resultados coinciden con una revisión reciente (21). Por ejemplo, la asociación entre precariedad laboral y salud puede ser diferente según el Estado del bienestar debido a los diferentes niveles de protección social (63). Además, integrar el estado del bienestar en los análisis, podría explicar parte de la diferente vulnerabilidad entre hombres y mujeres ante la precariedad laboral (y el impacto que ésta tiene en la salud) (13,70). Aunque sea un aspecto que cada vez se tiene más en cuenta (4,21), aún son pocos los estudios que lo tienen en cuenta de manera efectiva.

Por otro lado, sólo siete estudios tienen en cuenta el apoyo social y/o familiar y la situación del hogar de la persona trabajadora. De ellos, sólo tres concluyen que el apoyo social y familiar

reduce el impacto de la precariedad laboral en la salud mental de la persona (20,32,66,75). Estos resultados son coherentes con la literatura científica (9,85,86). Otros dos estudios (39,65) concluyen que el apoyo social no tiene un impacto significativo en la asociación. La investigación en la influencia del apoyo social y de la situación del hogar de la persona trabajadora está muy poco desarrollada. Aún quedan muchos aspectos por analizar y entender como, por ejemplo, el impacto del empleo precario según las diferentes etapas vitales y según la composición del hogar (si hay dependientes, si hay otras personas trabajadoras precarias o en desempleo).

Los estudios proponen diferentes mecanismos causales para relacionar las formas de precariedad laboral y la salud mental. El mecanismo más referenciado, y no generalmente considerado en la teoría del empleo precario, es el modelo del *breadwinner*. Este explica las diferencias de género en la salud mental debido al empleo precario con respecto a los roles tradicionales de hombres y mujeres en relación con el trabajo y la familia: la vida de los hombres se centra más en el trabajo remunerado porque ganan el salario familiar, mientras que las mujeres realizan trabajos domésticos y de cuidados. Así, la salud mental de los hombres depende más de su situación en el mercado laboral(13,14,25,42,46,55,56,60,70). Esto podría ser especialmente relevante en contextos donde el modelo de familia tradicional aún es dominante (13,63,70).

Los otros mecanismos expuestos están en consonancia con lo descrito en revisiones previas (4,12). En primer lugar, el modelo de la privación de las funciones latentes y manifiestas, específicamente las recompensas financieras menores que caracterizan los empleos precarios (56,58,66,74), y el debilitamiento de las funciones latentes del empleo como la integración social, a saber, la integración social, el estatus o la identidad socio-laboral o la autorrealización (28,49,51,74). En segundo lugar, la mayor exposición de las personas que empleos precarios a condiciones de trabajo perjudiciales. Por ejemplo, los trabajadores precarios/as, para mantener su empleo, podrían aceptar peores condiciones de trabajo así como intensificar su ritmo de trabajo y aumentar su tiempo de trabajo (25,53,58,65). Finalmente, los trabajadores precarios/as tienen una falta de control sobre su trabajo, que implica una incertidumbre futura y la incapacidad para planificar, así como para lograr ciertos objetivos vitales, que pueden tener efectos negativos en la salud mental de los trabajadores (68,74).

Teniendo en cuenta la segmentación de género del mercado de trabajo (especialmente en el sur de Europa) y el techo de cristal y el suelo pegajoso que lo caracterizan (87), la mayor proporción de mujeres en trabajos precarios (70,88), la carga de trabajo doble (o doble presencia) de las mujeres (89) o las diferencias de género en salud mental, el análisis del empleo precario y su impacto en la salud mental deberían interpretarse siempre con una perspectiva sensible al género. Sin embargo, menos de la mitad de los estudios incorporados presentan estratificación por sexo. Aunque la literatura científica tiende a incorporar esta visión, por ejemplo una revisión realizada por Quilan el 2001 (12) sobre el mismo tema sólo encontró 9 estudios de 93 que realizasen una estratificación por sexo, aún es una proporción muy baja. Además, los estudios sacan conclusiones contradictorias con respecto a las diferencias según el sexo en el impacto del trabajo precario en la salud: algunos sugieren que el empleo precario es más perjudicial para las mujeres (13,25), mientras que otros para los hombres (50,52,55,58,72,77). Se trata de un tema descuidado y mal entendido.

Finalmente, hay muy pocos estudios que propongan y discutan (teórica y empíricamente) una definición multidimensional de la precariedad laboral, o marcos conceptuales que especifiquen los mecanismos a nivel micro y macro que vinculan el empleo precario y la salud mental. Por lo tanto, las propuestas políticas descritas en los estudios consisten principalmente en mejorar el empleo y las condiciones de trabajo, o extender los paquetes de indemnización por despido y las prestaciones por desempleo. Existe la necesidad de hacer una reflexión más profunda para entender el trabajo precario como un concepto multidimensional bien definido, y como un factor de riesgo potencialmente modificable, para permitir el diseño de políticas públicas para minimizar el grado de precariedad en el empleo y el desarrollo de medidas para reducir su impacto en la salud.

4.2. Limitaciones y fortalezas

Esta revisión presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la gran cantidad de estudios transversales incluidos en la revisión implica que los resultados se deban interpretar con cautela, ya que no se puede establecer la dirección causal con seguridad y no se puede descartar el efecto del trabajador sano/a. Si bien los trabajadores precarios/as son difíciles de seguir en un estudio longitudinal, parece necesario analizar la historia laboral de los trabajadores e investigar cómo los cambios de una situación laboral a otra afectan su salud mental y si dichos efectos son reversibles (como se puede observar en algunos estudios longitudinales sobre los procesos de reestructuración organizacional). Extender el análisis para incluir cambios a lo largo del tiempo es un desafío, pero al mismo tiempo una necesidad, para evaluar adecuadamente el impacto del trabajo precario en la salud mental de los trabajadores.

En segundo lugar, no se ha llevado a cabo un meta-análisis. Aunque éste hubiese aportado una imagen más precisa, no se pudo realizar debido a la variedad de definiciones de precariedad, dimensiones de salud mental, diseños de estudio y procedimientos estadísticos. Otra limitación, y posible fuente de sesgo, es el uso de la misma cohorte o base de datos en diversos de los estudios incluidos. Finalmente, la revisión se centra en estudios revisados por pares. Por lo tanto, aunque este tipo de literatura es relevante e informativa, los informes y estudios publicados en revistas sin revisión por pares y otra literatura gris no se incluyeron.

La principal fortaleza de este artículo es la aproximación, mediante una revisión sistemática, a un tema de gran trascendencia política, económica y social, como es la asociación entre la precariedad (abordada a partir de diferentes dimensiones) y la salud mental de las personas trabajadoras. Además, es una revisión de los estudios publicados durante los últimos 8 años, que en la mayoría de los casos analizan datos recopilados después de la crisis de 2008. La precariedad se ha convertido en la norma social de la ocupación (90), con repercusiones tanto en la salud como en la vida social de las personas trabajadoras (91). Pero la multiplicidad de definiciones y aproximaciones teóricas existentes puede implicar que se difumine la magnitud del problema y se diluya la capacidad de acción política preventiva. Así pues, esta revisión busca clarificar los principales resultados de la literatura científica en este área, para mapear las principales definiciones, resultados y limitaciones.

4.3. Conclusiones

El desarrollo de la precarización como norma estándar del empleo que empezó a finales de los años setenta implicó una degradación no sólo de las condiciones de trabajo de la población asalariada, sino también de sus condiciones de vida. Tal y como se ha resumido en esta revisión, la precariedad laboral se puede entender como un conjunto de dimensiones: inseguridad, temporalidad, salario, organización del tiempo de trabajo, etc. Todas ellas parece que aumentan la incertidumbre y vulnerabilidad de los trabajadores (2), con consecuencias para la salud y la vida. Aunque las evidencias no son del todo concluyentes en algunas dimensiones, los estudios incluidos en esta revisión muestran que las principales dimensiones de la precariedad, así como las aproximaciones multidimensionales, están asociadas con problemas de salud mental. Entender la precariedad laboral como un conjunto de dimensiones que suponen un factor de riesgo para la salud mental modificable, debería permitir planificar políticas públicas para reducir al mínimo su presencia, la exposición a ella o desarrollar mecanismos para reducir su impacto en la salud.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Cano E. La extensión de la precariedad laboral como norma social. *Soc y utopía Rev ciencias Soc.* 2007;29.
3. Ferrie J, Westerlund H, Virtanen M, Vahtera J, Kiwimaki M. Flexible labor markets and employee health. *Scand J Work Environ Heal* . 2008;Suppl. 6:98–110.
4. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. *Annu Rev Public Health.* 2014;35:229–53.
5. Kim T, von dem Knesebeck O. Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Int Arch Occup Environ Health* . 2016;89(4):561–73.
6. Tompa E, Scott-Marshall H, Dolinschi r, Trevithick S, Bhattacharyya S. Precarious employment experiences and their health consequences: towards a theoretical framework. *Work.* 2007;28(3):209–24.
7. Amable M, Benach J, González S. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2001;4 (4):169–84.
8. Rodgers G, Rodgers J. Precarious jobs in labour market regulation : the growth of atypical employment in Western Europe. International Institute for Labour Studies; 1989. 301 p.
9. Lewchuk W, Clarke M, de Wolff A. Working without commitments: precarious employment and health. *Work Employ Soc.* 2008;22(3):387–406.
10. Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, Muntaner C, et al. The Employment Precariousness Scale (EPRES): psychometric properties of a new tool for epidemiological studies among waged and salaried workers. *Occup Environ Med.* 2010;67(8):548–55.
11. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: a review. *Int J Epidemiol* . 2005;34(3):610–22.
12. Quinlan M, Mayhew C, Bohle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: a review of recent research.

- Int J Health Serv . 2001;31(2):335–414. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11407174>
13. De Moortel D, Vandenheede H, Muntaner C, Vanroelen C. Structural and intermediary determinants of social inequalities in the mental well-being of European workers: a relational approach. *BMC Public Health* . 2014;14(1):938.
 14. Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, Muntaner C, et al. Employment precariousness and poor mental health: Evidence from Spain on a new social determinant of health. *J Environ Public Health* . 2013;2013:978656.
 15. Mills M, Blossfeld H, Klijzing E. Becoming an adult in uncertain times: a 14-country comparison of the losers of globalization. In: Blossfeld H, Klijzing E, Mills M, Kurz K, editors. *Globalization, uncertainty and youth in society*. London, New York: Routledge; 2005. p. 393–411.
 16. Benach J, Vives A, Tarafa G, Delclos C, Muntaner C. What should we know about precarious employment and health in 2025? Framing the agenda for the next decade of research. *Int J Epidemiol*. 2016;45(1):232–8.
 17. Vancea M, Utzet M. How unemployment and precarious employment affect the health of young people: A scoping study on social determinants. *Scand J Public Health*. 2017;45(1):73–84.
 18. Muntaner C, Solar O, Vanroelen C, Martínez JM, Vergara M, Santana V, et al. Unemployment, Informal Work, Precarious Employment, Child Labor, Slavery, and Health Inequalities: Pathways and Mechanisms. *Int J Heal Serv* . 2010;40(2):281–95.
 19. Messing K, Punnett L, Bond M, Alexanderson K, Pyle J, Zahm S, et al. Be the fairest of them all: challenges and recommendations for the treatment of gender in occupational health research. *Am J Ind Med* . 2003;43(6):618–29.
 20. Van Aerden K, Gadeyne S, Vanroelen C. Is any job better than no job at all? Studying the relations between employment types, unemployment and subjective health in Belgium. *Arch public Heal*. 2017;75.
 21. Kim I-H, Muntaner C, Shahidi FV, Vives A, Vanroelen C, Benach J, et al. Welfare states, flexible employment, and health: A critical review. *Health Policy (New York)*. 2012;104(2):99–127.
 22. Eurostat. Unemployment statistics - Statistics Explained . 2016 [cited 2018 Sep 3]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unemployment_statistics
 23. Gallie D. *Economic Crisis, Quality of Work and Social Integration: Topline Results from Rounds 2 and 5 of the European Social Survey* . London; 2013.

24. Vives A, González F, Moncada S, Llorens C, Benach J. Measuring precarious employment in times of crisis : the revised Employment Precariousness Scale (EPRES) in Spain. *Gac Sanit* . 2015;29(5):379–82.
25. Van Aerden K, Puig-Barrachina V, Bosmans K, Vanroelen C. How does employment quality relate to health and job satisfaction in Europe? A typological approach. *Soc Sci Med*. 2016;158:132–40.
26. NIH. Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-sectional studies . National Heart, Lung, and Blood Institute. 2016 [cited 2009 Aug 20]. Available from: <http://www.nih.gov>
27. Sanderson S, Tatt ID, Higgins JP. Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: a systematic review and annotated bibliography. *Int J Epidemiol* . 2007;36(3):666–76.
28. Andreeva E, Brenner MH, Theorell T, Goldberg M. Risk of psychological ill health and methods of organisational downsizing: a cross-sectional survey in four European countries. *BMC Public Health*. 2017;17.
29. Brenner MH, Andreeva E, Theorell T, Goldberg M, Westerlund H, Leineweber C, et al. Organizational Downsizing and Depressive Symptoms in the European Recession: The Experience of Workers in France, Hungary, Sweden and the United Kingdom. *PLoS One*. 2014;9(5).
30. Reichert AR, Tauchmann H. Workforce reduction, subjective job insecurity, and mental health. *J Econ Behav Organ*. 2017;133:187–212.
31. Falkenberg H, Fransson EI, Westerlund H, Head JA. Short- and long-term effects of major organisational change on minor psychiatric disorder and self-rated health: results from the Whitehall II study. *Occup Environ Med* . 2013;70(10):688–96.
32. Snorradóttir Á, Vilhjálmsson R, Rafnsdóttir GL, Tómasson K. Financial crisis and collapsed banks: psychological distress and work related factors among surviving employees--a nation-wide study. *Am J Ind Med* . 2013;56(9):1095–106.
33. Osthus S. Health effects of downsizing survival and job loss in Norway. *Soc Sci Med*. 2012 Sep;75(5):946–53.
34. Flint E, Cummins S, Wills J. Investigating the effect of the London living wage on the psychological wellbeing of low-wage service sector employees: a feasibility study. *J Public Health (Oxf)* . 2014;36(2):187–93.
35. Boschman JS, van der Molen HF, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Psychosocial work environment and mental health among construction workers. *Appl Ergon* . 2013;44(5):748–55.

36. Zoghbi-Manrique-de-Lara P, Verano-Tacoronte D, Guerra-Baez RM. Well-being and behavior of hotel employees in the context of the current economic crisis. *Investig Tur*. 2016 Jan;(11):96–115.
37. Magnusson Hanson LL, Chungkham HS, Ferrie J, Sverke M. Threats of dismissal and symptoms of major depression: a study using repeat measures in the Swedish working population. *J Epidemiol Community Health* . 2015;69(10):963–9.
38. Meltzer H, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, McManus S, Stansfeld S. Job insecurity, socio-economic circumstances and depression. *Psychol Med* . 2010;40(8):1401–7.
39. Virga D, Iliescu D. The well-being of Romanian workers in Spain: antecedents and moderators. *Eur J Work Organ Psychol*. 2017;26(1):149–59.
40. ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. The association between type and number of adverse working conditions and mental health during a time of economic crisis (2010-2012). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* . 2015;50(6):899–907.
41. Rajani NB, Giannakopoulos G, Filippidis FT. Job insecurity, financial difficulties and mental health in Europe. *Occup Med*. 2016;66(8):681–3.
42. Buffel V, Dereuddre R, Bracke P. Medicalization of the Uncertainty? An Empirical Study of the Relationships between Unemployment or Job Insecurity, Professional Care Seeking, and the Consumption of Antidepressants. *Eur Sociol Rev*. 2015;31(4):446–59.
43. Cottini E, Ghinetti P. Employment insecurity and employees' health in Denmark. *Heal Econ (United Kingdom)* . 2018;27(2):426–39.
44. Virtanen P, Janlert U, Hammarström A. Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. *Occup Environ Med* . 2011;68(8):570–4.
45. Navarro A, Utzet M, Salas S, Llorens C, Molinero-Ruiz E, Moncada S. Specific psychosocial exposures for workers' mental health: A population-based study. *Am J Ind Med* . 2017;60(8):747–52.
46. Utzet M, Navarro A, Llorens C, Muntaner C, Moncada S. Is the worsening of psychosocial exposures associated with mental health? Comparing two population-based cross-sectional studies in Spain, 2005-2010. *Am J Ind Med* . 2016;59(5):399–407.
47. Murcia M, Chastang J-F, Niedhammer I. Psychosocial work factors, major depressive and generalised anxiety disorders: Results from the French national SIP study. *J Affect Disord* . 2013;146(3):319–27.
48. Niedhammer I, Sultan-Taïeb H, Chastang J, Vermeylen G, Parent-Thirion A. Fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in 31 countries in Europe. *Int Arch Occup Environ Health* . 2014;87(4):403–11.

49. Griep Y, Kinnunen U, Natti J, Nele DC, and Mauno S, Makikangas A, et al. The effects of unemployment and perceived job insecurity: a comparison of their association with psychological and somatic complaints, self-rated health and life satisfaction. *Int Arch Occup Environ Health*. 2016;89(1):147–62.
50. Wahrendorf M, Blane D, Bartley M, Dragano N, Siegrist J. Working conditions in mid-life and mental health in older ages. *Adv Life Course Res* . 2013;18(1):16–25.
51. Pirani E. On the Relationship Between Atypical Work(s) and Mental Health: New Insights from the Italian Case. *Soc Indic Res*. 2017;130(1, SI):233–52.
52. Sousa E, Agudelo-Suárez A, Benavides FG, Schenker M, García AM, Benach J, et al. Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators. *Int J Public Health* . 2010;55(5):443–51.
53. Sidorchuk A, Engstrom K, Johnson CM, Leeza NK, Moller J. Employment status and psychological distress in a population-based cross-sectional study in Sweden: the impact of migration. *BMJ Open*. 2017;7(4).
54. Cortes-Franch I, Escriba-Aguir V, Benach J, Artazcoz L. Employment stability and mental health in Spain: towards understanding the influence of gender and partner/marital status. *BMC Public Health*. 2018;18.
55. Arias-de la Torre J, Artazcoz L, Molina AJ, Fernández-Villa T, Martín V. Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study. *Gac Sanit* . 2016;30(5):339–44.
56. Fiori F, Rinesi F, Spizzichino D, Di Giorgio G. Employment insecurity and mental health during the economic recession: An analysis of the young adult labour force in Italy. *Soc Sci Med* . 2016;153:90–8.
57. Blanquet M, Labbe-Lobertreau E, Sass C, Berger D, Gerbaud L. Occupational status as a determinant of mental health inequities in French young people: is fairness needed? Results of a cross-sectional multicentre observational survey. *Int J Equity Health*. 2017;16.
58. Waenerlund A, Gustafsson P, Virtanen P, Hammarström A. Is the core-periphery labour market structure related to perceived health? findings of the Northern Swedish Cohort. *BMC Public Health* . 2011;11(1):956.
59. Waenerlund A, Virtanen P, Hammarström A. Is temporary employment related to health status? Analysis of the Northern Swedish Cohort. *Scand J Public Health* . 2011;39(5):533–9.
60. Afonso P, Fonseca M, Pires JF. Impact of working hours on sleep and mental health. *Occup Med (Lond)* . 2017;67(5):377–82.

61. Mauss D, Litaker D, Jarczok MN, Li J, Bosch JA, Fischer JE. Anti-clockwise rotating shift work and health: would you prefer 3-shift or 4-shift operation? *Am J Ind Med* . 2013;56(5):599–608.
62. Houdmont J, Randall R. Working hours and common mental disorders in English police officers. *Occup Med (Lond)* . 2016;66(9):713–8.
63. Artazcoz L, Cortes I, Benavides FG, Escriba-Aguir V, Bartoll X, Vargas H, et al. Long working hours and health in Europe: Gender and welfare state differences in a context of economic crisis. *Health Place*. 2016;40:161–8.
64. De Moortel D, Thévenon O, De Witte H, Vanroelen C. Working Hours Mismatch, Macroeconomic Changes, and Mental Well-being in Europe. *J Health Soc Behav* . 2017;58(2):217–31.
65. Canivet C, Bodin T, Emmelin M, Toivanen S, Moghaddassi M, Östergren P-O. Precarious employment is a risk factor for poor mental health in young individuals in Sweden: a cohort study with multiple follow-ups. *BMC Public Health* . 2016;16(1):687.
66. Canivet C, Aronsson G, Bernhard-Oettel C, Leineweber C, Moghaddassi M, Stengard J, et al. The negative effects on mental health of being in a non-desired occupation in an increasingly precarious labour market. *SSM - Popul Heal* . 2017;3:516–24.
67. Benach J, Julià M, Tarafa G, Mir J, Molinero E, Vives A. Multidimensional measurement of precarious employment: social distribution and its association with health in Catalonia (Spain). *Gac Sanit* . 2015;29(5):375–8.
68. Julia M, Vives A, Tarafa G, Benach J. Changing the way we understand precarious employment and health: Precarisation affects the entire salaried population. *Saf Sci*. 2017;100(A, SI):66–73.
69. Vives A, Vanroelen C, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, et al. Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *Int J Health Serv* . 2011;41(4):625–46.
70. De Moortel D, Vandenheede H, Vanroelen C. Contemporary employment arrangements and mental well-being in men and mujeres across Europe: a cross-sectional study. *Int J Equity Health* . 2014;13(1):90. A
71. Henseke G. Good jobs, good pay, better health? The effects of job quality on health among older European workers. *Eur J Heal Econ*. 2018;19(1):59–73.
72. Niedhammer I, Lesuffleur T, Algava E, Chastang J-F. Classic and emergent psychosocial work factors and mental health. *Occup Med (Lond)* . 2015;65(2):126–34.
73. Niedhammer I, Malard L, Chastang J-F. Occupational factors and subsequent major depressive and generalized anxiety disorders in the prospective French national SIP

- study. *BMC Public Health* . 2015;15(1):200.
74. Robert G, Martinez J, Garcia A, Benavides F, Ronda E. From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *Eur J Public Health* . 2014;24(3):404–9.
 75. Teixeira AF, Dias SF. Labor market integration, immigration experience, and psychological distress in a multi-ethnic sample of immigrants residing in Portugal. *Ethn Health*. 2018;23(1):81–96.
 76. Kirves K, De Cuyper N, Kinnunen U, Nätti J. Perceived job insecurity and perceived employability in relation to temporary and permanent workers' psychological symptoms: A two samples study. *Int Arch Occup Environ Health* . 2011;84(8):899–909.
 77. Schütte S, Chastang J-F, Malard L, Parent-Thirion A, Vermeulen G, Niedhammer I. Psychosocial working conditions and psychological well-being among employees in 34 European countries. *Int Arch Occup Environ Health* . 2014; 87(8):897-907
 78. Sverke M, Hellgren J, Näswall K. No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *J Occup Health Psychol* . 2002;7(3):242–64.
 79. Goudswaard A, Andries F. Employment status and working conditions . Dublin; 2002.
 80. Hünefeld L, Köper B. Fixed-term Employment and Job Insecurity (JI) as Risk factors for Mental Health. A Review of International Study Results. *E-Journal Int Comp Labour Stud* . 2016;5(3).
 81. Virtanen M, Jokela M, Madsen IEH, Hanson LLM, Lallukka T, Nyberg ST, et al. Long working hours and depressive symptoms: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *Scand J Work Environ Heal*. 2018;44(3):239–50.
 82. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Soc Sci Med*. 2004;58(8):1463–73.
 83. Beckers DGJ, van der Linden D, Smulders PGW, Kompier MAJ, Taris TW, Geurts SAE. Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. *Work Stress* . 2008;22(1):33–50.
 84. Korpi W. Faces of Inequality: Gender, Class, and Patterns of Inequalities in Different Types of Welfare States. *Soc Polit Int Stud Gender, State Soc* . 2000;7(2):127–91.
 85. Vosko L. Precarious Employment: Towards an Improved Understanding of Labour Market Insecurity. In: Press M-QU, editor. *Precarious Employment Understanding Labour Market Insecurity in Canada*. Montreal, Quebec; 2006.
 86. Clarke M, Lewchuk W, de Wolff A, King A. 'This just isn't sustainable': Precarious employment, stress and workers' health. *Int J Law Psychiatry* . 2007;30(4–5):311–26.

87. Torns T, Recio C. Las desigualdades de género en el mercado de trabajo: entre la continuidad y la transformación. *Rev Econ Crítica*. 2012;14:178–202.
88. Campos-Serna J, Ronda-Perez E, Artazcoz L, Moen BE, Benavides FG. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2013;12.
89. Moreno N, Moncada S, Llorens C, Carrasquer P. Double presence, paid work, and domestic-family work. *New Solut*. 2010;20(4):511–26.
90. Cano E. La extensión de la precariedad laboral como norma social. *Soc y utopía Rev ciencias Soc*. 2007;29.
91. Quinlan M. The 'Pre-Invention' of Precarious Employment: The Changing World of Work in Context. *Econ Labour Relations Rev* . 2012;23(4):3–24.

Anexo

Tabla A1. Términos de búsqueda para las dimensiones de precariedad, salud mental y país

Dimensiones	Términos de búsqueda
Dimensiones de precariedad	
Disempowerment and collective bargaining	“collective bargaining”
Downsizing and major organisational restructuring	Downsizing ^a OR organisational change ^a OR organizational change ^a OR privatization
Employee involvement	“employee involvement” ^a
Income wages	working poor OR low wages OR low income* OR low salary OR inadequate income OR inadequate wages OR inadequate salary OR insufficient income OR insufficient wages OR insufficient salary
Job insecurity	employment insecurity OR “work insecurity” ^a OR “job insecurity” ^a OR “employment instability” ^a OR “work instability” ^a OR “job instability” ^a OR insecure employment OR insecure work OR insecure jobs
Temporariness	Temporary employment OR temporary work OR temporary jobs OR nonpermanent employment OR nonpermanent work OR non permanent employment OR non permanent work OR non permanent job OR non-permanent employment OR non-permanent work OR discontinuous employment OR discontinuous work OR discontinuous jobs
Vulnerability	“worker* vulnerability” ^a
Workers' rights	workplace rights ^a OR labour union OR labor union OR unionization ^a OR unionisation ^a
Working time arrangements	fixed-term employment OR fixed-term work OR fixed-term jobs OR fixed-term contract OR fixed term employment OR fixed term work OR fixed term jobs OR fixed term contract OR work time control OR “worktime control” ^a OR “work-time control” ^a OR “inconvenient hours” ^a OR parttime employment OR parttime work OR part time employment OR part time work OR part time jobs OR part time contract OR part-time employment OR part-time work OR part-time jobs OR part-time contract OR fixed work scheduling OR flexible work scheduling OR over time employment OR over time work OR over time jobs OR overtime employment OR overtime work OR overtime jobs OR over-time employment OR over-time work OR over-time jobs OR “long working hours” ^a

Multidimensional	Precariousness ^a OR nonstandard employment OR nonstandard work OR nonstandard jobs OR non standard employment OR non standard work OR non standard jobs OR “non-standard employ*” ^a OR “non-standard work*” ^a OR “non-standard job*” ^a OR atypical employment OR atypical work OR atypical jobs OR contingent employment OR contingent work OR contingent jobs OR flexible employment OR flexible work OR flexible jobs OR precarious work OR precarious employment OR precarious jobs
Salud mental	
Mental health	mental health OR mental disorders
País	
Country	austria OR belgium OR bulgaria OR croatia OR cyprus OR czech republic OR denmark OR estonia OR finland OR france OR germany OR greece OR hungary OR ireland OR italy OR latvia OR lithuania OR luxembourg OR malta OR netherlands OR poland OR portugal OR romania OR slovakia OR slovenia OR spain OR sweden OR “united kingdom” OR norway OR switzerland OR “european union” OR Europe OR “great Britain”

^a Not a MeSH term.

("mental health"[MeSH Terms]) OR "mental disorder*"[MeSH Terms]

(((((austria[MeSH Terms]) OR belgium[MeSH Terms]) OR bulgaria[MeSH Terms]) OR croatia[MeSH Terms]) OR cyprus[MeSH Terms]) OR czech republic[MeSH Terms]) OR denmark[MeSH Terms]) OR estonia[MeSH Terms]) OR finland[MeSH Terms]) OR france[MeSH Terms]) OR germany[MeSH Terms]) OR greece[MeSH Terms]) OR hungary[MeSH Terms]) OR ireland[MeSH Terms]) OR italy[MeSH Terms]) OR latvia[MeSH Terms]) OR lithuania[MeSH Terms]) OR luxembourg[MeSH Terms]) OR malta[MeSH Terms]) OR netherlands[MeSH Terms]) OR poland[MeSH Terms]) OR portugal[MeSH Terms]) OR romania[MeSH Terms]) OR slovakia[MeSH Terms]) OR slovenia[MeSH Terms]) OR spain[MeSH Terms]) OR sweden[MeSH Terms]) OR united kingdom[MeSH Terms]) OR norway[MeSH Terms]) OR european union[MeSH Terms]) OR switzerland[MeSH Terms]) OR Europe[MeSH Terms] OR great Britain[MeSH Terms])

Tabla A3. Evaluación de calidad

	1. Objetivo claro	2. Población	3. Tasa participación >50%	4. Criterio igual	5. Justificación tamaño de la muestra	6. Exposición previa al resultado	7. Periodo de exposición suficiente ^b	8. Gradiente de exposición	9. Validez de la exposición	10. Exposición evaluada >1vez	11. Validez de los resultados	12. Ciego de los asesores	13. Pérdida seguimiento <20% ^b	14. Confusores	Calidad
Alonso P	si	si	no	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	media
Andreeva, E	si	si	si	si	si	no	no	si	si	no	si	si	na	si	bueno
Arias de la torre J	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	bueno
Altarcoz L	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	media
Benach J	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	media
Blanquet M	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	bueno
Boschman JS	si	si	no	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	media
Brenner M	si	si	si	si	si	no	no	si	si	no	si	si	na	si	bueno
Buffel V	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	bueno
Canivet C (2016) ^a	si	si	si	si	no	si	si	na	si	si	si	si	no	si	bueno
Canivet C (2017) ^a	si	si	si	si	no	si	si	na	si	si	si	si	no	si	bueno
Cortès-Franch I	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	bueno
Cotinni E	si	si	nr	si	no	si	SI	si	si	SI	si	si	na	si	media
De Moortel D (2014)	si	si	si (no en todos los países)	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	media
De Moortel (2014 (BMC)	si	si	nr	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	media
De Moortel (2017)	si	si	si (no en todos los países)	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	media
Ek E ^a	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	no	si	si	no	si	pobre
Falkenberg H ^a	si	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	nr	si	bueno
Fiori F	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	si	si	si	na	si	media
Flint E	si	si	si	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	bueno
Griep Y	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	bueno

Henseke G	si	si	nr	si	no	si	na	si	media						
Houdmont J	si	si	no	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	media
Julia M	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	buena
Kirves K ^a	si	si	si	si	no	no	no	si	si	si	si	si	no	si	buena
Magnuson L ^a	si	si	si	si	no	si	no	si	buena						
Mauss D	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	buena
Meltzer H	si	si	si	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	buena
Murcia M	si	si	si	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	buena
Navarro A	si	si	nr	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	media
Nella D	si	si	no	no	no	no	no	na	cs	no	si	si	na	si	pobre
Niedhammer I (2014)	si	si	si	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	buena
Niedhammer I (2015)	si	si	si	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	buena
Niedhammer I (2015) ^a	si	si	si	si	no	si	si	na	si	si	si	si	si	si	buena
Osthus S ^a	si	si	si	si	no	si	no	si	media						
Pirani E	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	media
Rajani N	si	si	nr	si	no	no	no	no	si	no	si	si	na	si	media
Reichert A ^a	si	si	nr	si	no	si	si	na	si	si	si	si	no	si	media
Robert G ^a	si	si	nr	si	no	si	no	si	media						
Shüte S	si	si	si	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	buena
Sidorchuk A	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	media
Snorradóttir A	si	si	si	si	no	no	no	na	si	no	si	si	na	si	buena
Sousa E	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	buena
Teixeira A	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	media
Ten Have M ^a	si	si	si	si	no	no	si	buena							
Utzet M	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	media
Van Aerden K (2016)	si	si	no	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	media

Van Aerden K (2017)	si	si	nr	si	no	no	no	si	si	si	si	si	na	si	media
Virga D	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	media
Virtanen P ^a	si	si	nr	si	no	si	buena								
Vives A (2011)	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	buena
Vives A (2013)	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	buena
Waenerlund A 59 ^a	si	si	nr	si	no	si	si	si	si	no	si	si	si	si	buena
Waenerlund A 60 ^a	si	si	nr	si	no	no	si	no	si	si	si	si	si	si	buena
Wahrendorf M	si	si	nr	si	no	no	no	no	si	no	si	si	na	si	media
Zoghbi P	si	si	si	si	no	no	no	si	si	no	si	si	na	si	media
Zolnierczyk D	si	si	nr	si	no	no	no	no	si	no	si	si	na	no	pobre

^a Diseño longitudinal

^b Sólo en el caso de diseño longitudinal

nr: no reportado, na: no aplicable, id: imposible determinar