



UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO EN
ESPECIALISTA DE SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL CON MENCIÓN EN
SALUD OCUPACIONAL**

**ENTORNO LABORAL SALUDABLE: IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN
PSICOSOCIAL Y CULTURA ORGANIZACIONAL EN LA SALUD MENTAL DEL
TRABAJADOR**

XIMENA TRUJILLO R.

Quito, diciembre 2019

**ENTORNO LABORAL SALUDABLE: IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN
PSICOSOCIAL Y CULTURA ORGANIZACIONAL EN LA SALUD MENTAL DEL
TRABAJADOR**

AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre Todopoderoso y a Jesucristo, mi Señor, por sus abundantes bendiciones a través de toda mi vida académica, demostrándome su fidelidad e inmensa misericordia cada día, siendo mi guía, mi pronta ayuda y defensor ante las tribulaciones, quien ha estado siempre pendiente de mi, vigilante de mi camino, brindándome su infinito amor en todas las manifestaciones posibles, quien me ha dado la fuerza necesaria para continuar y levantarme luego de los tropiezos, consolador de mis desdichas y el primero en gozar conmigo mis alegrías y victorias.

A mi madre y mejor amiga quien con sus sabios consejos y compañía ha hecho mejor mi vida y me ha enseñado a disfrutar y vivir la vida con amor. A mi padre, quien infundió en mi, la fuerza de voluntad, trabajo duro y responsabilidad, digno ejemplo intachable a seguir.

A mi hijo amado a quien amo con mi vida entera y me ha dado la alegría de ser madre y me ha enseñado lo que es el verdadero amor eterno, quien cada día me regala sonrisas, es el motor para luchar, vencer y ser cada día un ser humano mejor con la digna tarea de criarlo con amor, sabiduría y disciplina.

A mi amada abuela, América, que en paz descansa y más que abuela fue también mi madre, quien me enseñó a ser amada al darme su amor incondicional, abnegado, perenne, e inmensa ternura, me enseñó el amor a Dios y a su palabra; y en cuyo regazo siempre me sentí niña sin importar la edad que tuviera.

A mis hermanos, quienes siempre me han dado alegrías y buenos momentos, cómplices de juegos y travesuras brindándome amistad fiel, sincera y para quienes muchas veces fui su ejemplo a seguir.

CERTIFICACIÓN Y ACUERDO DE ORIGINALIDAD

Yo, **XIMENA ELIZABETH TRUJILLO ROMERO**, declaro bajo juramento, que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada. Los derechos que como autora me corresponden, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5, 6, 8; 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.



Dra. Ximena Trujillo Romero

CERTIFICADO DE APROBACIÓN DEL TUTOR

Quito, 1 de diciembre del 2019

Yo, JUAN CARLOS PALOMINO BALDEÓN con cédula de identidad No. 21135971, en calidad de Tutor de Trabajo de Titulación, CERTIFICO que he dirigido el desarrollo del Trabajo de Titulación previo a la obtención del grado académico de Especialista en Salud y Seguridad Ocupacional con mención en Salud Ocupacional, titulado “ENTORNO LABORAL SALUDABLE: IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y CULTURA ORGANIZACIONAL EN LA SALUD MENTAL DEL TRABAJADOR”, cuyo autor es la Dra XIMENA ELIZABETH TRUJILLO ROMERO con cédula de identidad 1716630320, la misma que reúne los requerimientos de orden teórico, metodológico, razón por la cual autorizo su presentación para el trámite legal correspondiente.

Lo certifica,



DR. JUAN CARLOS PALOMINO BALDEÓN

Tabla de contenido

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	10
JUSTIFICACION	11
ANALISIS FACTIBILIDAD	12
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	12
MARCO TEÓRICO	13
OBJETIVO	40
HIPÓTESIS	40
METODOLOGÍA	41
ANÁLISIS DE RESULTADOS	44
DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	70
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	72
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	78
ANEXO N1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	78
ANEXO N2: CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISION	79
ANEXO N3: INFORME DE ORIGINALIDAD	84

RESUMEN

Título: Entorno laboral saludable: Impacto de la intervención psicosocial y cultura organizacional en la salud mental del trabajador

Autor: Ximena Trujillo

El presente trabajo académico pretende ofrecer una actualización en cuanto al impacto que tienen las intervenciones psicosociales en la salud mental de los trabajadores, así como también sobre su relación en cuanto a productividad y éxito de las organizaciones. Alrededor del mundo se han creado políticas para la promoción y prevención de la salud mental pero aún falta mucho por hacer para que el estigma social y las barreras de accesibilidad a la atención mental sean vencidas. Existe abundante información sobre las intervenciones psicosociales en el contexto laboral, sin embargo no existe un acuerdo uniforme sobre su alcance y efectividad, sobre todo a largo plazo.

Palabras Clave: entorno laboral saludable, intervención psicosocial, salud mental laboral.

ABSTRACT

Title: Healthy work environment: Impact of psychosocial intervention and organizational culture on the mental health of the worker

Author: Ximena Trujillo

This review article will request an update regarding the impact that psychosocial interventions have on the mental health of workers, as well as on their relationship in terms of productivity and success of organizations. The world has already created policies for the promotion and prevention of mental health but there is still much to be done so that social stigma and barriers to access to mental care can be overcome. There is abundant information on psychosocial complications in the workplace context, however there is no uniform agreement on its scope and effectiveness, especially in the long term.

Key Words: Healthy work environment, psychosocial intervention, occupational mental health

INTRODUCCIÓN

Un entorno laboral saludable es aquel que promueve la buena salud, misma que es indispensable para el desarrollo social, económico e individual. La OMS y la OPS incluyen políticas y actividades en el lugar de trabajo, creadas con el fin de estimular a los empleadores y trabajadores a cuidar, a mantener su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad aportando al desarrollo económico y social de cada país. (Casas & Klijn, 2006)

Un ambiente laboral saludable consigue la salud de los trabajadores y realiza una contribución a la producción, motivación, el espíritu y satisfacción en el trabajo, y aumenta la calidad de vida. El exceso de las horas de trabajo, el poco tiempo disponible para descansar, las actividades repetitivas con poca significancia, y el desaprovechamiento de las destrezas son problemas que generan altos grados de estrés. (Ministerio de Salud y Protección social. Dirección De Desarrollo Y Talento Humano En Salud, 2016)

El estrés puede actuar negativamente en el ámbito psicosocial del empleado. El estrés es definido como el mecanismo común por el cual el cuerpo mantiene su equilibrio interno, adaptándose a las exigencias, presiones e influencias a las que está expuesto en el ambiente externo en que se desarrolla” (Gutiérrez Strauss & Vilorio-Doria, 2014)

La prevención es la vía ideal de solución de este problema. Se basa fundamentalmente en una organización del trabajo más racional, el establecimiento de turnos más equilibrados, la conciliación de la vida laboral y familiar, el desarrollo de un ambiente agradable en el puesto de trabajo, la intervención con los propios trabajadores y el desarrollo de políticas sociolaborales promotoras de la salud. (García-Moran & Gil-Lacruz, 2016)

JUSTIFICACION

El presente estudio es necesario realizar en el Ecuador debido a que la implementación y aplicación de las normas de Salud y Seguridad Ocupacional a pesar de estar presentes parcialmente desde hace largos años en el país, aún no se cumplen en su mayoría.

Actualmente existe una gran brecha del conocimiento de lo que constituye verdaderamente un política y cultura preventiva en Salud y Seguridad Ocupacional.

Además el estigma social es una importante carga para el individuo en el contexto laboral, social y familiar lo que impide en gran medida el acceso a la atención sanitaria. Tampoco se evidencian estudios a nivel nacional que valoren los efectos de las intervenciones psicosociales primarias, secundarias y terciarias para prevenir, controlar o tratar los trastornos mentales originados por los riesgos psicosociales en el ambiente laboral.

Es necesario crear el conocimiento para que la aplicación del mismo alcance a todos los sectores laborales del país y ser pioneros en la defensa prioritaria de la salud mental del trabajador como eje fundamental para el progreso económico y productivo en un entorno laboral saludable y sustentable en el Ecuador.

ANALISIS FACTIBILIDAD

El presente estudio de revisión de literatura y evidencia científica es totalmente factible de realizar por cuanto se dispone de todas las herramientas, recursos físicos y talento humano para efectuar el mismo. La disponibilidad de la evidencia científica está al alcance de la mano mediante internet y más aún con las herramientas proporcionadas en la UIDE como conocimientos teóricos y prácticos para valorar la calidad de información así como también la disponibilidad de recursos virtuales de importantes Bibliotecas y revistas científicas cuyo acceso ha sido facilitado por los tutores nacionales e internacionales con amplio conocimiento y publicaciones científicas, además de su guía y asesoría constante.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El desarrollo de este trabajo académico se ejecutó durante los meses de agosto a diciembre del 2019 de acuerdo al siguiente cronograma de actividades. Ver Anexo 1.

MARCO TEÓRICO

El concepto de salud ha variado desde el tradicional modelo de ausencia de enfermedad a uno más complejo que incluye el sentido de propósito vital, visión positiva del “yo” y la calidad de relaciones interpersonales. (Fan et al., 2014)

La OMS define la salud mental como el estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla todo su potencial y puede enfrentar el estrés normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad. (Leka & Jain, 2014)

Los trabajadores constituyen una inversión y una ventaja competitiva para la organización, son el capital humano, social y psicológico, es así que la salud psicosocial es un bien, un valor estratégico primordial para cumplir las metas organizacionales por lo que el desarrollo y progreso de las empresas dependen de esta y deben velar por mantener trabajadores motivados y sanos. (Salanova, 2008)

El capital humano incluye el conocimiento, las destrezas, habilidades y competencias derivadas de la educación, la formación y la experiencia profesional. El capital social constituye el ambiente social laboral y de la empresa. (Salanova, 2008)

De acuerdo a Wilson y colaboradores, en el 2004, una empresa saludable como aquellas que invierten sus esfuerzos de colaboración sistemáticos para potenciar el bienestar de los trabajadores y mejorar la productividad mediante un correcto diseño de puestos de trabajo, apoyo social, oportunidades equitativas para el progreso y un balance adecuado con la vida privada. El generar un ambiente laboral positivo permite el uso adecuado de los recursos disponibles, la satisfacción del cliente, beneficios para la organización, la productividad, la rotación de puestos, seguridad en el trabajo y la responsabilidad social. (Salanova, 2008)

Un lugar de trabajo saludable es aquel en el que tanto trabajadores como empleadores colaboran mutuamente para mejorar la salud, seguridad y bienestar de todos, tomando en cuenta las necesidades particulares de las cuatro esferas que son el ambiente laboral físico, el ambiente psicosocial que incluye la cultura organizacional, valores, actitudes, creencias y prácticas diarias que afectan la salud mental, física y bienestar personal; el ambiente comunitario como lo es la familia y otros miembros de la comunidad y finalmente el individual para lidiar con los factores que originan estrés mental y emocional conocidos como los estresores del lugar de trabajo. (Neira, 2010)

Las instituciones o empresas saludables no sólo sobreviven a las crisis, o logran adaptarse a ellas, sino que salen más fortalecidas, convirtiéndose en organizaciones resilientes. (Salanova, 2008)

Las organizaciones óptimas, son aquellas capaces de transmitir a sus trabajadores un ambiente laboral saludable que se caracteriza por valores éticos, emociones positivas que fomentan las relaciones sociales, apoyo mutuo y generan bienestar y satisfacción. (Garrosa Hernández & Carmona Cobo, 2011)

El "wellbeing" o bienestar se define como la evaluación positiva que el ser humano hace de su propia vida y abarca las emociones, la satisfacción y el significado de la misma. (Quick & Henderson, 2016)

Esta definición podría parecer simple sin embargo es un constructo complejo y controvertido con dos enfoques distintos, el hedónico y el correspondiente a la eudaimonía. La visión hedónica hace el llamado a lo subjetivo e involucra la felicidad y todo proceso para obtener alegría y evadir el dolor. En cambio de acuerdo al concepto de la eudaimonía es el bienestar psicológico que permite a un individuo sentirse realizado y útil. (Quick & Henderson, 2016)

El wellbeing definido por Diener, 2000., es un concepto subjetivo de la calidad de vida producto de la combinación de la satisfacción en la vida y el balance afectivo. La satisfacción es medida por la persona mediante la evaluación de su propia vida como un todo y el balance afectivo tiene que ver con las emociones positivas o negativas que el individuo experimenta. (Fan et al., 2014)

El engagement se define como una emoción positiva que implica un estado de bienestar psicológico, vigor, dedicación y absorción. Luthans, Youssef, y Avolio propusieron el “capital psicológico” que constituyen recursos individuales importantes para la construcción de un entorno laboral saludable y son : (1) sentimiento personal de autoeficacia (2) optimismo (3) esperanza, (4) resistencia. (Garrosa Hernández & Carmona Cobo, 2011)

El autoestima organizacional del trabajador se ha relacionado con el grado en el que los trabajadores miembros de la organización creen que pueden satisfacer sus necesidades mediante la participación en los roles organizacionales. (Fan et al., 2014).

El proceso entre el estrés psicológico y el desarrollo de una dolencia mental está mediado por el distrés psicológico y respuestas fisiológicas a corto plazo. El integrar las mediciones de estas respuestas fisiológicas podría permitir la detección temprana de cambios en la salud mental a corto plazo para evitar el desarrollo de depresión o síndrome del quemado a largo plazo. Es necesario establecer el tiempo adecuado entre la implementación de la intervención psicosocial y la evaluación del impacto de la misma en la salud mental. (Smith, Bielecky, & Frank, 2011).

El grado de satisfacción laboral es un factor de importancia que influye en la salud de los empleados. Toda organización debe implementar políticas de manejo del estrés, identificación y erradicación de prácticas en el trabajo que causan insatisfacción laboral. Así mismo es función del médico ocupacional asesorar a los trabajadores identificados con problemas psicológicos para realizar una evaluación crítica de su actividad laboral y ayudarlos a desarrollar formas de conseguir mayor satisfacción en el trabajo. (Faragher, Cass, & Cooper, 2005).

Las condiciones de trabajo psicosociales y el clima de seguridad pueden afectar la salud y el bienestar de los trabajadores de la salud y seguridad de una organización quienes a su vez están encargados de velar por la salud y seguridad del resto de trabajadores. El vínculo del clima de seguridad con la eficacia de los trabajadores encargados de la salud y seguridad de una organización es muy importante, ya que un impacto sobre su salud revelará posibles impactos adicionales de clima de seguridad y en el desempeño de seguridad de la organización. Los hallazgos reflejan que un impacto sobre la salud de este grupo de trabajadores tienen consecuencias más amplias sobre salud y seguridad ocupacional de las organizaciones, su fuerza laboral y las partes interesadas. (Leitão, Mc Carthy, & Greiner, 2018)

Se conoce que los trabajadores no están protegidos de los riesgos psicosociales en la misma medida que son protegidos para evitar accidentes o enfermedades laborales físicas. (Smith et al., 2011)

Muchas organizaciones no tienen presente conceptos como la responsabilidad social corporativa, ni el equilibrio entre la vida laboral y la personal, sino que se orientan fundamentalmente a la rentabilidad. Cuando se habla de sufrimiento en relación al trabajo, no tiene mucho sentido separar el plano individual del colectivo, porque tanto el uno como el otro hacen parte del vínculo subjetivo que se establece con el trabajo. (Gómez & Calderón, 2017)

El Foro Económico Mundial aseveró que muchas organizaciones tampoco calculan el ROI, y diseñó una guía para el empleador de 7 pasos para mejorar la salud mental laboral, misma que consiste en: 1. Estar alerta del ambiente laboral y observar como puede ser adaptado para mejorar la salud mental para el empleador, trabajador y organización, 2. Aprender de quienes ya han tomado acción al respecto, 3. No reinventar la rueda, observar el modo como otras compañías han tomado acción, 4. Comprender las oportunidades y necesidades propias, del trabajador para generar políticas de salud mental en el trabajo, 5. Tomar decisiones prácticas para ayudar a la organización, 6. Encontrar donde se puede acudir si alguien necesita ayuda y 7. Empezar. (World Economic Forum, 2016)

Los entornos de trabajo que toleran relaciones interpersonales ineficaces y no respaldan la educación para adquirir las habilidades necesarias perpetúan condiciones inaceptables. La colaboración interdisciplinaria y el liderazgo efectivo que son esenciales para entornos de trabajo saludable. (American Association of Critical-Care Nurses, 2005)

Las demandas laborales constituyen los aspectos físicos, psicológicos, organizacionales o sociales del trabajo que requieren un esfuerzo sostenido y conllevan costes fisiológicos y psíquicos del trabajador. (Demerouti, Nachreiner, Bakker, & Schaufeli, 2001)

El modelo de las demandas laborales – control – apoyo, descrito por Karasek y el modelo del desequilibrio entre esfuerzo – recompensa de Siegrist identifican cuatro riesgos psicosociales que son las altas demandas psicológicas, bajo nivel de toma de decisiones, bajo nivel de apoyo social y escasa recompensa laboral. (Gilbert-Ouimet et al., 2015)

De acuerdo al modelo de demandas – recursos, el síndrome del quemado o burnout aparece cuando las demandas son muy superiores y los recursos son limitados. Para reducir este agotamiento primero se debería proveer demandas laborales adecuadas y recursos suficientes además de un adecuado diseño del puesto de trabajo antes que intentar cambiar la percepción del trabajador sobre las condiciones laborales a las que está expuesto. (Demerouti et al., 2001).

La salud de la mente es la base del bienestar individual y de la correcta funcionalidad de una comunidad. Dejours (2010) indica que existen 5 tipos de trastornos asociados al trabajo: a) los trastornos por sobrecarga mental y física, como el síndrome del quemado, el karoshi o muerte por exceso de trabajo y las enfermedades músculo-esqueléticas; b). los trastornos que complican la agresividad hacia el empleado; c). Los trastornos que padecen los individuos que carecen de empleo o despedidas, que origina depresión, abuso de alcohol y drogas y conductas violentas; d) El acoso laboral o psicológico, y e) los trastornos depresivos que tienen riesgo de intento autolítico o suicidio. (WHO, 2013)

La carga laboral excesiva, exigencias contradictorias, falta de claridad de las funciones del puesto; ausencia de participación en la toma de decisiones; gestión ineficiente de los cambios organizativos; inestabilidad laboral; falta de comunicación; ausencia de apoyo de la dirección y compañeros; acoso psicológico, acoso sexual, y la violencia constituyen fuente importante para el desbalance psicológico del trabajador. (WHO, 2013). El comité conjunto OIT-OMS, define a los riesgos psicosociales “Como las interacciones entre trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte. Y por otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual puede influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo” Un trabajador que sufre de estrés laboral puede enfermarse más fácilmente, carecer de motivación, sentirse menos capaz, ser menos eficiente y productivo repercutiendo negativamente en la organización. (Gutiérrez Strauss & Vilorio-Doria, 2014)

Es bien conocido que tanto el trabajo como el ambiente laboral constituyen importantes determinantes sociales para la salud de cada individuo. El hecho de trabajar con poca recompensa induce a situaciones de estrés que pueden generar dolencias en la salud. (K. Joyce, Pabayoy, Critchley, & Bambra, 2010)

El estrés laboral está presente en todo tipo de industrias y organizaciones y no pertenece exclusivamente a una en particular sin embargo varios estudios ponen en conocimiento que este problema es aún mayor en las empresas con predominancia de trabajadores del sexo masculino mayor o igual al 70%, donde se han evidenciado altas tasas de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y probablemente se deba a que este tipo de organizaciones disponen de cargas laborales irregulares, rotativas, remotas o aisladas y también a ciertas características sociodemográficas del empleado como por ejemplo un menor grado de alfabetización y menor grado de búsqueda de ayuda. (Deady et al., 2018)

Así mismo el estrés laboral conlleva sufrimiento y pérdida de potencial del capital humano y social de las organizaciones. En el contexto sanitario, la incidencia del estrés es grave porque además de afectar al trabajador también, sino también al paciente que está a su cargo. En este gremio, también se presentan amplias variaciones en función del sexo, ocupación y cargo desempeñado. (García-Moran & Gil-Lacruz, 2016)

El deterioro de la salud mental causa importantes pérdidas de productividad tanto por el ausentismo como el presentismo. Un empleado que se ve afectado por un trastorno mental frecuentemente presenta pérdidas económicas, interrupción laboral y bienestar disminuido. La resiliencia es la capacidad de recuperación, es una característica flexible que permite a un sujeto adaptarse exitosamente a un evento difícil y puede desarrollarse con el tiempo. La American Psychological Society, define a la resiliencia como un proceso de "recuperación" de experiencias difíciles y "acomodación adecuada ante la adversidad, el trauma, la tragedia, las amenazas o fuentes importantes de estrés" (S. Joyce et al., 2018)

Los trastornos mentales representan las principales causas de discapacidad alrededor del mundo. En algunos países de altos ingresos se ha observado que el 40% de la discapacidad puede estar relacionada a trastornos mentales. En la Región Europea la depresión causa el 13.7% de todos los años vividos con discapacidad, los trastornos de salud mental constituyen actualmente una de las causas predominantes de absentismo laboral y jubilación anticipada en toda la Región Europea.

Los problemas de salud mental en el lugar de trabajo tienen graves efectos no solo para el individuo sino también para la productividad y competitividad de las empresas y, por lo tanto, para la economía y la sociedad en general. Las personas con trastornos de salud mental frecuentemente son víctimas de la estigmatización, exclusión y barreras para conseguir equidad de condiciones y oportunidades en todos los escenarios de su vida.

Existen muchas dificultades para encontrar un trabajo, retornar al trabajo o retener un trabajo después de una ausencia por trastornos de salud mental. Además se ha observado que los individuos con problemas de salud mental tienen el doble de riesgo de perder sus trabajos y se hallan con tasas de desempleo desproporcionadamente altas.

El síndrome del quemado o del agotado ha sido descrito como un síndrome que se presenta en el trabajador sanitario que resulta en despersonalización, desgaste emocional y rendimiento disminuido, de acuerdo a Maslach y Jackson desde el año de 1982. El síndrome del quemado tiene un efecto negativo sobre el bienestar como lo afirma Chiriboga y Bailey en 1986, y nuevamente una década posterior Cason y colaboradores en el año de 1997, así como también sobre la relación trabajador – cliente descrita por Duquette y colaboradores en 1994 tal como lo hicieron previamente en 1978 Pines y Maslach y adicionalmente consecuencias indeseables sobre la organización como lo afirma Felton en 1998. (Ewers et al., 2002)

Las enfermedades crónicas constituyen el problema de salud más común y costoso actualmente. En Alemania, en el año 2016, la pérdida de días laborales por incapacidad debido a problemas de salud psicológicos y de conducta fue de 109.2 millones en contraste con los 154 millones de días perdidos debido a desórdenes musculo esqueléticos, ocupando el segundo lugar de acuerdo al Instituto Federal de Seguridad y Salud Ocupacional (BAuA), lo que generó una pérdida de producción de 12.2 billones de Euros y la pérdida de un valor bruto añadido de 21.5 billones de Euros. (Claudia Pieper, Schröer, & Eilerts, 2019)

La depresión mayor o esquizofrenia conllevan una probabilidad de muerte temprana del 40% a 60% mayor que el resto de la población, la inversión anual en el mundo en salud mental es menor a US\$ 2 por cada individuo, y menos a US\$ 0,25 en los países en vías de desarrollo. (WHO, 2013)

Cerca de la mitad de la población mundial se ve afectada por enfermedades mentales en algún punto de su vida con impacto sobre su autoestima, relaciones interpersonales y su desenvolvimiento en el diario vivir. El 38.2% de la población de la Unión Europea sufre algún trastorno mental cada año. Los desórdenes mentales más frecuentes son ansiedad (14%), insomnio (7%), depresión mayor (6.9%), somatización (6.3%), abuso de alcohol y drogas (>4%), ADHD (5%) en los jóvenes, and demencia (1–30%). La depresión constituye el trastorno más incapacitante y se ha evidenciado que las mujeres padecen mayormente de este desorden y de ansiedad en contraste con los varones quienes sufren más del abuso de sustancias y trastornos antisociales. (Leka & Jain, 2014)

Las enfermedades mentales constituyen el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente (WHO, 2013)

La muerte temprana o incapacidad acompañada del sufrimiento crónico debido al estrés laboral son evitables mediante el control de los factores de riesgo que ya son bien conocidos. El Síndrome del quemado ocupa el tercer lugar dentro del distrés psicológico. La protección y prevención deben ser el corazón de la Salud Pública cuando se habla en términos de estrés laboral. (Quick & Henderson, 2016)

Los individuos con deterioro mental presentan tasas desproporcionadamente altas de discapacidad y mortalidad. (WHO, 2013) Además, La depresión es la principal causa de años de vida perdidos por discapacidad. (Deady et al., 2018)

Una vez que se ha sufrido un episodio de estrés, es fundamental evitar que se produzcan otros. Se encuentran disponibles en la literatura científica diferentes técnicas que el paciente ha de aprender, practicar e integrar. (García-Moran & Gil-Lacruz, 2016)

El 55% de la población que sufre de desórdenes mentales fracasa en sus intentos de retorno al trabajo, y entre quienes lo logran, el 68% tiene menor responsabilidad laboral, trabaja menos horas y se le paga menos que antes. Durante las últimas décadas se ha incrementado en Europa el ausentismo y la jubilación temprana. La terapia cognitivo conductual tiene mayores efectos sobre la salud mental en comparación a otras intervenciones psicosociales como la relajación o la meditación. (Leka & Jain, 2014)

Se estima que las pérdidas de productividad disminuirán en un 30% como resultado del control del estrés laboral. A nivel público, educación y salud es donde se observa mayores niveles de estrés laboral. La salud mental constituye una de las prioridades en salud y seguridad en el trabajo para el Marco Estratégico de la Unión Europea del 2014 al 2020.

La mejora del clima organizacional es fundamental en todas las organizaciones que buscan un mejor ambiente laboral, ya que este es definido como una cualidad relativa del medio ambiente interno de una organización experimentado por sus miembros, y que influye en la conducta de los mismos. (Rivera Porras, Hernández Lalinde, Forgiony Santos, Bonilla Cruz, & Roza Sánchez, 2018)

Se afirma que debido a que las intervenciones de promoción y prevención de la salud mental generan retos en el lugar de trabajo es necesario implementar cambios organizacionales. (Claudia Pieper et al., 2019) Existe amplia evidencia que demuestra que es necesaria una política en salud pública para el manejo del estrés laboral (LaMontagne et al., 2007)

Alrededor del mundo con mucha más frecuencia se observa la creación de políticas que reduzcan los problemas de salud en el lugar de trabajo. (K. Joyce et al., 2010).

En los Estados Unidos, un centro de salud organizacional tiene 3 características distintivas y fundamentales, primero existe una colaboración entre todas las funciones organizacionales involucradas en el bienestar del trabajador; segundo, dispone de sistemas de vigilancia de salud mental laboral y tercero, realiza intervenciones de prevención y protección para el trabajador. (Quick & Henderson, 2016).

La inclusión de la salud mental como una prioridad en el ámbito de la Salud Pública ha ido incrementando progresivamente en la Unión Europea desde el lanzamiento del “Commission’s Green Paper on Improving Mental Health” (Libro verde de la Comisión para el mejoramiento de la Salud Mental) en el 2005 debido a la creciente evidencia científica que destaca la importancia de los problemas en la salud mental y sus efectos sobre los trabajadores, la sociedad y la economía de los países europeos. (Leka & Jain, 2014)

En Bélgica el Decreto Real del 17 de mayo del 2007 y el del 10 de abril del 2014 abordan la prevención de la carga psicosocial de origen laboral, y se incluye, violencia, acoso, acoso sexual y riesgos psicosociales en el trabajo. En Inglaterra desde el año 2004 existe la política de Estándares de manejo del estrés relacionado al trabajo, misma que ha sido adaptada para su uso en Italia. En Escocia y Noruega se ha implementado también estrategias de Salud Mental. En Finlandia se desarrollo una red de Bienestar en el Trabajo. En Alemania se implementó el programa de Salud Mental en el Mundo Laboral y también el programa de Protección y Fortificación en caso de la carga mental relacionada al trabajo mismo que pertenece a la Estrategia 2013- 2018 de la Unión Alemana OSH. (Leka & Jain, 2014)

En los Países Bajos existen muchas iniciativas tales como catálogos y convenio de salud y trabajo, prevención del estrés en el trabajo (SP@w), and DISCOVERY: orientada a mejorar la salud y productividad del trabajador. En Eslovenia se han implementado programas de promoción de la salud laboral (Fit for Work) así como también programas de salud mental en el trabajo. En Francia de igual forma se llevó a cabo el programa “Take the Stock” para análisis de la situación laboral y calidad de vida. (Leka & Jain, 2014)

En contraste con los países Europeos retratamos la realidad de Colombia, un país latinoamericano, que como muchos países de la región la salud mental laboral en el trabajo formal es tema de agenda apenas en los últimos años, y en donde el subempleo o trabajo informal queda por fuera de todo marco de seguridad y salud ocupacional y constituye más del 50% de la población productiva de Colombia, durante el período comprendido entre 2009 y 2012, se identificó un aumento del 43% en la ansiedad y la depresión asociado al trabajo. (Gómez & Calderón, 2017)

En la Ley colombiana 1616 de 2013, define a la salud como el estado de bienestar físico, social, psicológico y, por su puesto, bienestar económico y la salud mental es vista como un estado que se expresa en la cotidianidad a través de la interacción, que permite a los individuos el uso de sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para construir su vida diaria. (Gómez & Calderón, 2017)

Para el examen de la influencia de los factores de riesgo psicosociales sobre la salud se han desarrollado diversos instrumentos evaluativos, que busca examinar la relación entre características psicosociales del trabajo y la salud asociada a la calidad de vida en el trabajo. (Toro Alvarez, 2008)

Un modelo muy completo de promoción de la salud en el lugar de implica la interrelación de tres contextos: individual (salud del trabajador), grupo / comunidad (compañeros de trabajo, jefes o empleados, familia, amigos) y organización (cultura organizacional, políticas, normas). (Corbière, Shen, Rouleau, & Dewa, 2009)

Las intervenciones psicosociales que se pueden realizar son de varios tipos y las podemos clasificar en primarias o preventivas, secundarias preventivas y terciarias. Las primarias incluyen el rediseño del puesto de trabajo, apoyo social, conformación de comités de salud y seguridad laboral, la mayoría de estas intervenciones están enfocadas en el ambiente laboral o cultura organizacional. (LaMontagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis, 2007)

La prevención secundaria en cambio está dirigida a la respuesta del individuo y se enfoca en obtener la regulación de la energía y emociones inducidas por el estrés, (Quick & Henderson, 2016) y pretenden que el empleado aprenda a manejar de forma más adecuada su percepción del estrés laboral, la carga laboral, emociones negativas, relaciones conflictivas con compañeros de trabajo para evitar deterioro de su salud mental y que su productividad se vea afectada por esta razón y parte de ellas son la meditación, mindfulness, técnicas de relajación mental y muscular.

Finalmente, las intervenciones terciarias o reactivas son aquellas que se encargan del manejo o tratamiento de los síntomas o enfermedades generadas por exposición a los riesgos psicosociales y se presenta en forma de programas de asistencia al trabajador, programas de rehabilitación o de retorno al trabajo. (LaMontagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis, 2007)

La prevención terciaria está dirigida al manejo de la sintomatología cuyo efecto se obtiene mediante terapias terapéuticas e intervenciones de recuperación de la salud mental. (Quick & Henderson, 2016)

Las intervenciones enfocadas únicamente al trabajador no suelen tener un efecto extensivo sobre la organización por lo que es preferible que las intervenciones abarquen ambos contextos tanto el individual como el organizacional. (LaMontagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis, 2007)

Otra forma de estructurar las intervenciones en base a su apuntamiento de acción es: a nivel individual para que el trabajador domine estrategias de afrontar problemas, nivel microorganizacional en las que se realizan modificaciones en las tareas y nivel macroorganizacional donde cambia la dinámica de toma de decisiones y acción. (K. Joyce et al., 2010)

Deady et al clasifica a las intervenciones de otra manera pero igualmente divididas en tres categorías: universales: intervenciones preventivas dirigidas a toda la población; selectivas : aquellas intervenciones enfocadas en los grupos de alto riesgo y finalmente indicadas: aquellas dirigidas a los individuos con síntomas emergentes. (Deady et al., 2018)

Las condiciones de trabajo constituyen el factor de riesgo más ampliamente susceptible de modificación . El 5% de los desórdenes mentales severo y el 15% de los moderados están relacionados con la participación del estrés laboral. Las intervenciones primarias previenen la incidencia de los trastornos de salud mental laborales, las intervenciones secundarias pueden evitar el progreso de un problema mental subclínico y las terciarias o reactivas involucran el tratamiento y rehabilitación. (LaMontagne et al., 2014)

La eliminación de la estigmatización de los problemas de salud mental es necesaria para poder obtener resultados a largo plazo en el ámbito laboral mediante mejoramiento de las condiciones de trabajo, calidad del trabajo, compromiso organizacional, apoyo y tiempo para alcanzar las metas planteadas. (LaMontagne et al., 2014)

Las intervenciones laborales para enfrentar los problemas de salud mental comunes se han desarrollado principalmente en tres líneas independientes: la Medicina, la Salud Pública y la Psicología. LaMontagne y colaboradores consideran que estas tres líneas deben integrarse para optimizar la prevención de los trastornos de salud mental en los trabajadores y resaltan que toda intervención de salud mental laboral debe proteger la salud mental mediante el control de los factores de riesgo laboral asociados a deterioro mental, promover la salud mental mediante el desarrollo de fortalezas y destrezas positivas en el trabajador, enfrentar los problemas de salud mental de los trabajadores independientemente de su causa. (LaMontagne et al., 2014)

La teoría DRL explica cómo las demandas y recursos laborales tienen efectos directos e indirectos e interrelación sobre el estrés laboral y la motivación en el trabajo. Basado en esto propone cuatro posibles intervenciones: 1. rediseño del puesto de trabajo, 2. job crafting, 3. formación y 4. intervención basado en las fortalezas. (Bakker & Demerouti, 2013)

El rediseño del trabajo se conceptualizó originalmente como el conjunto de oportunidades y limitaciones estructuradas en tareas y responsabilidades que afectan a la forma en que un trabajador realiza y experimenta su trabajo. Posteriormente se amplió este concepto y se lo definió como el compendio de los procesos y resultados referentes a cómo se organiza, estructura, experimenta y sanciona el trabajo. (Bakker & Demerouti, 2013)

El Sistema de alto rendimiento en el trabajo que se lleva a cabo en el ámbito sanitario en China es un sistema de prácticas del recurso humano para mejorar las destrezas de los trabajadores, compromiso y productividad de tal forma que los empleados se conviertan en ventaja competitiva. (Fan et al., 2014)

A pesar de todas las medidas organizacionales que se implanten, es conocido que el estrés laboral tiene un impacto variable individual por lo que es necesario también la aplicación de estrategias de manejo del estrés a nivel personal en donde cada trabajador adquiere destrezas y herramientas para reducir el impacto del estrés laboral de forma significativa en su lugar de trabajo. La prevención primaria precisamente está orientada a este nivel de tal forma que se mantenga un equilibrio en la percepción del estrés en el trabajo y su vida personal. (Quick & Henderson, 2016)

La Psicología Organizacional Positiva (POP) que surge de la combinación del concepto de salud integral aplicada al contexto específico del trabajo busca potenciar el bienestar psicosocial, calidad de vida laboral y organizacional. (Salanova, Marisa, & Llorens, Susana, & Martínez, 2013)

La psicología positiva conocida en el ámbito laboral como psicología ocupacional u organización positiva (PoP), considera la salud del trabajador como un objetivo legítimo de abordaje imperativo en toda política organizacional, para beneficio mutuo de trabajadores y organización. (WHO, 2013)

La Psicología Positiva implica la necesidad de restaurar la mente y reconstruirla en base a cualidades positivas que captan toda la experiencia humana. Las intervenciones psicosociales primarias basadas en la Psicología Positiva se orientan al entrenamiento del ser humano para tener un pensamiento y conducta positiva mediante ejercicios individuales y organizacionales breves; por ejemplo la construcción de redes de apoyo social fuertes, escritura de cartas de agradecimiento, pensamiento optimista y reafirmación de experiencias positivas. (Quick & Henderson, 2016) Además afirma que las personas felices participan más de su comunidad organizacional y ejecutan mejor su trabajo. (Fan et al., 2014)

Las intervenciones secundarias de la Psicología Positiva incluyen el coaching y mindfulness así como también la educación y desarrollo de programas para la construcción de un carácter fuerte. Autores como Berg and Karlsen mencionan que las intervenciones terciarias son diseñadas para la sanación y podrían incluir asistencia médica, meditación y en esto la Psicología Positiva podría tener un papel de costo bajo en contraste con el beneficio para aliviar el estrés ocupacional. Danna and Griffin desarrollaron intervenciones basadas en la Psicología positiva mientras que Sin and Lyubomirsky hallaron que la Psicología positiva tiene un impacto significativo en mejorar el bienestar en poblaciones sanas, no así en poblaciones enfermas. Veenhoven afirmó que se puede volver a la gente saludable, primero volviéndola feliz. Esta afirmación indica que la felicidad constituye un factor protector en la salud. (Quick & Henderson, 2016)

Numerosas investigaciones indican que la capacitación en resiliencia puede ejercer un cambio importante en el contexto de la salud pública y la salud preventivista, sobretodo en el abordaje del wellbeing a largo plazo. (S. Joyce et al., 2018)

Las intervenciones con Mindfulness parecen ser efectivas para reducir los efectos negativos psicológicos en el ambiente de trabajo (Leka & Jain, 2014)

Es totalmente erróneo creer que el uso de la Psicología Positiva para el desarrollo de destrezas positivas por parte del trabajador cambiará totalmente la percepción del ambiente laboral y erradicará el estrés laboral sin realizar los cambios organizacionales necesarios. Los entornos del trabajo donde son frecuentes las emociones negativas tales como la ira, ansiedad, inseguridad, impotencia, limitan el pensamiento creativo y accionar eficaz del trabajador. (Garrosa Hernández & Carmona Cobo, 2011)

Otro tipo de intervenciones están basadas en el arte. Es bien conocido que la aplicación y apreciación del arte tienen la capacidad de generar el estímulo necesario para la creatividad, innovación y energía. Existen habilidades específicas que pueden ser aprendidas en las artes y luego ser implementadas exitosamente en la organización. La evidencia empírica también sugiere que la inclusión de los individuos en actividades culturales puede generar y potenciar el bienestar y resultados positivos de salud, además de un mayor sentido de unión y compromiso con la organización como resultado directo de la participación. (Gjaver, Vaag, & Wennes, 2017)

Existen numerosas intervenciones desarrolladas para ser usadas con una herramienta tan presente y ampliamente distribuida como es el internet, por ejemplo: Psyfit: enfocado en la promoción del bienestar. • Fuerte en el trabajo (Sterk op je werk): que enseña habilidades para enfrentar el estrés laboral. • Colorea tu vida (Kleur je leven): direccionado a combatir los síntomas depresivos y además ha demostrado ser costo efectivo. • No entre en pánico en línea (Geen Paniek en línea): dirigido a reducir los síntomas de pánico • Beber menos (Minder drinken): enfocado en la reducción del consumo de alcohol y que también ha demostrado ser efectivo. (Gärtner et al., 2011)

Las intervenciones de salud mental electrónica están diseñados para disminuir los síntomas específicos de salud mental o mejorar el bienestar, desarrolladas por el instituto Trimbos. Están basados primordialmente en terapia cognitiva conductual y acoplan modalidades diversas como consejos, retos semanales, foros entre otros. La evidencia ha reportado que este tipo de intervenciones son efectivas para mejorar la salud mental deteriorada y el bienestar. (Gärtner et al., 2011)

Las intervenciones de salud mental digital pueden desempeñar un rol importante en la prestación de asistencia a los trabajadores. Lamentablemente no significa que siempre sean realizadas en un entorno laboral y es necesario mayor investigación para descubrir el modo o soluciones para reducir las posibles barreras de acceso y participación. (Carolan & de Visser, 2018)

La percepción del trabajo es un predictor importante para la capacidad laboral. La ansiedad laboral constituye una pieza fundamental para la percepción del trabajo. Por lo tanto, la percepción del trabajo y la ansiedad en el trabajo deben explorarse en la fase de diagnóstico de los tratamientos de rehabilitación. (Muschalla, Henning, Haake, Cornetz, & Olbrich, 2018)

La ansiedad laboral debe considerarse no solo en los diagnósticos de rehabilitación e intervenciones en entornos clínicos, sino también en las actividades preventivas en el trabajo. Los individuos con problemas específicos de ansiedad laboral suelen percibir mayor carga laboral. (Muschalla et al., 2018)

Los resultados negativos esperados en caso de reestructuración en los profesionales podría disminuir si los supervisores incrementarían las oportunidades de recompensas, además de ofrecer una minuciosa explicación de las demandas y tareas del puesto de trabajo para de esta manera reducir la carga psicológica e incrementar la percepción de autonomía. (Lavoie-Tremblay et al., 2010)

La lucha contra los resultados negativos del estrés laboral debe empezar nivel organizacional. Una empresa comprometida con esto es una empresa que invierte en el futuro estableciendo una cultura prevencionista de riesgos para generar cambios manifiestos en el clima organizacional. En Europa ya se han establecido leyes para conseguir y mantener la salud laboral. (Quick & Henderson, 2016)

De igual manera, Quick y Henderson, 2016; manifiestan que la prevención del estrés laboral debe empezar por la cultura organizacional pero debe ser apoyado en base a las diferencias individuales y sugieren el mejoramiento del bienestar mediante la introducción de la Psicología Positiva en el ambiente laboral. (Quick & Henderson, 2016)

La posible intervención en el ámbito psíquico tendrá siempre el objetivo de buscar la salud y bienestar del individuo y si el problema está relacionado con el entorno laboral, la prevención “en origen”, tal y como estipula la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, será una pieza clave para su resolución. (Mingote, Del Pino, Sánchez, & Gálvez, 2011)

Se han desarrollado pocas pautas con el rigor suficiente para ayudar a los empleadores a prevenir o manejar los problemas de salud mental relacionado con el trabajo y la evidencia de su efectividad sigue siendo escasa. (Nexø, Kristensen, Grønvad, Kristiansen, & Poulsen, 2018)

Aún permanecen desconocidas las implicaciones y resultados que conllevan varias de las intervenciones propuestas en muchos países industrializados como por ejemplo los trabajos con jornada laboral flexible o teletrabajo. (K. Joyce et al., 2010) Es necesario desarrollar modelos comprensivos, que inspiren la evaluación/diagnóstico de los riesgos psicosociales y las actuaciones de prevención. (Peiró & Bravo, 1999)

OBJETIVO

- Determinar cuál es el impacto de las intervenciones psicosociales y cultura organizacional sobre la salud mental de los trabajadores.

Objetivos específicos

- Establecer que tipo de intervención psicosocial es más efectiva para proteger y/o mejorar la salud mental del trabajador
- Determinar qué cambios en la cultura organizacional tienen efectos positivos reales sobre la salud mental del trabajador.
- Recomendar intervenciones psicosociales y organizacionales que demuestren efectividad comprobada para ser aplicados en la realidad nacional.
- Constituir un estudio base en el Ecuador para continuar con investigaciones científicas para promover la salud mental del trabajador y disminuir el estigma social de los trastornos o enfermedades mentales.
- Revisar que cantidad de información válida existe actualmente sobre el impacto de las intervenciones psicosociales y organizaciones sobre la salud mental de los trabajadores.

HIPÓTESIS

Ho Las intervenciones psicosociales y cultura organizacional no tienen efecto sobre la salud mental del trabajador

H1 Las intervenciones psicosociales y cultura organizacional tienen efectos positivos sobre la salud mental del trabajador

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal de revisión de evidencia científica nacional e internacional, sobre el impacto de las intervenciones psicosociales y cultura organizacional sobre la salud mental del trabajador, de los últimos 20 años, que se realizó entre los meses de agosto y diciembre del 2019.

Procedimiento

En la presente revisión sistemática se realizaron búsquedas en Scopus, Web of Science, PUBMED y Google Académico mediante distintas combinaciones de las palabras clave descritas. Ver Gráfico 1. Se incluyó la evidencia científica de los últimos veinte años que abordara los efectos, impacto o resultados de las intervenciones psicosociales en el ámbito laboral para mejorar la salud mental laboral o disminuir efectos de su deterioro, ya sean intervenciones primarias, secundarias, terciarias o multimodales en el contexto individual y/o organizacional. Se tomó en cuenta este período de tiempo debido a que esta revisión es realizada en un país cuyo contexto es distinto a países europeos en temas de seguridad y

salud ocupacional donde es reciente el interés en salvaguardar la salud mental del trabajador como requerimiento fundamental para el desarrollo de organizaciones saludables y por ende no existe evidencia en esta temática ni tampoco rigurosos estudios controlados aleatoriamente que se orienten a la evaluación de las intervenciones laborales en promoción de la salud mental. Los resultados a tomar en cuenta dentro de los artículos fueron en sentido primario la salud mental laboral, los resultados secundarios fueron reducción de estrés laboral, wellbeing o bienestar, reducción de síntomas de deterioro de la salud mental, burnout, depresión, agotamiento general.

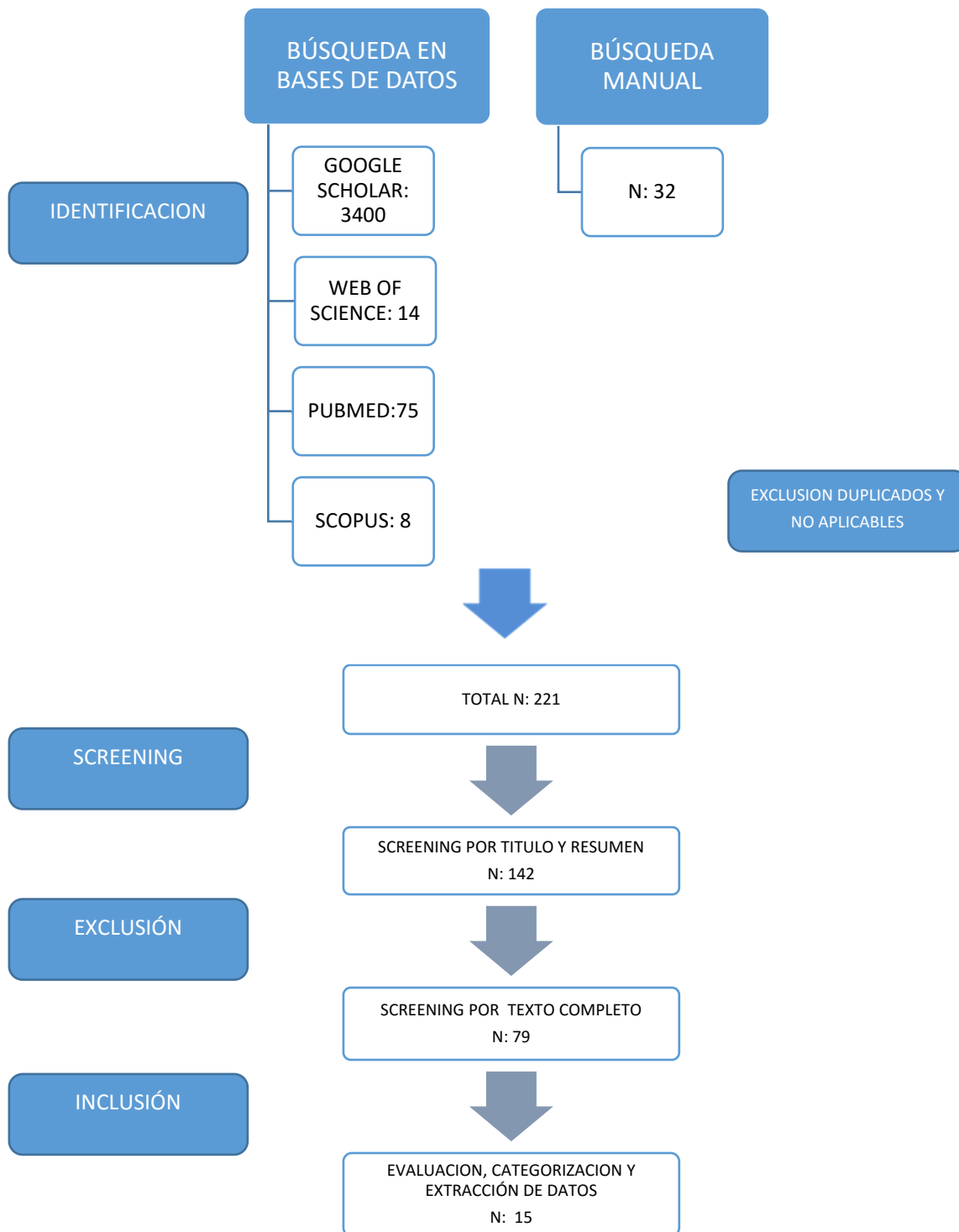
Criterios de Inclusión

Se incluyó la evidencia científica de los últimos veinte años que abordara los efectos, impacto o resultados de las intervenciones psicosociales en el ámbito laboral para mejorar la salud mental laboral o disminuir efectos de su deterioro, ya sean intervenciones primarias, secundarias, terciarias o multimodales en el contexto individual y/o organizacional.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron todos los estudios que no evaluaran resultados primarios ni secundarios de las intervenciones psicosociales al igual que los protocolos de estudio que por obvias razones no disponen de resultados. Tampoco se incluyeron guías para la implementación de dichas intervenciones ni estudios que se enfocaran en el estudio de los factores de riesgo o tipos de intervención sin evaluación del impacto de las mismas sobre la salud mental.

GRAFICO N1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE EVIDENCIA CIENTIFICA



Aspectos Éticos

Esta investigación cumple los criterios de beneficencia y no maleficencia de la Declaración de Helsinki y no fue necesario la intervención de un Comité de Ética puesto que no se realiza una intervención sobre un individuo sino una revisión de la literatura científica para establecer recomendaciones y conclusiones de acuerdo a la evidencia disponible.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se incluyeron en la presente revisión 7 revisiones sistemáticas, 3 estudios controlados aleatorizados, 2 estudios de cohorte, 2 estudios transversales y 1 metanálisis que abordaron resultados acerca de la efectividad de las intervenciones psicosociales sobre la salud mental en el trabajo. Ver Anexo 2: Cuadro N1. Sin embargo son estudios y revisiones no homogéneas con variedad de tipo de intervenciones, existen muchas limitaciones que serán descritas a continuación por lo que no fue posible establecer la efectividad de las intervenciones de forma cuantitativa y mucho menos determinar cuál de todas ellas es mejor.

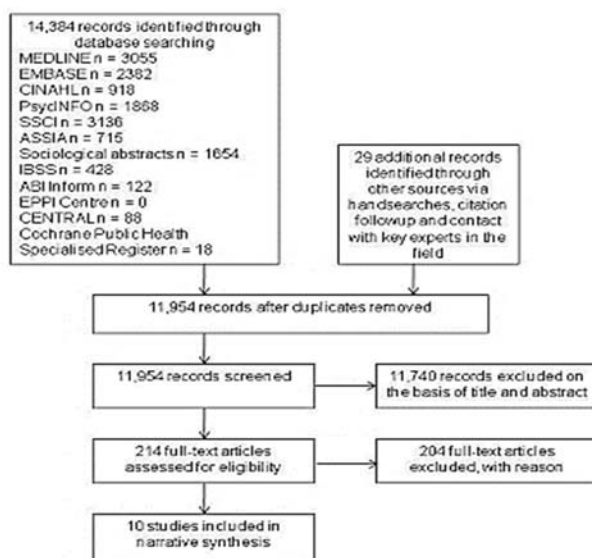
Un estudio piloto evaluó el impacto de la intervención de Mindfulness en pasantes de Psiquiatría en quienes identificó que se beneficiaron por un impacto positivo en su salud con menor estrés laboral y mejor aprovechamiento de su trabajo, sin embargo tenía importantes limitaciones ya que no se disponía de un grupo control, el escaso número de participantes (n:16) y una duración corta de la intervención de 1 hora semanal por 8 semanas, además que no se presentaron

resultados a mediano o largo plazo sobre el individuo u organización y su replicación en una población mayor mediante el desarrollo de un estudio controlado sería adecuado. (Kang et al., 2019)

Otra revisión sistemática abordó los efectos sobre la salud y bienestar o wellbeing de las intervenciones realizadas en base a los horarios de trabajo flexible. Se incluyeron 10 estudios. Ver Gráfico N2.

Los resultados hallados en esta revisión sugirieron que intervenciones tales como el desarrollo de un auto horario o el retiro gradual o parcial podrían tener un efecto positivo sobre la salud del trabajador en contraste con los hallados en las organizaciones que generan contratos laborales de trabajo de medio tiempo involuntario o de temporada que suelen tener efectos negativos. Sin embargo debido a la limitación en la metodología de los RCT evaluados, dichos resultados deben ser tomados con cautela y recomienda la realización de estudios futuros con diseños prospectivos y controlados en los que se realice evaluación cuantitativa de los resultados y seguimiento de los mismos a largo plazo. La intervención evaluada y autor del estudio correspondiente está descrito a continuación. Ver Cuadro N2. (K. Joyce, Pabayo, Critchley, & Bamba, 2010)

Gráfico N2: Proceso de inclusión de estudios en Revisión Sistemática de K. Joyce et al., 2010



Fuente: Tomado de K. Joyce et al., 2010

Cuadro N3: Estudios e intervenciones evaluadas en Revisión Sistemática de K. Joyce et al., 2010

Study	Type of flexibility	Employer/worker-orientated	Intervention type
De Raeve 2007	Temporal	Unclear but likely to be employer orientated	Overtime
Dunham 1987	Temporal	Worker	Flexitime
Kandolin 1996	Temporal	Worker	Self-scheduling of shifts
Pryce 2006	Temporal	Worker	Self-scheduling of shifts
Smith 1998	Temporal	Worker	Compressed working week with flexibility regarding start/finish times
Viitasalo 2008	Temporal	Worker	Self-scheduling of shifts
Calvo 2009	Contract	Worker	Partial retirement
de Vaus 2007	Contract	Worker	Partial retirement
Dooley 2000	Contract	Employer	Involuntary part-time
Rodriguez 2002	Contract	Employer	Fixed-term contract

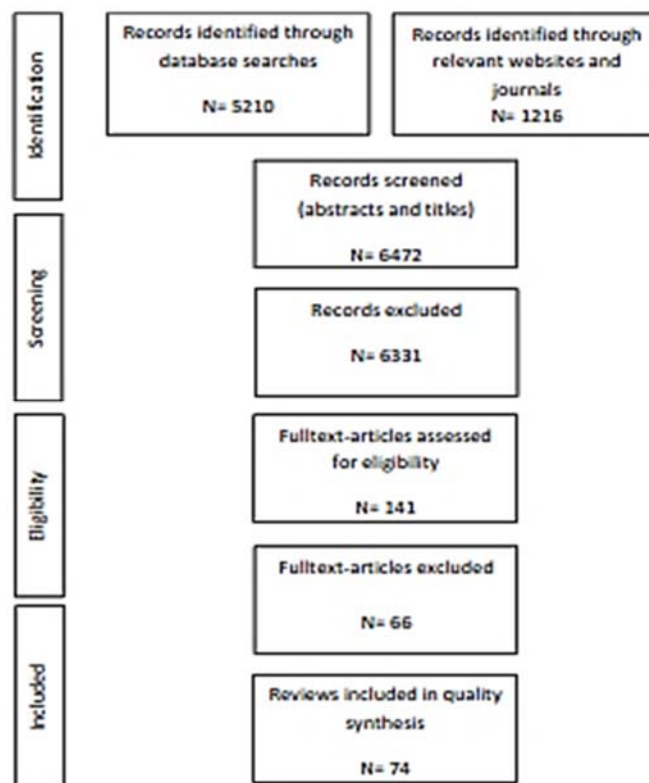
Fuente: Tomado de K. Joyce et al., 2010

En la revisión sistemática de Claudia Pieper y colaboradores se incluyeron un total de 74 revisiones sistemáticas que evaluaron resultados de intervenciones en el trabajo con distintos enfoques como salud músculo esquelética, salud mental, impacto económico y trabajadores adultos mayores.

Dentro de estas, se identificaron 38 revisiones sistemáticas que estuvieron enfocadas en la salud mental, de las que solo 7 revisiones fueron de alta calidad y una de moderada calidad metodológica en las que se valoran los efectos de las intervenciones sobre el bienestar, síntomas de síndrome del quemado y rendimiento del empleado. Ver Gráfico N3 y Cuadro N3.

De acuerdo a los resultados reportados en esta revisión, la terapia cognitiva conductual sugiere disminución del estrés. Las intervenciones organizacionales como reducción del impacto laboral y la jornada flexible también parecieron generar menor estrés en el lugar de trabajo y disminución de sintomatología relacionada con burnout. Se halló 20 revisiones sistemáticas que evaluaron el efecto del Mindfulness con resultados benéficos en la salud mental como menor estrés, ansiedad, depresión y burnout por lo que los autores recomiendan terapia cognitivo conductual laboral y programas para manejar el estrés y prevenir los desórdenes de salud mental. (Claudia Pieper, Schröer, & Eilerts, 2019).

Gráfico N3: Proceso de selección en la Revisión Sistemática de Claudia Pieper et al., 2019



Fuente: Tomado de Revisión Sistemática de Claudia Pieper et al., 2019

Cuadro N3: Características de calidad metodológica de revisiones incluidas en la Revisión Sistemática de Claudia Pieper et al., 2019

Aims/Outcome	Quality Rating			
	High <i>n</i> (%)	Moderate <i>n</i> (%)	Low & Very Low <i>n</i> (%)	N.A. <i>n</i> (%)
Mental disorders (<i>n</i> = 38)	7 (18%)	12 (32%)	17 (45%)	2 (5%)
Musculoskeletal disorders (<i>n</i> = 23)	6 (26%)	9 (39%)	7 (30%)	1 (4%)
Older employees (<i>n</i> = 4)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Economic impact (<i>n</i> = 10)	4 (40%)	2 (20%)	2 (20%)	2 (20%)

Fuente: Tomado de Revisión Sistemática de Claudia Pieper et al., 2019

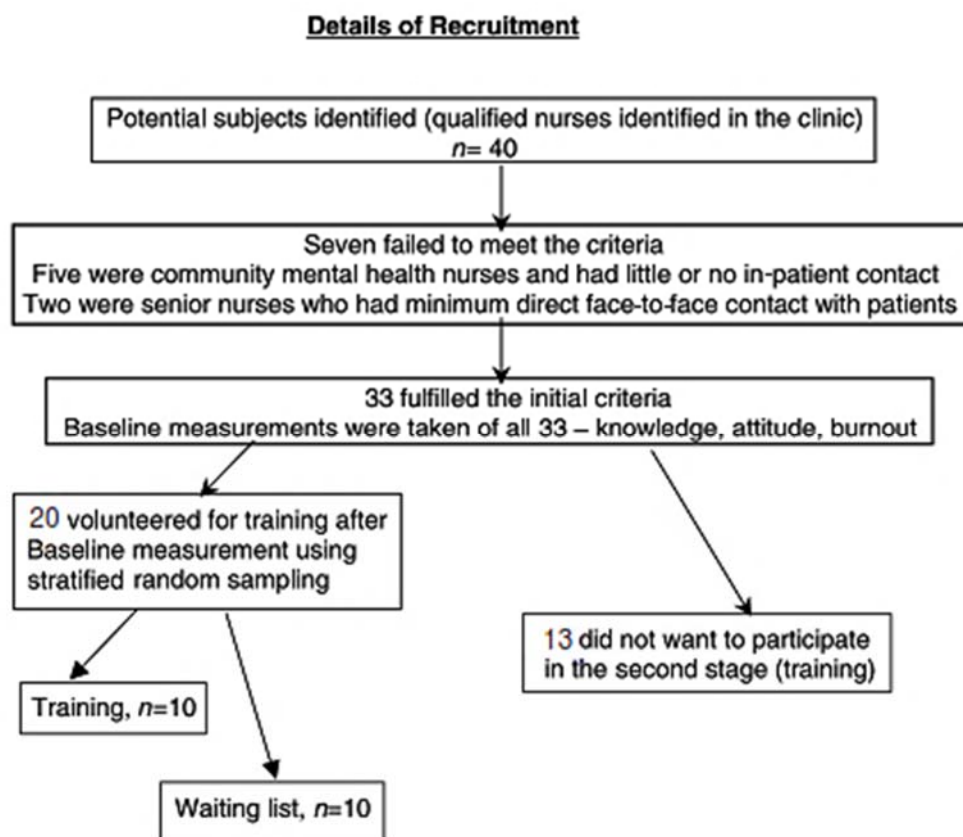
La revisión sistemática elaborada por Haracz y Roberts incluyó 14 estudios, de los cuales 8 fueron estudios controlados aleatorizados, 2 con control no aleatorizado y 4 estudios sin ningún tipo de control, se evidenció que la mayoría de intervenciones psicosociales fueron realizadas en línea, estuvieron basadas en sesiones grupales, entrenamiento individual, y una combinación de ambas técnicas. Los resultados medidos en este tipo de intervenciones fueron salud mental y bienestar, y dentro de esta categoría se incluyó resultados como depresión, ansiedad, estrés, estado de ánimo negativo. También estos autores encontraron que existe algo de evidencia científica que apoya las intervenciones que se enfocan en lograr que el individuo aprenda a ser resiliente ya que puede tener efectos positivos en la salud mental y bienestar, sin embargo afirman que aún es necesario mayor investigación de los efectos de la resiliencia sobre la salud mental, bienestar y rendimiento del trabajador. (Haracz & Roberts, 2016)

Un estudio controlado aleatorizado fue realizado en una población de 20 individuos divididos en 2 grupos donde un grupo recibió la intervención psicosocial y el otro no. Ver Gráfico N4 y 5.

En este estudio se evaluó el efecto del entrenamiento sobre el conocimiento, actitudes y nivel de burnout en un grupo de enfermeras de salud mental forense. Los resultados fueron alentadores ya que se identificó un mejoramiento en el conocimiento y actitud sobre enfermedades mentales severas y disminución significativa del agotamiento acorde a su autopercepción de su eficacia personal lo que podría dar como resultado percibir sus trabajos como menos estresantes y más recompensantes. Lastimosamente este estudio tiene limitaciones importantes como

el escaso número de participantes, y la ausencia de evaluación cuantitativa de los resultados a largo plazo. (Ewers, Bradshaw, McGovern, & Ewers, 2002).

Gráfico N4: Diseño de Estudio Ewers, Bradshaw, McGovern, & Ewers, 2002



Fuente: Tomado del estudio de Ewers, Bradshaw, McGovern, & Ewers, 2002

Gráfico N 5: Impacto de la intervención sobre Burnout en el Estudio de Ewers, Bradshaw, McGovern, & Ewers, 2002

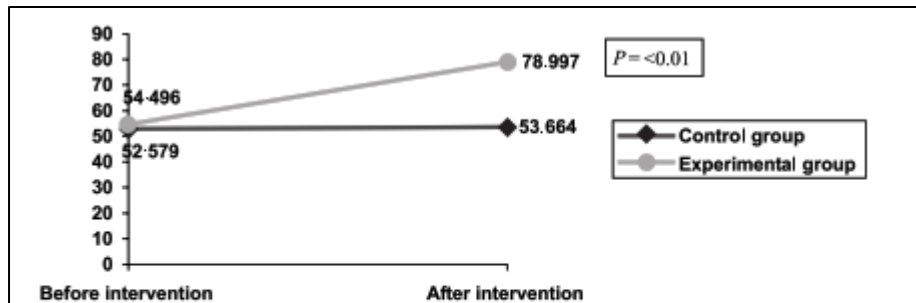


Figure 2 Changes in trainees' knowledge about serious illness.

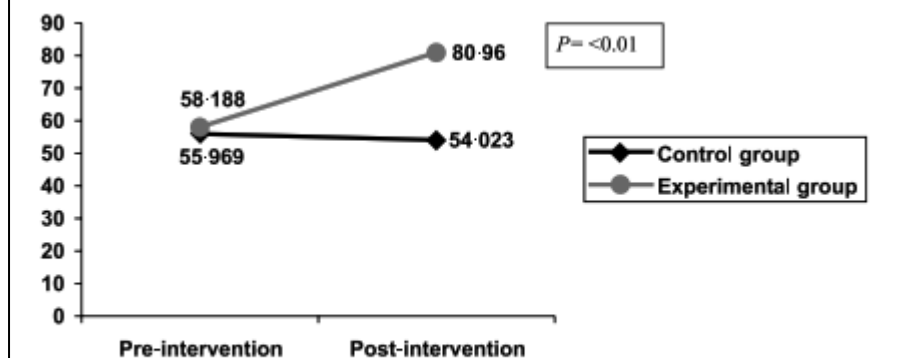


Figure 3 Changes in trainees' attitudes.

Fuente: Tomado del estudio de Ewers, Bradshaw, McGovern, & Ewers, 2002

Fan y colaboradores realizaron un estudio a nivel sanitario de corte transversal, en el que se incluyeron 1488 trabajadores de la salud (médicos y enfermeras) en 25 hospitales en China; se definió al wellbeing como la evaluación personal cognitiva y emocional de su propia vida y a la autoestima organizacional del trabajador como la percepción de si mismo como competente y satisfecho. Se

estudió estos resultados bajo el efecto del sistema de alto rendimiento en el trabajo influenciado por la relación médico – enfermera. Se concluyó que los efectos positivos del sistema de alto rendimiento en el trabajo son mayores si existe una buena relación médico enfermera y a su vez que el mencionado sistema podría tener un impacto negativo sobre el bienestar e inducir altos niveles de agotamiento laboral en presencia de una mala relación médico – enfermera. (Fan et al., 2014).

También se incluyó otro estudio de corte transversal realizado en organizaciones que prestan servicios de salud en Inglaterra, en el que se analizó la existencia o no de una asociación entre la aplicación de la guía de promoción del bienestar mental del Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica y los resultados en la salud mental de los trabajadores sanitarios. No se encontró una relación concluyente entre la aplicación de la guía y los resultados en la salud mental lo que podría significar que su aplicación no produce los resultados esperados o que se requiere mayor tiempo de intervención de su aplicación para que se puedan observar resultados, por lo que se requiere mayor estudio y evaluación de los resultados de la guía. (Jones, Coggon, Ntani, & Williams, 2015)

Otro estudio prospectivo controlado aleatorizado fue incluido en esta revisión, la población objetivo de la intervención incluyeron 28 personas con una edad media de 41 años entre 21 y 63 años; el grupo control estuvo formado por 29 sujetos con una edad media de 38 años comprendido entre los 19 y 62 años. La intervención se basó en la educación acerca de las diferencias en las respuestas psicológicas, emocionales, conductuales y cognitivas frente al estrés laboral. Se realizó un test antes de empezar la intervención y el post test a las 40 semanas. Se trabajó

mediante discusiones grupales, retroalimentación, exploración y aplicación práctica de los conocimientos. Se midió carga laboral, destrezas, liderazgo, eficiencia y apoyo social. Los resultados impresionaron no tener una respuesta significativa a la intervención e incluso se halló que el grupo de la intervención no desarrollo estrategias para enfrentar algún problema frente a quienes no recibieron la intervención quienes demostraron mayor creatividad para resolver conflictos. Sin embargo el escaso número de participantes es una limitación importante. Los autores concluyeron que cuando existe demasiado apoyo externo se evidencia un efecto contraproducente sobre el trabajador ya que disminuye su capacidad de enfrentar los problemas y le genera baja autoestima. Para alcanzar un cambio organizacional exitoso, las intervenciones psicosociales deben realizarse de forma que sean bien informadas, bien diseñadas y escogidas para el objetivo a alcanzar y población sobre la que hay que trabajar. (Lökk & Arnetz, 2002)

Una revisión sistemática de Cochrane abordó el ámbito de la Educación y evaluó la efectividad de las intervenciones psicosociales en 300 escuelas homogéneas en Inglaterra, para mejorar el bienestar y reducir el estrés laboral en los profesores. Esta revisión incluyó 4 artículos que cumplieron sus criterios de inclusión donde se evidenció intervenciones dirigidas a cambios en la organización, intervenciones dirigidas a modificar las tareas e intervenciones multicomponentes. Los resultados a medir incluyeron estrés laboral, ansiedad, depresión, burnout, entre otros. Los autores encontraron que existió una pequeña reducción en el estrés laboral luego de un año de seguimiento, un ligero incremento en las capacidades dentro del trabajo, un efecto no significativo en la reducción de ansiedad y estrés

después de 2 años de seguimiento, un efecto no significativo sobre el burnout o capacidades emocionales luego de 6 meses de seguimiento comparado con grupos control que no recibieron ninguna intervención. La calidad de la evidencia científica hallada fue baja debido a que los autores no reportaron todos los resultados y también porque se perdieron muchos participantes durante el seguimiento. Estos resultados plantearon la necesidad de estudios futuros con participación de un mayor número de participantes, mejor diseño y herramientas validadas. (Naghieh, Montgomery, Cp, Thompson, & JI, 2015)

Se incluyó un metanálisis que abordó la intervención terciaria y buscó evaluar la efectividad de las intervenciones ocupacionales basadas en la teoría y su impacto en el rendimiento y bienestar en trabajadores diagnosticados con algún trastorno mental. Este metanálisis incluyó 11 RCTs cuyos resultados medidos mediante la media de Hedge, mostraron un mediano efecto sobre el rendimiento ocupacional y un pequeño efecto sobre el bienestar. Debido a estos efectos ligeros pero positivos los autores sugirieron que las intervenciones ocupacionales basadas en la teoría son efectivas para mejorar el rendimiento y el wellbeing en los trabajadores con trastornos mentales ya diagnosticados y deberían ser parte integral de los servicios de rehabilitación en salud mental. (Ikiugu, Nissen, Bellar, Maassen, & Van Peurse, 2017)

Otro estudio incluido fue realizado igualmente en profesionales de la salud. Se estudió el efecto de la intervención psicosocial diseñada en forma de un módulo mental para modificar la conducta del personal para que buscasen ayuda o apoyo en caso de estar sufriendo algún tipo de desorden mental o afectación de su bienestar o salud mental.

Mediante cuestionarios se realizó la evaluación basal antes de empezar la intervención, luego a los 3 meses y finalmente a los 6 meses. Los resultados obtenidos mostraron que el módulo mental influyó positivamente en la conducta de los participantes para buscar ayuda en caso necesario durante el seguimiento a los 3 meses. Ver Gráfico N 6 y 7.

Estos resultados se basaron al identificar mayor número de visitas al médico ocupacional pero no a otro tipo de prestadores de salud. Los autores concluyeron que este módulo puede ser usado para estimular la búsqueda de ayuda en caso de que el trabajador presente leves a moderadas molestias en su rendimiento, salud mental o ambos. (Gärtner, Nieuwenhuijsen, Ketelaar, Van Dijk, & Sluiter, 2013)

Gráfico N 6: Diseño y flujo de participantes del estudio de (Gärtner, Nieuwenhuijsen, Ketelaar, Van Dijk, & Sluiter, 2013)

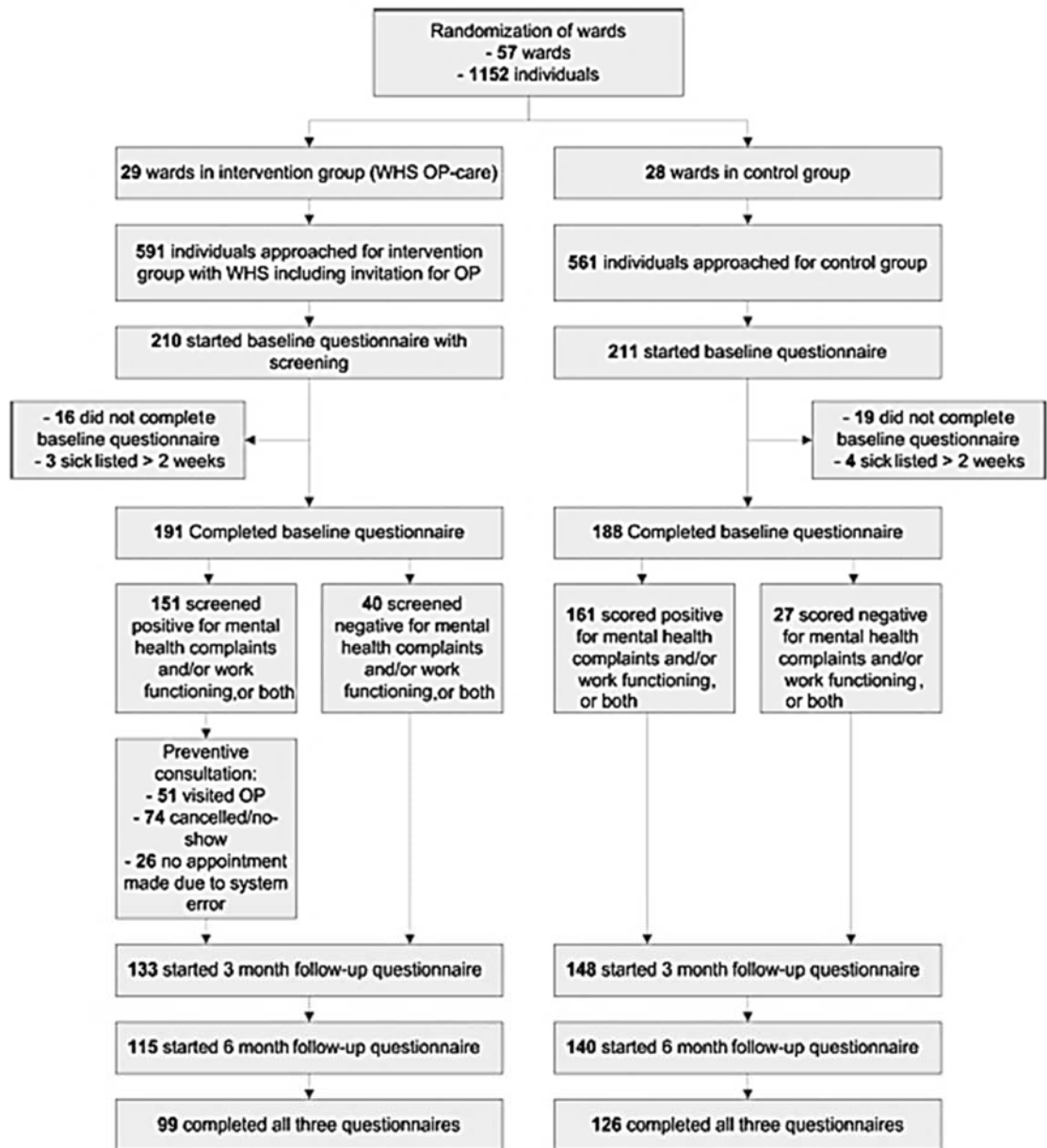


FIGURE 1. Flow chart of participants through the trial. OP, occupational physician; WHS, workers' health surveillance.

Fuente: Tomado del estudio de Gärtner, Nieuwenhuijsen, Ketelaar, Van Dijk, & Sluiter, 2013

Gráfico N 7: Seguimiento de resultados del estudio de Gärtner, Nieuwenhuijsen, Ketelaar, Van Dijk, & Sluiter, 2013

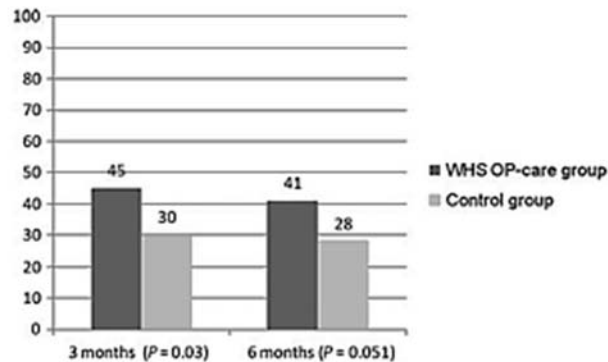


FIGURE 3. Percentage of workers with minimal important improvements or more in work functioning impairments for the two study groups at the 3- and 6-month follow up. OP, occupational physician; WHS, workers' health surveillance.

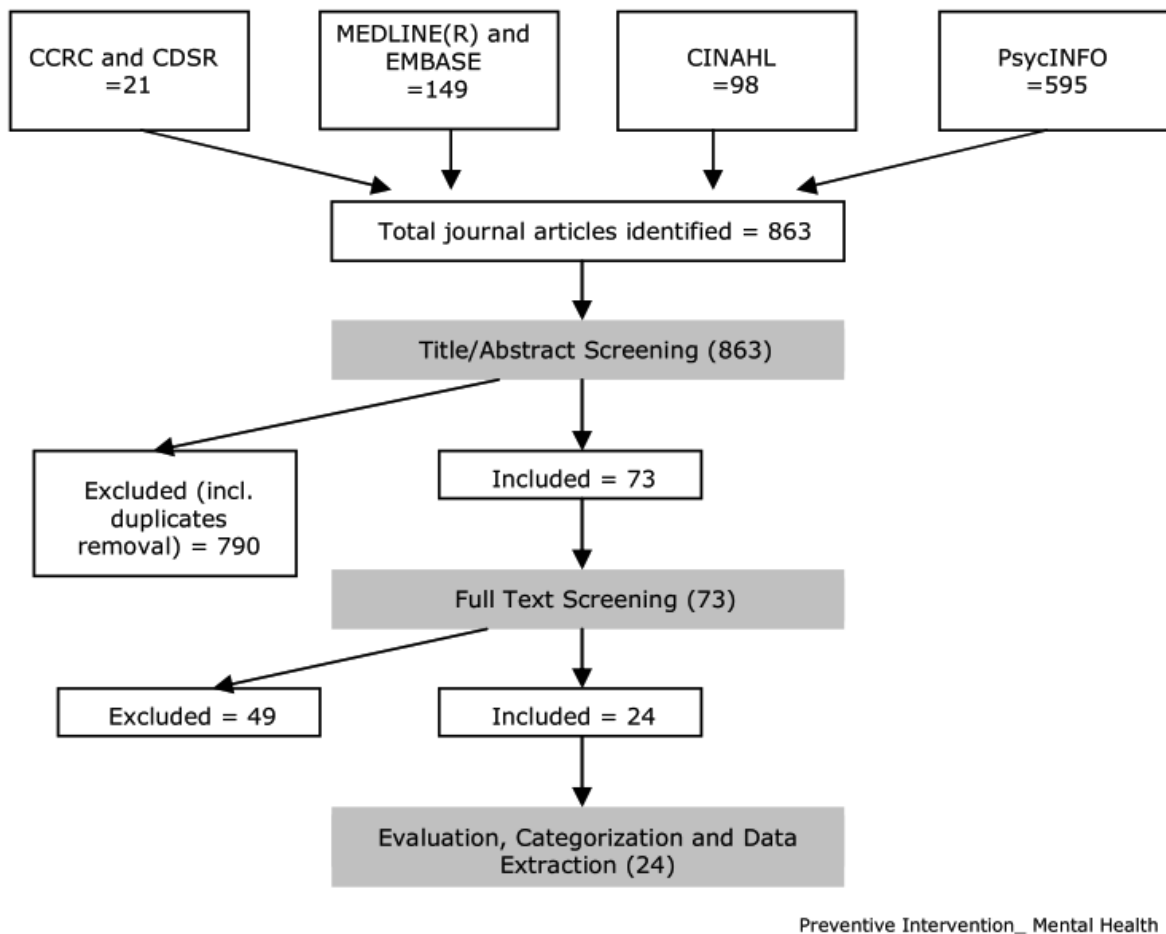
Fuente: Tomado del estudio de Gärtner, Nieuwenhuijsen, Ketelaar, Van Dijk, & Sluiter, 2013

Se encontró otro estudio prospectivo que reclutó a 29 bomberos a tiempo completo quienes se inscribieron en el programa de capacitación en resiliencia basado en 6 sesiones en línea (Resilience @ Work), se les realizó un cuestionario antes de la intervención y directamente al finalizar la misma. Los resultados a medir fueron la viabilidad del programa, la resistencia psicológica, la evitación experiencial y función cognitiva. Los participantes reportaron incremento en el nivel de resiliencia en comparación con los resultados del test basal antes de iniciar la intervención, con un aumento promedio en su puntaje de resiliencia general de 1.5 (IC del 95%: -0.25 a 3.18, $t_{14} = 1.84$, $P = 0.09$); los participantes también obtuvieron niveles más bajos de inflexibilidad psicológica y evitación experimental, con una disminución media de -1.8 (IC del 95%: -3.78 a 0.20, $t_{13} = -1.94$, $P = 0.07$); las pruebas t de muestras pares evidenciaron una tendencia hacia la disminución del puntaje medio

al finalizar la intervención de capacitación con el programa en línea.(P =0.12). A su vez estos resultados demuestran que es factible realizar un programa con estas características y elimina una barrera importante que el miedo a la estigmatización en una atención presencial cara a cara, además de que puede ser útil para quienes tienen horarios laborales especiales como turnos rotativos, o largos viajes o para aquellos que tienen acceso limitado a una atención presencial o entorno de trabajo de alto riesgo. (S. Joyce, Shand, Bryant, Lal, & Harvey, 2018)

Otra revisión sistemática incluyó veinticuatro estudios sobre intervenciones primarias y secundarias con respecto a problemas de salud mental laboral, ver Gráfico N 8, incluyeron variados tipos de intervenciones, ver Cuadro N4 , 14 estudios abordaron intervenciones secundarias enfocándose en el uso de las habilidades de los empleados para disminuir el avance de los trastornos de salud mental. Dos estudios implementaron intervenciones mixtas (primarias y secundarias a la vez), la mayoría de los estudios realizaron su intervención mediante el uso de la capacitación para enfrentar los factores de riesgo organizacionales, probablemente porque es más económico capacitar y es menos exigente. Los resultados obtenidos por esta revisión sistemática sugieren un impacto positivo sobre la salud mental de los trabajadores en cuanto a su percepción del ambiente laboral y como recomendación plantean que los futuros trabajos deberían integrar los 3 niveles de intervención es decir el abordaje individual, grupal y organizacional. Ver Gráfico N7 y Cuadro N4. (Corbière, Shen, Rouleau, & Dewa, 2009)

Gráfico N 8: Estrategia de búsqueda e inclusión de estudios de la Revisión Sistemática de Corbière et al., 2009



Fuente: Tomado de la Revisión Sistemática de Corbière et al., 2009

Cuadro N4: Intervenciones aplicadas en los estudios de la Revisión Sistemática de Corbière et al., 2009

Summary of mental health components of Preventive interventions		
Theory, approach of Preventive intervention	No*.	% of Total
Psychosocial intervention training	5	n/a**
Cognitive-behavioral intervention	4	
Participatory organizational intervention	4	
Managerial improvement programs	2	
Relaxation techniques and exercise	2	
Stress management	2	
Emotion- oriented care	1	
Psycho education on stress	1	
Sharing inspirational workplace stories	1	
Transpersonal psychology (psychosynthesis)	1	
Web based training	1	
Work scheduling intervention	1	
Components		
– Communication skills and social skills	6	n/a**
– Psychosocial work environment redesign/improvement	6	
– Coping strategies (towards anger, stress, etc.)	5	
– Job control	4	
– Psycho education on stress and mental health	4	
– Physical exercise	2	
– Relaxation techniques	2	
– Work scheduling	2	
– Work organization changes/work reorganization strategies	2	
– Identification of work constraints (stressors)	1	
– Improvement of social and family support	1	
– Individual counselling	1	
– Marital and family counselling	1	
– Sharing workplace stories	1	

Fuente: Tomado de la Revisión Sistemática de Corbière et al., 2009

La siguiente revisión sistemática incluida identificó nueve ensayos controlados aleatorios basados en el lugar de trabajo donde se utilizaron técnicas de terapia cognitiva conductual. Ver Cuadro N 5. La diferencia de medias estandarizada general entre los grupos de intervención y control fue de 0,16 (intervalo de confianza del 95%: 0,07, 0,24, $P = 0,0002$), lo que sugiere un leve

impacto positivo. Esta revisión no logró realizar comparación directa para establecer qué tipo de intervención fue más efectiva o si una intervención basada en la educación psicosocial es más efectiva que otra participativa. (Tan et al., 2014)

Cuadro N5: Características de los estudios de la Revisión Sistemática de Tan et al., 2014

Study	Subjects (sample size)	Design	Intervention description
Ahola et al. (2012) [49]	Employees from private and public sectors (n = 718)	Individual RCT	1. Resource-enhancing group intervention 'Towards Successful Seniority' based on career management preparedness. 2. Wait-list control group
Atlantis et al. (2004) [39]	Casino employees (n = 73)	Individual RCT	1. Combined aerobic and weight training exercise with behavior modification intervention to improve mental health and quality of life outcomes. 2. Wait-list control group
Bond and Bunce (2000) [37]	Employees (n = 90) in large media organization	Individual RCT	1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) aiming to enhance an individual's ability to cope with work-related strain. 2. Innovation Promotion Program (IPP) that helped individuals identify and innovatively change causes of occupation strain. 3. Wait-list control group
Kitchener and Jorm (2004) [40]	Employees (n = 301) in two large government departments	Individual RCT	1. Mental Health First Aid training course: to help people in mental health crises and/or in the early stages of mental health problems. 2. Wait-list control group
Limm et al. (2011) [11]	Lower and middle level managers in an international manufacturing plant (n = 174)	Individual RCT	1. Stress management intervention: using psychodynamic, conflict and emotion-focused principles and CBT. 2. Wait-list control group
Mino et al. (2006) [43]	Workers (n = 58) in the Program Development Section within a manufacturing company	Individual RCT	1. Stress management program: based on CBT approach, muscle relaxation training and counselling via email. 2. Control group: No intervention
Takao et al. (2006) [44]	Supervisors (n = 46) of a Japanese sake brewery and their subordinates (n = 226)	Cluster RCT	1. Supervisor-based education program for employee mental health promotion and active listening training (consulting skills combined with role-playing exercises). 2. Wait-list control group
Tsutsumi et al. (2009) [48]	Workers (n = 97) in 11 assembly lines in a medium-sized manufacturing company	Cluster RCT	1. Team-based participatory intervention based on active employee involvement, shared work-related goals, and action planning to improve the workplace stress reduction. 2. Control group: No organized activities provided
Vuori et al. (2012) [50]	Workers (n = 718) across 17 participating government and private organizations	Individual RCT	1. One week resource building group intervention: career management and mental health workshop using active learning process, social modelling, gradual exposure and role playing. 2. Control group: literature package with career management related information

Fuente: Tomado de la Revisión Sistemática de Tan et al., 2014

Finalmente se incluyó una revisión sistemática que evaluó la efectividad de las intervenciones de corta duración y comparar sus efectos con las intervenciones de duración común. Se identificaron 20 estudios, 11 en base a intervenciones cortas y 9 intervenciones de duración común. Existieron amplias variaciones en las características de los estudios incluidos en todo sentido: duración, tamaño de la muestra, tipo de intervención, metodología, resultados medidos entre otros aspectos. Igualmente se identificaron que muchos de los estudios tenían alto riesgo de sesgo. Ver Cuadro N6. Esta revisión sistemática no halló evidencia sobre la efectividad del manejo breve del estrés, la relajación, el masaje, la meditación consciente o las intervenciones multimodales. Se encontró escasa evidencia sobre la efectividad de las intervenciones psicosociales basadas en la Psicología positiva. Los autores concluyeron que es necesario mucha investigación al respecto y aumentar la calidad metodológica de los estudios para identificar peligros, evaluar riesgos, diseño adecuado de la intervención para controlar los riesgos, al igual que conocer el modo correcto de implementación de una intervención y por supuesto una evaluación y métodos de evaluación correctos que permitan establecer la efectividad real de las intervenciones. (Ivandic, Freeman, Birner, Nowak, & Sabariego, 2017)

Cuadro N6: Calidad metodológica y riesgo de sesgo de los estudios incluidos en la Revisión Sistemática de Ivandic, Freeman, Birner, Nowak, & Sabariego, 2017

Table 2. Methodological quality checklist. When fulfilled and described properly, a criterion was scored as positive (+) or negative (-). Studies that rated positive for >50% of criteria (ie, ≥ 5) were considered to have low risk of bias; otherwise they were assessed as having high risk of bias.

	Selection bias		Performance bias		Attrition bias			Detection bias		Number of + scores	Risk of bias
	Randomization & allocation procedure	Comparison of groups at baseline	Comparison of groups other than intervention	Blinding procedure	Dropout rate	Differences in dropouts between groups	Difference (dropouts vs completers)	Follow-up	Outcome		
Studies evaluating brief interventions											
Bost & Wallis, 2006 (29)	+	+	-	-	+	-	-	-	+	4	High
Kawaharada et al, 2009 (34)	-	-	-	-	+	-	-	-	+	2	High
Kawai et al, 2010 (35)	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1	High
Kirk et al, 2011 (36)	-	+	+	-	+	-	-	-	+	4	High
Mackenzie et al, 2006 (30)	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1	High
McElligot et al, 2003 (31)	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1	High
Pollak Eisen et al, 2008 (38)	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1	High
Ranta & Sud, 2008 (32)	-	-	-	-	-	-	-	-	+	1	High
Sutarto et al, 2012 (39)	-	+	+	-	+	-	-	-	+	4	High
Yung et al, 2004 (33)	-	-	+	-	-	-	-	-	+	2	High
Zhang et al, 2014 (37)	-	+	+	+	+	-	-	-	+	5	Low
Studies evaluating matched common (ie, longer) interventions											
Bond & Bunce, 2000 (40)	-	-	+	-	-	+	+	+	+	5	Low
Elder et al, 2014 (41)	+	-	-	-	+	-	-	+	+	4	High
Jennings et al, 2013 (42)	-	+	-	-	+	-	-	-	+	3	High
Kaplan et al, 2014 (47)	-	+	-	-	-	-	-	-	+	2	High
Page & Vella-Brodrick, 2012 (48)	+	+	-	-	-	+	+	+	+	6	Low
Shimazu et al 2006 (44)	-	-	-	-	+	-	-	-	+	2	High
Stafford-Brown & Paenham, 2012 (43)	-	-	-	-	+	-	-	-	+	2	High
Umanodan et al, 2014 (45)	-	-	-	-	+	-	-	-	+	2	High
Zolnierczyk-Zreda, 2002 (46)	-	-	-	-	+	-	-	-	+	2	high

Fuente: Tomado de la Revisión Sistemática de Ivandic, Freeman, Birner, Nowak, & Sabariego, 2017

DISCUSIÓN

Los últimos 100 años (desde 1907 hasta 2007) se han publicado 77.614 artículos sobre «estrés» y solo 6.434 sobre «bienestar» 44.667 artículos sobre «depresión» y 24.814 sobre «ansiedad». (Salanova, 2008) Como vemos hay mayor énfasis en el estudio de resultados negativos y factores de riesgo para la salud mental en comparación a la cantidad de investigaciones orientadas a la evaluación de los factores protectores o resultados positivos que favorezcan la salud mental del trabajador con la finalidad de protección al trabajador en si mismo y consecuentemente a la organización.

La era de considerar al trabajador como instrumento para beneficio empresarial ha terminado en muchos países y ha sido reemplazado por otra corriente de pensamiento, la psicología ocupacional u organización positiva (PoP), donde el capital psicológico positivo empieza en las fortalezas y capacidades psicológicas individuales, mismas que son susceptibles de medición, desarrollo, potencialización y gestión para lograr un desempeño organizacional óptimo dentro de una empresa saludable. (Gómez & Calderón, 2017)

Los problemas de salud mental desafían severamente la productividad de la fuerza laboral (1). La ansiedad, la depresión y los trastornos relacionados con el estrés son comunes y las principales causas de discapacidad laboral y jubilación anticipada en la mayoría de los países occidentales. (Nexø, Kristensen, Grønvad, Kristiansen, & Poulsen, 2018)

De forma alarmante se prevé que la depresión será la principal causa de discapacidad laboral para 2020, por lo que existe una creciente necesidad de intervenciones de salud mental laboral pero que estén basadas en evidencia científica. (Gärtner et al., 2011)

Los efectos nocivos de los factores de riesgo psicosociales en el trabajo y los problemas de salud mental pueden ser mitigados mediante la implementación de políticas de seguridad y salud mental que incluyan la aplicación de intervenciones psicosociales. Estas intervenciones se pueden clasificar en dos dimensiones generales: (1) Nivel de intervención –individual vs. Organizacional– y (2) objetivo de la intervención –el entorno laboral (demandas y recursos) vs. los recursos (personales) individuales. Además de sus efectos directos sobre la salud y la motivación, las demandas y los recursos también tienen efectos interactivos sobre el bienestar del empleado. La salud y la motivación también pueden afectar y cambiar el ambiente de trabajo, lo que pone de manifiesto el carácter dinámico de las relaciones entre ambiente de trabajo y bien- estar. (Bakker & Demerouti, 2013)

Aún no existe un consenso universal acerca de la definición de una intervención psicosocial o de un resultado psicosocial. Comúnmente se dice que las intervenciones psicosociales son aquellas orientadas a modificar los factores sociales o psicológicos opuestos a los biológicos. En algunas revisiones un resultado psicosocial es definido tanto como el estrés psicosocial experimentado por un individuo tanto como un estado afectivo positivo personal. (Hill, Dempster, Donnelly, & McCorry, 2016)

Toda intervención preventiva, de tratamiento y de promoción en salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, considerando la cultura de la población. Se espera que el 80% de los países diseñen o modifiquen su política, estrategias y legislación en el ámbito de la de salud mental para el año 2020 para cumplir así la segunda meta mundial de incrementar un 20% la cobertura de servicios para la enfermedades mentales graves. (WHO, 2013)

Las intervenciones en el ambiente laboral deberían enfrentar principalmente los factores de riesgo y no solo abordar las conductas y características de los trabajadores. Desde el punto de vista económico existe suficiente evidencia que nos sugiere invertir en la investigación científica para promoción de la salud en el ambiente laboral. (Leka & Jain, 2014)

Los estudios controlados aleatoriamente constituyen el método más riguroso para establecer si existe una relación causal entre un tratamiento y un resultado, mientras que otro tipo de estudios únicamente hallan asociaciones que no nos permiten descartar la posibilidad de que el resultado se debe a un tercer factor interviniente. Los resultados de las intervenciones deberían demostrar que son efecto directo de las intervenciones, debería existir un mejor desarrollo e implementación de dichas intervenciones validadas en base a guías establecidas por un Consejo de Investigación Médico y consenso de expertos además de disponer de estudios pilotos que verifiquen si alcanzan a encontrar lo que se busca y finalmente todas las destrezas y aprendizaje adquirido mediante estas intervenciones deben ser de beneficio para las poblaciones estudiadas en su diario vivir laboral. (Hill et al., 2016)

Las investigaciones realizadas hallaron una asociación entre el síndrome del quemado con la baja moral, rendimiento y productividad reducida, abuso de alcohol y drogas, retraso para llegar al trabajo, ausentismo, e incremento de los costos en salud y recambio de personal. También se ha encontrado que los trabajadores afectados por este síndrome son más vulnerables a sufrir detrimento emocional severo y estrés psicológico además de que se halló frialdad y cinismo lo que contribuyó a presentar menor empatía por otros, evitación y percepción negativa de los clientes o pacientes. (Ewers et al., 2002)

Actualmente es posible la documentación sistemática de los cambios implementados como parte de una intervención psicosocial multi modal que son traducidas en forma de cambios organizacionales. (Gilbert-Ouimet et al., 2015)

Existen protocolos interesantes para la realización de estudios prospectivos aleatorizados para la evaluación de la efectividad de las intervenciones psicosociales a distinto nivel. Una de estas propuestas es el diseño del protocolo de Van Oostrom y colaboradores en que se pretende evaluar la efectividad de una intervención terciaria cuyo principal resultado es el retorno al trabajo, la investigación pretende durar un año con seguimiento y evaluación cada 3 meses, dividir en dos grupos a los sujetos, uno al que se le aplicará la intervención y otro que servirá de grupo control recibiendo únicamente el cuidado usual, la intervención tendría un enfoque gradual en el que existiría una participación activa entre los trabajadores que sufren de algún tipo de desorden mental y el supervisor en la elaboración de un plan de retorno al trabajo. Otros resultados a medirse incluyeron número de días de

incapacidad, autoeficiencia, actitud, influencia social, severidad del estado del desorden mental entre otros. (Van Oostrom et al., 2007)

Un protocolo de estudio reciente es muy interesante ya que tiene grandes fortalezas como el ser un gran estudio multicéntrico con más de 2000 participantes, que presentará un análisis por intención de tratar además de ser aleatorio controlado. Deady y colaboradores, 2018 ; pretenden evaluar la eficacia relativa de los enfoques de prevención universales, selectivos e indicados y hacen uso de una intervención basada en aplicaciones de teléfonos inteligentes en el lugar de trabajo de 5 a 10 minutos diarios durante 30 días, en base a retos y comparar los resultados con los obtenidos con un grupo control cuya app únicamente será de monitoreo del estado de ánimo activo para reducir los síntomas depresivos (resultado primario) y la prevalencia de depresión a los 3 meses, con resultados secundarios que evalúan el bienestar y el desempeño laboral. Los posibles resultados podrían hacer una evaluación cuantitativa del impacto real de las intervenciones en el lugar de trabajo para el cuidado de la salud mental y prevención del desarrollo de depresión. (Deady et al., 2018)

De acuerdo a algunos estudios se ha observado que los hombres prefieren enfoques más directos a la terapia psicológica y modelos de terapia que utilizan prioritariamente la acción. En vista de estos hallazgos sería adecuado realizar estudios que abarquen este tipo de técnicas sobre todo para el abordaje de individuos del sexo masculino. (Deady et al., 2018)

En cuanto al tema económico que suele ser de gran interés para la dirección y administración de las organizaciones es necesario llevar a cabo estudios que evalúen costo beneficio. Se conoce empíricamente que la prevención es menos costosa que el tratamiento lo que se evidencia en el estudio científico producto de la ejecución del protocolo de Van Oostrom y colaboradores del 2007, en el que se reclutó a 175 participantes con trastornos mentales, 73 fueron asignados a la intervención y 72 al grupo control pero lamentablemente los resultados obtenidos evidenciaron que una implementación generalizada de la intervención en el lugar de trabajo para los trabajadores enfermos con algún tipo de trastorno mental no se recomienda debido a que no existió un beneficio económico en comparación con la atención habitual y los costos se incrementaron, los autores recomendaron la realización de ensayos futuros para confirmar si la intervención en el lugar de trabajo es costo efectiva en los trabajadores que pretendían volver al trabajo a pesar de los síntomas.(Van Oostrom et al., 2010)

Se han elaborado numerosas guías en distintos países y por distintos grupos de consenso, con el fin de establecer estrategias para crear entornos laborales saludables, disminuir los factores de riesgo que afecten la salud mental de los trabajadores. Sin embargo no se ha prestado la atención suficiente a su calidad. Una revisión evaluó 17 guías y los hallazgos fueron sorprendentes ya que solo dos guías informaron que sus recomendaciones se basaron en una revisión sistemática (NICE de Inglaterra, 2009 y Karolinska de Suecia, 2015). Únicamente dos guías preventivas terciarias canadienses (CA Montreal, 2014 y OHS CA BC, 2010) cumplieron con todos los criterios para una buena calidad de desarrollo. Solo cuatro

guías desarrollaron recomendaciones basados en criterios de buena calidad (puntaje AGREE II $\geq 65\%$). Ninguna de las 17 guías evaluadas cumplió con los criterios en todas las características de calidad y transparencia de posibles intereses en conflicto. Por ende es necesario el mejoramiento de la calidad metodológica de las guías y una adecuada valoración de la factibilidad de ser aplicadas para alcanzar las metas propuestas. (Nexø et al., 2018).

CONCLUSIONES

La mayoría de revisiones y estudios sugieren que las intervenciones psicosociales y la adecuada cultura organizacional poseen un impacto positivo en la salud mental del trabajador en términos de mejor manejo del estrés, percepción positiva de su trabajo, ambiente laboral y wellbeing.

El estrés laboral y una cultura organizacional que no se preocupa por la salud integral del trabajador tiene efectos nocivos sobre su salud mental que traen consigo importantes pérdidas en la vida personal, profesional y organizacional.

Es imperativo que toda organización promulgue y aplique políticas favorables para la promoción, protección y recuperación de la salud mental de los trabajadores.

Es necesario la conducción de estudios con protocolos adecuados y calidad metodológica sobre el impacto de las intervenciones psicosociales sobre la salud mental y que ofrezcan resultados cuantitativos que permitan evaluar su eficacia real.

Así mismo es necesario la realización de estudios comparativos con rigurosa calidad metodológica para definir que intervenciones son más efectivas que otras.

La promoción de la salud mental y la prevención del desarrollo de trastornos de la misma asociados al trabajo son pilares fundamentales para que las organizaciones y la sociedad progresen y los individuos experimenten la satisfacción y felicidad en el contexto de una vida digna.

Es necesario que toda organización cuente con Servicio de Salud y Seguridad Ocupacional donde los protagonistas del cuidado de la salud de los trabajadores extremen esfuerzos para promover la salud mental como prioridad y no enfocarse únicamente en los trastornos físicos, accidentalidad o referencia para tratamiento de enfermedades ya establecidas.

Se requiere campañas de promoción de salud mental a nivel general así como también las destinadas a eliminar el estigma social que existe frente a los trastornos mentales.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

No se dispone de suficiente evidencia a nivel de Latinoamérica que permita hacer extrapolaciones más certeras para ser aplicadas en estas sociedades. No se evidenció información de cada estudio incluido en todas las revisiones sistemáticas.

Existe gran variabilidad entre los estudios hallados. Esta heterogeneidad no permite realizar comparaciones entre las intervenciones.

Muchos estudios incluyeron un escaso número de participantes, en algunos se identificó pérdida de estos, lo que no permite realizar extrapolaciones debido a los pequeños tamaños muestrales.

Se identificó amplia variación entre la duración de las intervenciones lo que podría resultar en que algunas no obtuvieran resultados debido al corto tiempo de implementación. Tampoco se identificó seguimiento de los resultados a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- American Association of Critical-Care Nurses. (2005). *Aacn S Tandard for E Stablishing and* (Vol. 14).
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 29(3), 107–115. <https://doi.org/10.5093/tr2013a16>
- Carolan, S., & de Visser, R. O. (2018). Employees' Perspectives on the Facilitators and Barriers to Engaging With Digital Mental Health Interventions in the Workplace: Qualitative Study. *JMIR Mental Health*, 5(1), e8. <https://doi.org/10.2196/mental.9146>
- Casas, S. B., & Klijjn, T. P. (2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 136–141.
- Claudia Pieper, Schröer, S., & Eilerts, A.-L. (2019). Evidence of Workplace Interventions—A Systematic Review of Systematic Reviews. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(3553). <https://doi.org/10.3390/ijerph16193553>
- Corbière, M., Shen, J., Rouleau, M., & Dewa, C. S. (2009). A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work*, 33(1), 81–116. <https://doi.org/10.3233/WOR-2009-0846>
- Deady, M., Johnston, D. A., Glozier, N., Milne, D., Choi, I., Mackinnon, A., ... Harvey, S. B. (2018). Smartphone application for preventing depression: Study protocol for a workplace randomised controlled trial. *BMJ Open*, 8(7), 11–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020510>
- Demerouti, E., Nachreiner, F., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., & Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of Advanced Nursing*, 37(5), 470–476. Retrieved from <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2002.02115.x>
- Fan, D., Cui, L., Zhang, M. M., Zhu, C. J., Härtel, C. E. J., & Nyland, C. (2014). Influence of high performance work systems on employee subjective well-being and job burnout: empirical evidence from the Chinese healthcare sector. *International Journal of Human Resource Management*, 25(7), 931–950. <https://doi.org/10.1080/09585192.2014.876740>
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2005). The relationship between job satisfaction and health: A meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 105–112. <https://doi.org/10.1136/oem.2002.006734>
- García-Moran, M. de C., & Gil-Lacruz, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Persona*, 0(019), 11. <https://doi.org/10.26439/persona2016.n019.968>
- Garrosa Hernández, E., & Carmona Cobo, I. (2011). Salud laboral y bienestar:

- Incorporación de modelos positivos a la comprensión y prevención de los riesgos psicosociales del trabajo. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57, 224–238. <https://doi.org/10.4321/s0465-546x2011000500014>
- Gärtner, F. R., Ketelaar, S. M., Smeets, O., Bolier, L., Fischer, E., Van Dijk, F. J. H., ... Sluiter, J. K. (2011). The Mental Vitality @ Work study: Design of a randomized controlled trial on the effect of a workers' health surveillance mental module for nurses and allied health professionals. *BMC Public Health*, 11(1), 290. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-290>
- Gärtner, F. R., Nieuwenhuijsen, K., Ketelaar, S. M., Van Dijk, F. J. H., & Sluiter, J. K. (2013). The Mental Vitality @ Work Study: Effectiveness of a Mental Module for Worker's Health Surveillance for Nurses and Allied Health Care Professionals on Their Help-Seeking Behavior. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55(10), 1219–1229. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31829f310a>
- Giaver, F., Vaag, J. R., & Wennes, G. (2017). Choral singing as an arts-based organisational intervention: a qualitative study of employees' experiences. *Arts and Health*, 9(1), 26–41. <https://doi.org/10.1080/17533015.2016.1182564>
- Gilbert-Ouimet, M., Baril-Gingras, G., Cantin, V., Leroux, I., Vézina, M., Trudel, L., ... Brisson, C. (2015). Changes implemented during a workplace psychosocial intervention and their consistency with intervention priorities. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(3), 251–261. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000252>
- Gómez, M. A., & Calderón, P. (2017). Salud mental en el trabajo: entre el sufrimiento en el trabajo y la organización saludable Mental. *Katharsis*, 23(2), 189–217. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.25057/25005731.870>
- Gutiérrez Strauss, A. M., & Vilorio-Doria, J. C. (2014). Riesgos psicosociales y estrés en el ambiente laboral. *Salud Uninorte*, 30(1). <https://doi.org/10.14482/sun.30.1.4340>
- Haracz, K., & Roberts, E. (2016). Workplace resilience interventions show some evidence of positive effects, particularly on mental health and wellbeing. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(1), 57–58. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12277>
- Hill, R. C., Dempster, M., Donnelly, M., & McCorry, N. K. (2016). Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: A systematic review of psychosocial interventions. *Palliative Medicine*, 30(9), 825–833. <https://doi.org/10.1177/0269216316637237>
- Ikiugu, M. N., Nissen, R. M., Bellar, C., Maassen, A., & Van Peurse, K. (2017). Clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: A meta-Analysis. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 1–9. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.024588>
- Ivandic, I., Freeman, A., Birner, U., Nowak, D., & Sabariego, C. (2017). A systematic review of brief mental health and well-being interventions in organizational settings. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 43(2), 99–108. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3616>
- Jones, S., Coggon, D., Ntani, G., & Williams, S. (2015). Will nice guidance for employers improve workers' mental health? *Occupational Medicine*, 65(6), 437–439. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv083>

- Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, J. A., & Bambra, C. (2010). Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008009.pub2>
- Joyce, S., Shand, F., Bryant, R. A., Lal, T. J., & Harvey, S. B. (2018). Mindfulness-based resilience training in the workplace: Pilot study of the internet-based resilience@work (RAW) mindfulness program. *Journal of Medical Internet Research*, 20(9), 1–13. <https://doi.org/10.2196/10326>
- Kang, M., Selzer, R., Gibbs, H., Bourke, K., Hudaib, A. R., & Gibbs, J. (2019). Mindfulness-based intervention to reduce burnout and psychological distress, and improve wellbeing in psychiatry trainees: a pilot study. *Australasian Psychiatry*, 27(3), 219–224. <https://doi.org/10.1177/1039856219848838>
- LaMontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A., & Landsbergis, P. A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 13(3), 268–280. <https://doi.org/10.1179/oeht.2007.13.3.268>
- LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., ... Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: Developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-131>
- Lavoie-Tremblay, M., Bonin, J. P., Lesage, A. D., Bonneville-Roussy, A., Lavigne, G. L., & Laroche, D. (2010). Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major organizational change. *Health Care Manager*, 29(4), 293–304. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e3181fa022e>
- Leitão, S., Mc Carthy, V. J. C., & Greiner, B. A. (2018). Health and safety practitioners' health and wellbeing — The link with safety climate and job demand-control-support. *Accident Analysis and Prevention*, 119(June), 131–137. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2018.06.017>
- Leka, S., & Jain, A. (2014). MENTAL HEALTH IN THE WORKPLACE IN EUROPE. Consensus Paper. In *EU COMPASS FOR ACTION ON MENTAL HEALTH AND WELL-BEING*.
- Löck, J., & Arnetz, B. (2002). Work Site Change and Psychosocial Well-Being among Health Care Personnel in Geriatric Wards—Effects of an Intervention Program. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(4), 30–38. <https://doi.org/10.1097/00001786-200207000-00006>
- Mingote, J., Del Pino, P., Sánchez, R., & Gálvez, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. Workers with mental health problems. General guidelines for detection, intervention and prevention. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 57(1), 146–158.
- Ministerio de Salud y Protección social. Dirección De Desarrollo Y Talento Humano En Salud. (2016). *Entorno Laboral Saludable*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/entorno-laboral-saludable-incentivo-ths-final.pdf>
- Muschalla, B., Henning, A., Haake, T. W., Cornetz, K., & Olbrich, D. (2018). Mental health problem or workplace problem or something else: what contributes to

- work perception? *Disability and Rehabilitation*, 0(0), 1–8.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1501099>
- Naghieh, A., Montgomery, P., Cp, B., Thompson, M., & JI, A. (2015). Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), 10–13.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010306.pub2.www.cochranelibrary.com>
- Neira, M. (2010). Healthy workplaces : a model for action. In *Who*.
- Nexø, M. A., Kristensen, J. V., Grønvad, M. T., Kristiansen, J., & Poulsen, O. M. (2018). Content and quality of workplace guidelines developed to prevent mental health problems: Results from a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 44(5), 443–457.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3731>
- Peiró, J., & Bravo, M. (1999). Factores psicosociales en la prevención de riesgos laborales: oportunidades y retos para la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. *Revista de Psicología Del Trabajo y de Las Organizaciones*, 15(2), 137–146.
- Quick, J. C., & Henderson, D. F. (2016). Occupational stress: Preventing suffering, enhancing wellbeing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(5), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph13050459>
- Rivera Porras, D. A., Hernández Lalinde, J. D., Forgiony Santos, J. O., Bonilla Cruz, N. J., & Roza Sánchez, A. C. (2018). Impact of work motivation in the organizational climate and interpersonal relationships in health sector officials. *Espacios*, 39(16).
- Salanova, Marisa, & Llorens, Susana, & Martínez, I. M. (2013). APORTACIONES DESDE LA PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL POSITIVA PARA DESARROLLAR ORGANIZACIONES SALUDABLES Y RESILIENTES. *Papeles Del Psicólogo*, 461(7268), 177–184.
<https://doi.org/10.1038/nature08534>.Epigenetic
- Salanova, M. (2008). Organizaciones Saludables Y Desarrollo Desarrollo de Recursos Humanos. *Revista de Trabajo y Seguridad Social*, 47(303), 179–214.
- Smith, P., Bielecky, A., & Frank, J. (2011). Intervention research on working conditions and mental health: Persistent challenges, new directions and opportunities to integrate research agendas. In *Healthcare Papers* (Vol. 11).
<https://doi.org/10.12927/hcpap.2011.22411>
- Tan, L., Wang, M. J., Modini, M., Joyce, S., Mykletun, A., Christensen, H., & Harvey, S. B. (2014). Preventing the development of depression at work: A systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace. *BMC Medicine*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-74>
- Toro Alvarez, F. (2008). Análisis psicométrico de la encuesta eco iv de clima organizacional por países. *Revista Interamericana de Psicología*, 27, 44–57. Retrieved from <http://revista.cincel.com.co/cincel/index.php/RPO/article/view/92/pdf>
- Van Oostrom, S. H., Anema, J. R., Terluin, B., Venema, A., De Vet, H. C. W., & Van Mechelen, W. (2007). Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Services Research*, 7, 1–13.

<https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-127>

Van Oostrom, S. H., Heymans, M. W., De Vet, H. C. W., Van Tulder, M. W., Van Mechelen, W., & Anema, J. R. (2010). Economic evaluation of a workplace intervention for sick-listed employees with distress. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(9), 603–610.

<https://doi.org/10.1136/oem.2009.051979>

WHO. (2013). *Plan de Accion para la Salud Mental 2013-2020*.

World Economic Forum. (2016). *Seven actions towards a mentally healthy organisation A seven-step guide to workplace mental health by the Global Agenda Council on Mental Health 2014-2016*. Retrieved from <https://www.wefmentalhealth.org/articles/global-agenda-council-mental-health-seven-actions>

ANEXO N2: CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISION

CUADRO N1: CARACTERISTICAS DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISION

AUTOR/AÑO PUBLICACION/IDIO MA	TITULO	TIPO/REVISTA/B ASE	DESCRIPCION/INTERVENCION/ RESULTADOS EVALUADOS	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES
<i>Kang et al., 2019</i> <i>Inglés</i>	Mindfulness-based intervention to reduce burnout and psychological distress, and improve wellbeing in psychiatry trainees: a pilot study	Estudio de cohorte Australasian Psychiatry	de Estudiantes de Psiquiatría participaron de una intervención basada en la atención plena que consistía en sesiones semanales de 1 hora durante 8 semanas. Los niveles de angustia psicológica y atención plena se midieron antes y después de la intervención. También se recopilaban datos cualitativos a través de una encuesta de retroalimentación abierta.	Este tipo de intervención puede mejorar la atención plena y reducir el agotamiento, así como desarrollar destrezas de manejo del estrés laboral. Es necesario mayor investigación
<i>K. Joyce et al., 2010</i> <i>Inglés</i>	Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing	Revisión sistemática Cochrane Database of Systematic Reviews	of 10 estudios incluidos. Seis tipos de intervención: programación automática / programación flexible del trabajo por turnos; flexitime; tiempo extraordinario; jubilación gradual / parcial; trabajo a tiempo parcial involuntario y contrato a plazo fijo.	Sugieren que las intervenciones de trabajo flexibles probablemente tengan un efecto positivo en los resultados de salud
<i>Claudia Pieper et al., 2019</i> <i>Inglés</i>	Evidence of Workplace Interventions —A Systematic Review of Systematic Reviews	Revisión sistemática de revisiones sistemáticas Int. J. Environ. Res. Public Health	de 38 revisiones sistemáticas incluidas. 7 revisiones sistemáticas de alta calidad y 1 de moderada calidad. Resultados a evaluar: salud mental, estrés, ansiedad, burnout, síntomas de depresión.	Resultados positivos en la salud mental como menor estrés, ansiedad, depresión y burnout. Autores recomiendan terapia cognitivo conductual laboral y programas para manejar el estrés

Haracz & Roberts, 2016	Workplace resilience interventions show some evidence of positive effects, particularly on mental health and wellbeing	Revisión sistemática Australian Occupational Therapy Journal	14 estudios incluidos (8 RCT, 2 estudios controlados, 4 estudios sin grupo control)	Existe algo de evidencia científica a favor de intervenciones de aprendizaje de resiliencia. Podría tener efectos positivos en la salud mental y bienestar. Necesario mayor investigación
Inglés				
Ewers, Bradshaw, McGovern, & Ewers, 2002	Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses?	RCT Journal of Advanced Nursing	Estudio controlado aleatorizado realizado en una población de 20 individuos divididos en 2 grupos donde un grupo recibió la intervención psicosocial.	Resultado positivo en el conocimiento y actitud sobre enfermedades mentales severas disminución significativa del agotamiento, mejor percepción de su eficacia personal
Inglés				
Fan et al., 2014	Influence of high performance work systems on employee subjective well-being and job burnout: empirical evidence from the Chinese healthcare sector	Estudio transversal International Journal of Human Resource Management	Estudio a nivel sanitario de corte transversal, en el que se incluyeron 1488 trabajadores de la salud (médicos y enfermeras) en 25 hospitales en China. Evaluó el impacto del sistema de alto en el trabajo sobre el wellbeing y burnout como resultados primarios. Resultados secundarios; autoestima organizacional, relación médico-enfermera.	los efectos positivos del sistema de alto rendimiento en el trabajo son mayores si existe una buena relación médico enfermera y a su vez que el mencionado sistema podría tener un impacto negativo sobre el bienestar e inducir altos niveles de agotamiento laboral en presencia de una mala relación médico – enfermera
Inglés				
Jones, Coggon, Ntani, & Williams, 2015	Will NICE guidance for employers improve	Estudio transversal	Estudio transversal que relaciona los resultados de salud mental por encuestas del personal del NHS en 2009 y 2010 con los hallazgos de la	No se encontró una relación concluyente entre la

<i>Inglés</i>	workers' mental health?	Occupational Medicine	auditoría de 2011 del cumplimiento de las directrices NICE.	aplicación de la guía y los resultados en la salud mental. Necesario mayor investigación.
<i>Lökk & Arnetz, 2002</i> <i>Inglés</i>	Work Site Change and Psychosocial Well-Being among Health Care Personnel in Geriatric Wards— Effects of an Intervention Program	RCT Journal of Nursing Care Quality	Estudio controlado aleatorizado en el que se proporciono una intervención psicosocial mediante capacitación en salud mental, respuesta al estrés, actividad práctica en 1 grupo de trabajadores n:28 y grupo control n:29	Los resultados impresionaron no tener una respuesta significativa a la intervención. Demasiado apoyo externo es negativo sobre el trabajador, baja su capacidad de enfrentar problemas y baja autoestima
<i>(Naghieh, Montgomery, Cp, Thompson, & JI, 2015</i> <i>Inglés</i>	Organisational interventions for improving wellbeing and reducing work-related stress in teachers	Revisión Sistemática Cochrane Database of Systematic Reviews	Cuatro estudios cumplieron los criterios de inclusión. Eran tres ensayos controlados aleatorios grupales y uno con un diseño aleatorizado de cuña escalonada. Evaluó intervenciones dirigidas a cambios en la organización, intervenciones dirigidas a modificar las tareas e intervenciones multicomponentes.	Evidencia de baja calidad sugiere que intervenciones organizacionales conducen a mejoras en el bienestar de los maestros. Es necesario intervenciones complejas, utilizar un diseño aleatorio por conglomerados y tener muestras de gran tamaño.
<i>(Ikiugu, Nissen, Bellar, Maassen, & Van Peurse, 2017</i> <i>Inglés</i>	Clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: A meta-Analysis	Metanálisis American Journal of Occupational Therapy	Incluyó 11 ensayos controlados aleatorios, 520 participantes adultos con diagnóstico de salud mental. Resultados evaluados: desempeño, bienestar o ambos. Intervenciones ocupacionales basadas en la teoría.	Las intervenciones ocupacionales basadas en la teoría tienen mediano efecto sobre el rendimiento ocupacional y un pequeño efecto sobre el bienestar y deberían ser incluidas en los servicios de

				Rehabilitación mental.
<i>(Gärtner, Nieuwenhuijsen, Ketelaar, Van Dijk, & Sluiter, 2013)</i>	The Mental Vitality @ Work Study: Effectiveness of a Mental Module for Worker's Health Surveillance for Nurses and Allied Health Care Professionals on Their Help-Seeking Behavior	RCT Journal of Occupational and Environmental Medicine	Evaluó el efecto de la intervención psicosocial diseñada en forma de un módulo mental para modificar la conducta del personal para búsqueda de ayuda o apoyo en caso de estar sufriendo algún tipo de desorden mental o afectación de su bienestar o salud mental. Resultados medidos: búsqueda de ayuda, funcionamiento laboral y la salud mental, se evaluaron al inicio del estudio, a los 3 meses de seguimiento y a los 6 meses mediante cuestionarios estandarizados.	La intervención basada en el módulo de salud mental puede ser usado para estimular la búsqueda de ayuda en caso de que el trabajador presente leves a moderadas molestias en su rendimiento, salud mental o ambos.
<i>Inglés</i>				
<i>S. Joyce, Shand, Bryant, Lal, & Harvey, 2018)</i>	Mindfulness-based resilience training in the workplace: Pilot study of the internet-based resilience@work (RAW) mindfulness program	Estudio piloto sin grupo control (cohorte) Journal of Medical Internet Research	Reclutó a 29 bomberos a tiempo completo. Intervención: programa de capacitación en resiliencia basado en 6 sesiones en línea (Resilience @ Work). Los resultados a medir fueron la viabilidad del programa, la resistencia psicológica, la evitación experiencial y función cognitiva.	Intervención factible de realizar, útil en horarios laborales especiales como turnos rotativos, o largos viajes o entorno de trabajo de alto riesgo. Se sugieren resultados positivos de la intervención.
<i>Inglés</i>				
<i>Corbière et al., 2009)</i>	A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations	Revisión Sistemática Work	Evaluó la literatura de 2001 a 2006 utilizando la conceptualización de Cottrell. Resume las intervenciones psicológicas preventivas para los trabajadores, describe los resultados de las intervenciones sobre el trabajo y la salud.	Las intervenciones psicosociales y la investigación participativa causa resultados positivos y significativos con respecto a los resultados laborales y de salud mental para los trabajadores
<i>Inglés</i>				
<i>Tan et al., 2014)</i>	Preventing the development of depression	Revisión Sistemática	Se incluyeron 9 ensayos controlados aleatorios basados en el lugar de trabajo donde se utilizaron	Existe evidencia de buena calidad a favor de las intervenciones
<i>Inglés</i>				

	at work: A systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace	BMC Medicine	intervenciones con técnicas de terapia cognitiva conductual. Revisión sistemática y metaanálisis que examina ensayos controlados aleatorios de intervenciones universales para prevenir el desarrollo de depresión en el trabajo.	universales de salud mental pueden reducir el nivel general de los síntomas de depresión en los trabajadores
<i>Ivandić, Freeman, Birner, Nowak, & Sabariego, 2017</i> <i>Inglés</i>	A systematic review of brief mental health and well-being interventions in organizational settings	Revisión Sistemática Scandinavian Journal of Work, Environment and Health	Evaluó la efectividad de las intervenciones de corta duración y comparar sus efectos con las intervenciones de duración común. 20 estudios, 11 en base a intervenciones cortas y 9 intervenciones de duración común	Se encontró evidencia limitada sobre el impacto positivo de las intervenciones psicosociales cortas en el lugar de trabajo. Es necesario mayor investigación al respecto.

ANEXO N3: INFORME DE ORIGINALIDAD

Entorno laboral Saludable

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad del Norte, Colombia Trabajo del estudiante	2%
2	cyberleninka.org Fuente de Internet	1%
3	revistas.ulima.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo