



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile
Chile

Saavedra Z., Álvaro; von Mühlenbrock P., Christian
Promoción de la Salud Mental Ocupacional: Revisión y proyecciones para Chile
Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 47, núm. 4, diciembre, 2009, pp. 293-302
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527718006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Promoción de la Salud Mental Ocupacional: Revisión y proyecciones para Chile

Occupational Mental Health Promotion: Review and projections for Chile

Álvaro Saavedra Z.^{1a} y Christian von Mühlenbrock P.^{1,2b}

Background: Depression is highly prevailing in Chile, especially among the economically active population. Work is a determinant of mental health. This is a bibliographical review about the condition of the Occupational Mental Health in Chile. **Objectives:** a) To describe the association between labour factors and the Mental Health of workers, by means of the bibliographical review. b) To describe the current situation of the Occupational Mental Health in Chile. c) To base the need of interventions in workplaces, by means of occupational health promotion. **Method:** A systematic search was made in databases, by means of the use of the key words, at national and international level, and a manual one from the initial results. References in English and Spanish were included, concordant with objectives of the article. Legal references were obtained of the Library of the National Congress. **Discussion:** In Chile, the sub-area of the Occupational Health Promotion is not yet a priority, this fact is reflected in the poor investigation and the scanty public policies of health. Job stress originates from the interrelationship between the work itself, the labour environment and the capacity of confrontation of the worker. As strategy, Occupational Health Promotion's mixed interventions prove to be effective and they must be fomented widely from the investigation and the policies, if Chile pretends to improve its Mental Health's indicators.

Key words: Health promotion, occupational health, mental health.
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2009; 47 (4): 293-302

Introducción

En Chile, un individuo que trabaja pasa alrededor de un tercio del tiempo total del día en su lugar de trabajo, sin considerar el tiempo adicional destinado a transporte y otras activi-

dades relacionadas. Desde mediados del siglo XX, la salud ocupacional (SO) ha sido un tema de preocupación para las autoridades sanitarias en nuestro país¹. Al mismo tiempo, la depresión es reconocida como una de las patologías más prevalentes en Chile. De hecho, cuando se indaga por

Recibido: 10/05/2009

Aceptado: 01/10/2009

¹ Organización Acercando Salud. Santiago, Chile.

² Academia Científica de Estudiantes de Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

^a Médico-Cirujano, Universidad de Chile.

^b Estudiante IV año de Medicina, Universidad de los Andes.

presencia de síntomas depresivos, el 17,5% de la población chilena refiere haberlos padecido durante el último año, siendo más frecuentes entre 25 y 65 años de edad², justamente cuando la población es económicamente activa.

No obstante la prevalencia de los problemas de salud mental (SM) en este grupo, al intentarse una búsqueda exhaustiva de información sobre SO, a través de bases de datos como *pubmed* y *scielo*, los resultados se reducen casi exclusivamente a 4 áreas: 1) prevención de la exposición laboral y prevención del daño producido por contaminantes, 2) riesgos y prevención de accidentes del trabajo, 3) enfermedades laborales del sistema músculo-tendinoso y, recientemente, 4) actividad física y dieta como determinantes del riesgo cardiovascular.

Así, siendo un área de relevancia epidemiológica, las instituciones de SO, ya sea que entreguen prestaciones, desarrollen intervenciones o investigación, se han introducido apenas parcialmente en el sub-ámbito de la "Salud Mental Ocupacional" (SMO).

Durante los últimos años, en Chile, ha existido una fuerte tendencia a priorizar la promoción de la salud en las políticas públicas³. Por su parte, la Ley N° 16.744, que regula sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, establece: "*es enfermedad profesional la causada de una manera directa por el ejercicio de la profesión o el trabajo que realice una persona y que le produzca incapacidad o muerte*"⁴. Al ser difícil demostrar una causalidad directa y aislada entre trabajo y problemas de SM, se observa que la promoción de la SMO (PSMO) ha quedado virtualmente fuera de la discusión, considerando que la ley exige tácitamente al sistema de seguridad social de considerarla dentro de sus campos de intervención.

A diferencia de Chile, la promoción de la SO ha sido desarrollada y evaluada ampliamente en los países desarrollados, desde los años 80's. Hace poco se publicó el *2004 National Worksite Health Promotion Survey*⁵, donde se efectúa un análisis sobre cómo las empresas estadounidenses han abordado el asunto. Dentro de los resultados se

observa que el 20,5% (IC 95%; 16,11-24,87) de las empresas cuentan con programas para el manejo de la depresión.

Este artículo pretende fomentar la discusión sobre la necesidad de diagnósticos, investigaciones y programas de intervención en SMO en Chile, desde el punto de vista de la promoción de la salud.

Los objetivos de esta revisión son:

- Describir la asociación entre factores laborales y la SM de los trabajadores, mediante la recopilación de experiencias previas.
- Describir la situación actual de la SMO en Chile.
- Fundamentar, con la evidencia disponible, la necesidad de intervenciones mediante la PSMO.

Material y Método

Para la revisión bibliográfica se realiza una estrategia de búsqueda a través de las bases de datos más difundidas. A continuación se describe la estrategia:

Información de carácter internacional

Se ingresa a la base Medline, por medio de la *MeSH database*. Luego se usa la intersección de los descriptores: "*workplace*" AND "*mental health*" AND "*health promotion*". De esta forma, se obtienen 26 resultados, de los cuales 8 son catalogados como *reviews*. Sin embargo, sólo 7 artículos están disponibles en texto completo y de ellos 4 están en inglés o español. Finalmente, 3 de los artículos restantes concuerdan con los objetivos del estudio⁶⁻⁸.

Nuevamente se intenta en *MeSH database*, buscando esta vez la intersección de los descriptores "*workplace*" AND "*health promotion*": se obtienen 598 resultados, incluyendo 88 *reviews*. Para afinar la búsqueda se establecen como límites: "*links to full text*", "*links to free full text*", "*english*" y "*spanish*". Con esto aparecen 96 resultados, entre ellos 5 *reviews*. Sólo 1 artículo concuerda con nuestros objetivos⁹.

Paralelamente se realiza una búsqueda manual por medio del sitio web del Sistema de Bibliotecas de la P. Universidad Católica de Chile, sección “Revistas a Texto Completo”, donde se seleccionan 7 artículos¹⁰⁻¹⁶.

Información de carácter nacional

Se ingresa al sitio <http://www.scielo.cl> y se busca “occupational health” OR “health promotion”, encontrándose sólo 2 trabajos chilenos originales relacionados con los objetivos de este estudio^{17,18} y 13 que no tenían una relación directa, pues se enfocaban a otros aspectos de la promoción de salud.

Búsqueda en Scholar Google

Se ingresa el término “salud ocupacional en Chile”, apareciendo 9.980 resultados, de los cuales, según los objetivos de este estudio, se consideran relevantes 1 sitio web de una organización dedicada al tema¹⁹ y 5 artículos indexados (LILACS y Latindex) publicados en revistas chilenas²⁰⁻²⁴. Se encuentran además los sitios web del sistema de mutuales²⁵⁻²⁷.

Búsqueda de Referencias Legales

Se ingresa al sitio web de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, encontrándose 3 artículos del código vigente^{4,28,29}.

Búsqueda Manual Dirigida

Los artículos restantes se recolectan mediante una búsqueda dirigida, con estrategias mixtas, a partir de las referencias bibliográficas de los demás estudios.

Resultados

Conceptos y definiciones

Para comprender el estado actual de la PMSO en Chile, es importante delimitar algunos conceptos:

Salud Ocupacional. En 1986, la reunión de expertos de la Región de las Américas, organizada por la Organización Panamericana de la Salud,

acuñaron la siguiente definición: “Es el conjunto de conocimientos científicos y de técnicas destinadas a promover, proteger y mantener la salud y el bienestar de la población laboral, a través de medidas dirigidas al trabajador, a las condiciones y ambiente de trabajo y a la comunidad, mediante la identificación, evaluación y control de las condiciones y factores que afectan la salud y el fomento de acciones que la favorezcan”. Agregando a continuación: “El desarrollo de la salud ocupacional, debe lograrse con la participación y cooperación de los trabajadores, empresarios, sectores gubernamentales, instituciones y asociaciones involucrada, (...) es necesaria la cooperación interdisciplinaria y la constitución de un equipo, del cual tiene que formar parte el médico de los trabajadores”³⁰.

Promoción de Salud. Definida por la OMS como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla” (Figura 1)³¹.

Salud Mental Ocupacional. En Chile, se definió precozmente la Neurosis Profesional⁴. Recientemente se legisló que ésta puede adquirir distintas formas de presentación clínica, como son: 1) trastornos de adaptación; 2) trastornos de ansiedad; 3) depresión reactiva; 4) trastorno por somatización y por dolor crónico. Existen también otras entidades no incluidas en la ley chilena; 5) *burnout*- “un trastorno adaptativo crónico asociado a demandas y exigencias laborales, cuyo desarrollo es insidioso y frecuentemente no reconocido por la persona, con sintomatología múltiple, predominando el agotamiento emocional. Implica una discrepan-

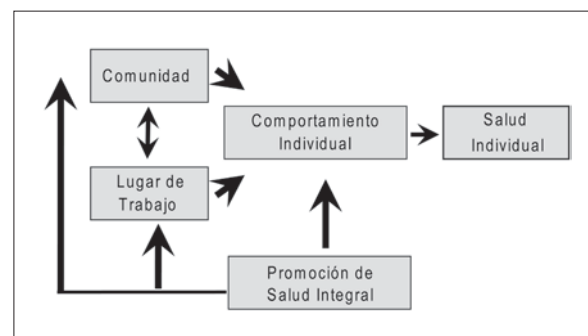


Figura 1. Esquema promoción de Salud Integral.

*cia entre expectativas e ideales y la realidad laboral percibida, lo que afecta la calidad de vida de las personas que lo sufren*²³; 6) estrés laboral -“cuando las demandas y condiciones externas no se ajustan a las necesidades, expectativas o ideales de una persona, o exceden sus habilidades, capacidad física o conocimientos para manejar adecuadamente una situación”³².

Promoción de Salud Mental Ocupacional. El proceso que permite a los trabajadores tener un mayor control sobre su salud y bienestar, así como sobre las condiciones de trabajo que inciden en aquellas, mejorando a vez el ajuste con su medio ambiente humano y material²⁰.

Breve reseña histórica

Los primeros registros médicos acerca de la SO datan de 1556, con la obra *De Re Metallica*, donde Bauer señala la mermada expectativa de vida de los mineros de Cárpatos, “cuyas mujeres eran viudas de hasta siete maridos”³¹. Posteriormente, aparece el tratado *De Morbis Artificum Diatriba* (Tratado de las Enfermedades de los Artesanos), publicado en 1773 por Ramazzini, donde se revisan 52 oficios distintos, analizando sus riesgos y medidas de prevención. Es en este tratado donde por primera vez se menciona el significado económico de la salud³³. La Medicina Ocupacional, en sus inicios estaba dirigida a la prestación de primeros auxilios y hospitalización especializada, tal como se había establecido en la fracción XII del Tratado de Versalles, antesala de la creación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)³⁴.

En Chile, a partir de 1924 con la implementación de la ley N° 4.054²⁸, se crea el primer instituto de previsión obrero. La legislación establecía la responsabilidad del empleador en la génesis de los accidentes y enfermedades profesionales, más sólo las grandes empresas o aquellas con sindicatos fuertes podían contratar seguros laborales³⁵. No fue sino hasta el primero de mayo de 1968 que, cuando entró en vigencia la Ley N° 16.744⁴, se adoptó la teoría del riesgo social, creándose un seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales³⁶. Este

seguro social obligatorio e integral, tiene por objeto prevenir la ocurrencia de accidentes laborales y enfermedades profesionales, otorgar prestaciones médicas y pecuniarias en caso de suspensión, disminución o terminación de la capacidad de ganancia o muerte del trabajador, así como rehabilitarlo tanto en su capacidad física y psíquica como profesional, de modo de posibilitar su reinserción al trabajo¹. Actualmente, se estima que la población protegida alcanza al 65,8% de la fuerza laboral chilena³⁵.

Relevancia del tema

En nuestro país, el empleado promedio puede pasar más de un tercio del día en su trabajo³⁶. Por esto, se hace imposible aislar enfermedades o condiciones en un sujeto, que no se relacionen directa o indirectamente con su actividad laboral⁹.

En los lugares de trabajo existen variados tipos de exposiciones que afectan la salud de los trabajadores: gases tóxicos, cargas pesadas, sedentarismo, posiciones viciosas, etcétera. En general, estas exposiciones van a determinar los resultados de salud clásicamente considerados como parte del espectro ocupacional, como son: intoxicaciones, quemaduras, obesidad y tendinitis, por mencionar algunos.

Por su parte, la información de la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), revela que entre 1995 y 2005, las tres causas más importantes de licencias médicas fueron, en primer lugar, las enfermedades del sistema respiratorio, en segundo, las osteomusculares y en tercer lugar, los trastornos mentales y del comportamiento. Mas, dicha situación se modifica desde el año 2006, cuando los trastornos mentales pasan a ocupar el segundo lugar (Tabla 1).

La SO en Chile, funciona mediante un seguro obligatorio para las empresas, las que deben contratar instituciones públicas o privadas, que prestan servicios de salud en caso de eventos considerados dentro de la Ley 16.744⁴. Mientras tanto, el estrés laboral está convirtiéndose rápidamente en el mayor factor de riesgo independiente de enfermedad ocupacional³⁷ y, sin embargo, la ley

Tabla 1. Licencias curativas tramitadas y aceptadas según los tres grupos más importantes de diagnóstico. Enero-diciembre de 2006

Diagnóstico	Nº licencias tramitadas		% del total licencias	Nº licencias aceptadas		% del total licencias
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
Enf. del sistema respiratorio	84.881	94.435	21,1	80.950	90.602	23,0
Trastornos mentales y del comportamiento	54.254	97.436	17,9	36.703	64.450	13,5
Enf. del sistema osteomuscular	78.285	53.602	15,5	67.420	45.931	15,2
Total tres primeras	217.420	245.473	54,4	185.073	200.683	51,7
Total de licencias (todos los diagnósticos)	401.617	447.817	100,0	355.685	391.546	100,0

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, Chile 2006.

sólo garantiza su manejo cuando es originado de modo directo por el ejercicio del trabajo⁴.

A pesar de que en Chile la mayor prevalencia de síntomas depresivos se halla en los rangos etáreos de la población económicamente activa, en este trabajo sólo encontramos algunos artículos de revisión^{20,21} y 2 estudios originales^{17,18}, de autoría nacional, acerca del estrés laboral. Éstos últimos estudios son de tipo transversal, descriptivos.

El primero (n = 205), realizado mediante la aplicación del *General Health Questionnaire* de Goldberg (GHQ-12) y del Cuestionario de Síntomas Psicósomáticos de Stress de Cooper (CSPS), encontró un elevado nivel de síntomas propios del estrés, en el personal de salud, identificó factores de tensión e insatisfacción laboral, consistentes con la evidencia internacional y los modelos teóricos de estrés mencionados más adelante y, finalmente, mostró que la frecuencia y las fuentes de estrés variaron más con el tipo de ocupación (trabajadores profesionales de la salud *versus* trabajadores no profesionales) que con el género. Aunque los tests utilizaron puntos de corte exigentes, no fueron sometidos a validación clínica previa en la muestra.

El segundo, sólo mostró tendencias al *burnout* en profesionales de salud de un hospital de provincia (n = 22), especialmente en mujeres solteras, con edades entre 24 y 40 años y antigüedad profesional menor de 10 años. La evaluación fue hecha mediante el cuestionario *Maslach Burnout*

Inventory (MBI) validado internacionalmente. Sin embargo, el diseño transversal, el reducido tamaño muestral (no aleatorio), la falta de un grupo control definido y el hecho de contar con un solo miembro en varios de los subgrupos analizados, dificulta la extracción de conclusiones a partir de dicho trabajo.

Tendencias en Salud Mental Ocupacional

Si bien el estrés laboral no puede considerarse una patología propiamente tal, tradicionalmente se lo ha establecido como la entidad que precede y acompaña a la mayoría de los trastornos de SM de sustrato ocupacional¹⁹, y consistentemente existe en quienes lo sufren, un mayor riesgo de *burnout*, depresión y trastornos de ansiedad^{9,15,17,38}. Dado que la mayoría de las publicaciones sobre SMO se enfocan al estudio del estrés como marcador de trastornos de SM, nosotros seguiremos la tendencia.

Actualmente, 2 modelos complementarios entre sí dominan la investigación sobre el origen del estrés laboral:

Control-Demanda-Apoyo. El estrés ocurre cuando las demandas no se acompañan de adecuados niveles de toma de decisiones y/o de apoyo por parte de colegas y supervisores³⁹.

Desbalance Esfuerzo-Recompensa. Hay estrés cuando el esfuerzo no se acompaña de una recompensa proporcional⁴⁰.

Esta entidad premórbida sería producto de las relaciones entre 3 elementos: el trabajo en sí mis-

Tabla 2. Odds Ratio de presentar Problemas de SM en trabajadores de fábrica y de investigación-desarrollo u oficinistas, al comparar presencia versus ausencia de Factores de Estrés Subjetivo. (A partir de Babazono et al, 2005)

Factores de Estrés Subjetivo	OR	IC 95%
Trabajadores de fábrica		
Demasiada competencia “siempre”	4,04	1,39 - 11,76 *
Sentirse presionado por el tiempo “siempre”	2,40	1,08 - 5,35 *
No puedo lidiar con la nueva tecnología “a veces”	2,52	1,34 - 4,77 *
Trabajadores de investigación y desarrollo u oficinistas		
Demasiados problemas en el trabajo “siempre”	3,92	1,41 - 10,93 *
Sentirse presionado por el tiempo “siempre”	2,69	1,04 - 6,93 *

*p < 0,05

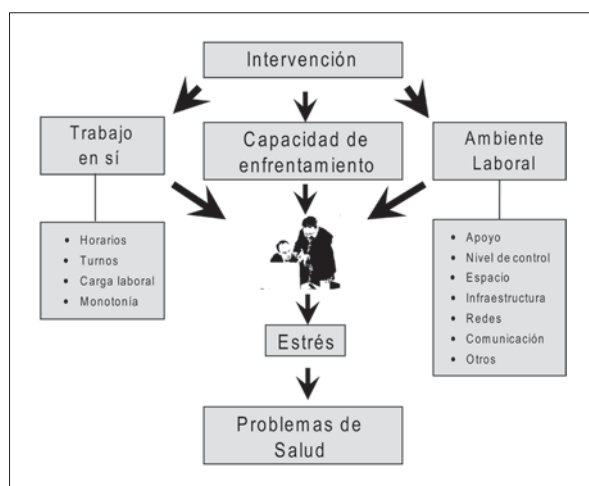


Figura 2. Hipótesis génesis del estrés laboral.

mo, el ambiente en que transcurre el trabajo y los rasgos de los sujetos^{6,7,9,10,14,15,21} (Figura 2).

Recientemente, Babazono et al¹⁵, reclutaron en Japón a una cohorte de 705 individuos mentalmente sanos, según el *General Health Questionnaire* (GHQ-60), que trabajaban a tiempo completo en una compañía manufacturera y que respondieron un cuestionario auto-aplicado sobre pre-existencia de situaciones estresantes. Al cabo de 2 años, fueron evaluados nuevamente con el GHQ-60 para determinar la aparición de “problemas de salud mental”, utilizando la depresión como marcador. Se hizo un modelo de regresión logística para obtener el *odds ratio* de sufrir depresión

según la presencia/frecuencia de cada “factor subjetivo de estrés” (ajustado por edad, sexo, tabaquismo y uso de alcohol). Los resultados se dividieron en 2 categorías, dado el tipo de trabajo de los sujetos en estudio: (a) trabajo en fábrica y (b) trabajo en “investigación y desarrollo” o trabajo “de oficina”. En la Tabla 2 se muestran, en forma de frases, los factores subjetivos de estrés que determinaron un riesgo significativamente mayor de sufrir depresión, al ser comparados con quienes no los refirieron. Así, se muestran 4 posibles factores de estrés que pudieran generar problemas de SM y cómo éstos varían según el tipo de trabajo (y probablemente según el control sobre la ocupación).

Para enfrentar las causas y los efectos de la entidad “estrés”, las intervenciones se han dividido en (Figura 2):

Organizacionales, que apuntan a mejorar el trabajo en sí mismo, su contenido y adaptarlo a las personas (horarios, turnos, carga laboral, monotonía) y/o el ambiente laboral (apoyo de supervisores, nivel de control de los empleados sobre sus trabajos, espacios de participación, calidad de la infraestructura, mejoría de la comunicación y las redes).

Individuales, que buscan mejorar las habilidades y recursos de los trabajadores para prevenir los conflictos (métodos cognitivo-conductuales, educación, capacitaciones, técnicas de comunicación, clarificación de roles), y/o aumentar la for-

taleza para enfrentarlos, una vez instalados (técnicas de relajación, meditación, *biofeedback*).

Mixtas, que emplean simultáneamente los primeros dos tipos^{9,10,14,20}.

Los resultados de las intervenciones también se dividen en organizacionales e individuales y, al medirse la efectividad de los programas, debe tenerse esto en consideración.

Trucco y Horwitz²⁰, proponen una guía para PSMO, con acciones centradas en los grupos sanos, que presuponen un cambio en la “cultura de la organización” para facilitar el compromiso de los líderes y la participación de los trabajadores, en todos los niveles. Esto también incluye intervenciones a nivel de ejecutivos y la creación de “consorcios” entre empresas de rubros similares que faciliten la implementación y sustentabilidad de las acciones.

Van der Klink et al¹⁰, realizaron un metanálisis de la efectividad de las intervenciones sobre el estrés en trabajadores sin diagnósticos psiquiátricos, que utilizaron diseños experimentales o cuasi-experimentales, sin clasificar según calidad del estudio, incluyéndose 48 trabajos publicados hasta 1997. Las intervenciones individuales mostraron efectos moderados para técnicas cognitivo-conductuales y multimodales (adquisición de habilidades activas y pasivas para enfrentamiento de conflictos), y efectos pequeños para técnicas de relajación. Las intervenciones organizacionales no tuvieron efectos significativos en reducir estrés. Sin embargo, los autores reconocen las falencias del metanálisis: no se consideran intervenciones mixtas, sólo se considera la primera evaluación post-intervención (resultados de corto plazo), sólo hay 5 estudios organizacionales *versus* 43 individuales, sólo incluye instrumentos cuantitativos, pudiendo existir sesgo del sujeto voluntario y en 18 trabajos sólo se incluye el trastorno ansioso como resultado. Por lo tanto, concluyen, se deben estudiar intervenciones mixtas y medir también resultados de largo plazo con variables de corte organizacional.

Posteriormente, Noblet y LaMontagne⁹, plantean que el enfoque exclusivamente individual de

las intervenciones sobre el estrés es insuficiente por 3 razones: a) no considera el efecto real de las condiciones de trabajo adversas (en sí mismas y en cuanto al ambiente); b) incrementar sólo la capacidad individual de enfrentar el estrés, sin intervenir también las condiciones estresantes del trabajo como origen del problema, es éticamente cuestionable y contraviene la legislación de muchos países desarrollados y los principios de la Carta de Ottawa; c) este enfoque sólo logra resultados de corto plazo, no sustentables y que no mejoran la efectividad organizacional, ya que mientras se incrementa la habilidad individual de enfrentamiento de problemas, el entorno persiste como un factor de riesgo y afecta a aquellos menos preparados.

Ante la abundancia de estudios organizacionales que no reportan resultados, se han planteado posibles errores de diseño, puesto que la intervención es de tipo organizacional, pero los resultados son medidos con instrumentos individuales. En este contexto, se destaca la importancia de un enfoque mixto, siempre y cuando se cuente con un diseño apropiado, una coherente medición de resultados y un acabado análisis de subgrupos¹⁶.

Por otra parte, Kobayashi et al⁶, realizan recientemente una intervención organizacional, de tipo prospectivo, basada en estrategias para aumentar la participación de los trabajadores. Al año de seguimiento, observan una mejoría en indicadores de SM en mujeres oficinistas.

Discusión

En Chile, los problemas de SM tienen una muy elevada prevalencia y son la segunda causa de licencias médicas, con una tendencia al alza.

En la literatura internacional, el estrés laboral como factor de riesgo de patología mental, es un tema ampliamente investigado desde hace casi dos décadas. En contraste, la escasa literatura nacional, aún en una etapa descriptiva, no se refleja en el diseño, aplicación, evaluación y publicación de intervenciones en SMO.

Ante la ley, actualmente debe establecerse una relación de causalidad desde el trabajo para que una enfermedad sea considerada como laboral. Es evidente que asegurar esta causalidad es un proceso complejo y subjetivo, pues existen varios factores no laborales involucrados en la patogenia de los trastornos de SM. No obstante, esta dificultad no equivale a ausencia de efecto, más bien hace necesarios nuevos estudios a nivel local que permitan dilucidar la relación existente entre trabajo y SM, ya que hoy en día la falta de claridad podría estar dejando sin cobertura de salud a miles de trabajadores anualmente.

Por su parte, se ha visto que las intervenciones de SMO enfocadas aisladamente en lo organizacional o lo individual, presentan mejoras significativas en los niveles de SM, pero que las estrategias mixtas debieran obtener aún mejores resultados. Sin embargo, todavía faltan estudios que confirmen esto último.

Limitaciones del estudio

Sólo se utilizaron las palabras clave, los idiomas y los objetivos como criterios de selección de los artículos revisados, lo que pudo haber sesgado la revisión internacional excluyendo estudios que no hayan mostrado resultados. De todas formas, al haber tan pocos resultados en la revisión nacional, el uso de criterios más rigurosos no hubiese permitido exponer la real experiencia de Chile en el tema. Los estudios incluidos tienen distintos diseños y han utilizado diferentes instrumentos para medir exposición o resultados, lo que dificulta garantizar la direccionalidad de la tendencia. Pocos trabajos incluyeron un ajuste por confundentes diferentes de la edad, sexo, antecedente de patologías de SM o tipo de actividad laboral.

Sugerencias de acción

A partir de la presente revisión, creemos que

existen varios argumentos para justificar intervenciones de PSMO en Chile: a) son eficaces y eficientes^{7,9,11,12}; b) se debe priorizar el enfoque preventivo sobre el curativo^{6-10,12,14,21}; c) es éticamente cuestionable implementar intervenciones curativas sin intentar disminuir los factores de riesgo⁹; d) se intervienen poblaciones cautivas, con tiempos prolongados de exposición y que garantizan una fácil evaluación⁷.

Por otro lado, creemos imprescindible generar investigaciones originales en los lugares de trabajo chilenos, por lo siguiente: a) las diferencias culturales locales podrían determinar diferentes factores de estrés subjetivos¹⁵; b) los trabajadores chilenos podrían tener distintas habilidades psicológicas para el enfrentamiento del estrés, según edades, sexo, tipo de trabajos, regiones de residencia, patrones culturales, entre otros; c) se desconoce la magnitud del efecto del estrés laboral en la SM de los chilenos; d) se debe evaluar programas de PSMO ajustados a la realidad local.

Considerando que la mayoría de los chilenos que reportan problemas de SM se encuentran en la población económicamente activa, y si se pretende mejorar significativamente los niveles de SM a nivel nacional, es necesario reconocer primero el carácter cardinal que tienen los factores ocupacionales sobre dichos niveles.

Se podría esperar que nuevas políticas públicas en este aspecto, generaran resultados favorables en: a) SM de la población trabajadora y secundariamente de sus familias; b) calidad de vida; c) productividad de los lugares de trabajo; d) satisfacción laboral; e) cobertura de los programas de SM.

Para esto, más allá de intervenir exclusivamente sobre aquellas entidades clínicas definidas como “efectos” del trabajo, se podría abordar a la actividad laboral propiamente tal, como una poderosa herramienta para mejorar la SM de toda nuestra población.

Resumen

Antecedentes: La depresión es una patología altamente prevalente en Chile, especialmente entre la población económicamente activa. El trabajo es un determinante de la salud mental. Esta es una revisión bibliográfica acerca del estado de la Salud Mental Ocupacional en Chile. **Objetivos:** a) Describir la asociación entre factores laborales y la Salud Mental de los trabajadores, mediante la revisión bibliográfica; b) Describir la situación actual de la Salud Mental Ocupacional en Chile; c) Fundamentar la necesidad de intervenciones en los lugares de trabajo, mediante la promoción de salud. **Método:** Se realizó una búsqueda sistemática en bases de datos, mediante el uso de las palabras claves, a niveles nacional e internacional, y otra manual desde los resultados iniciales. Se incluyeron referencias en inglés y español, concordantes con los objetivos del artículo. Las referencias legales se obtuvieron de la Biblioteca del Congreso Nacional. **Discusión:** En Chile, la Salud Ocupacional ha sido relevante desde principios del siglo XX, pero el sub-área de la Salud Mental Ocupacional aún no es prioritaria, situación que se refleja en la pobre investigación y las escasas políticas públicas de salud. El estrés laboral se origina de la interrelación entre el trabajo mismo, el ambiente laboral y las capacidades de enfrentamiento del trabajador, y es un importante determinante de la Salud Mental. Como estrategia, las intervenciones mixtas de Promoción Salud Mental Ocupacional se muestran efectivas y debieran ser fomentadas ampliamente desde la investigación y las políticas, si es que Chile pretende mejorar sus indicadores de Salud Mental.

Palabras clave: Promoción salud, salud ocupacional, salud mental.

Referencias

1. Molina G. Introducción a la Salud Pública: fomento y promoción de la Salud ocupacional. Escuela Nacional de Salud Pública, Medellín 1977: 107-16.
2. Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Resultados I Encuesta Nacional de Salud 2003. 2004 [cited 2009 abril]; Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/InformeFinalENS.pdf>
3. Salinas C, Vio F. Health Promotion in Chile. Rev Chil Nutr [online] 2002 [cited 2009 abril]; Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182002029100001&lng=es.
4. Chile. Ley 16.744. Seguro Social contra riesgos de Accidentes y Enfermedades Profesionales. Biblioteca del Congreso Nacional 1968.
5. Linnan L, Bowling M, Childress J. Results of the 2004 National Worksite Health Promotion Survey. Am J Public Health 2008; 98: 1503-9.
6. Kobayashi Y, Kaneyoshi A, Yokota A. Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. J Occup Health 2008; 50: 455-70.
7. Moy F, Sallam A A, Wong M. The results of a worksite health promotion programme in Kuala Lumpur, Malaysia. Health Promot Int 2006; 21: 301-10.
8. Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. Br J Psychiatry 2003; 183: 384-97.
9. Noblet A, LaMontagne A. The role of workplace health promotion in addressing job stress. Health Promot Int 2006; 21: 346-53.
10. Van der Klink L, Roland W. The Benefits of Interventions for Work-Related Stress. Am J Public Health 2001; 91: 270-6.
11. Maes S, Verhoeven C, Kittel F. Effects of a Dutch Work-Site Wellness-Health Program: The

- Brabantia Project. *Am J Public Health* 1998; 88: 1037-41.
12. Bertera R. The Effects of Workplace Health Promotion on Absenteeism and Employment Costs in a Large Industrial Population. *Am J Public Health* 1990; 80: 1101-5.
13. Jex S, Adams G, Elacqua T. A comparison of incident-based and scale measures of work stressors. *Work & Stress* 1997; 11: 229-38.
14. Cox T. Workplace health promotion. *Work & Stress* 1997; 11: 11-5.
15. Babazono A, Mino Y, Nagano J. A prospective study on the influences of workplace stress on mental health. *J Occup Health* 2005; 47: 490-5.
16. Semmer NK. Job stress interventions and the organization of work. *Scand J Work Environ Health* 2006; 33: 515-27.
17. Sandoval C, Sanhueza L, Borjas R. Burnout syndrome in staff of the Yumbel Hospital. *Cuad Méd Soc* 2006; 46: 268-73.
18. Trucco M, Valenzuela P, Trucco D. Estrés ocupacional en personal de salud. *Rev Méd Chile* 1999; 127: 1453-61.
19. Proyecto Araucaria. [cited 2008 diciembre]; Available from: <http://www.proyectoarauca.cl>
20. Trucco M, Burrows N, Campos H. A guide for mental health promotion in the workplaces. *Bol Cient Asoc Chil Segur* 2003; 5: 23-8.
21. Parra M. Promoción y protección de la salud mental en el trabajo: análisis conceptual y sugerencias de acción. *Cienc Trab* 2004; 6: 153-61.
22. Arteaga O, Vera A, Carrasco C, Contreras G. Presenteeism and its importance for occupational health in Chile. *Cienc Trab* 2007; 9: 61-3.
23. Schwartzmann L. Work-related stress, burnout syndrome, depression: are we talking about the same issues? *Cienc Trab* 2004; 6: 174-84.
24. Trucco M. El estrés y la salud mental en el trabajo. Documento de trabajo de la ACHS. *Cienc Trab* 2004; 149: 185-8.
25. Mutual de Seguridad. [cited 2008 diciembre]; Available from: <http://www.mutual.cl>
26. Asociación Chilena de Seguridad. [cited 2009 enero]; Available from: <http://www.achs.cl>
27. Instituto de Seguridad del Trabajo. [cited 2009 enero]; Available from: <http://www.ist.cl>
28. Chile. Ley 4.054. Seguro Obligatorio de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo. Biblioteca del Congreso Nacional 1924.
29. Chile. Ley 19.759. Código del Trabajo. Biblioteca del Congreso Nacional 2001.
30. Tudón J. La medicina del trabajo y la salud ocupacional. *Rev Latinoam Salud Trab* 2004; 4: 45.
31. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud: glosario. Ginebra; 1998.
32. French J, Kaplan R, Harrison R. The Mechanisms of Job Stress and Strain. In: Wiley, ed. New York 1982.
33. Rodríguez E, Menéndez A. La Medicina del trabajo en la historia. In: Masson, ed. Gil F. Tratado de Medicina del Trabajo. Primera Edición. España 2005: 3-6.
34. Nava H. Antecedentes históricos de la Salud en el Trabajo. In: Méndez, ed. Sociomedicina. México 1994: 533-36.
35. Sandoval H. Tercer informe de avance proyecto fortalecimiento del sistema de salud ocupacional en Chile. Santiago: Banco Mundial - Ministerio de Salud 1994: 162.
36. Giaconi J. La Salud en el siglo XXI: Cambios necesarios. Santiago: Centro de Estudios Públicos (CEP). 1995.
37. Leigh JP, Schnall P. Costs of occupational circulatory disease. *Occup Med* 2000; 15: 257-67, v.
38. Paterniti S, Niedhammer I, Lang T. Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry* 1998; 181: 111-7.
39. Karasek R, Theorell T. Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books 1990.
40. Siegrist J. Reducing social inequalities in health: work-related strategies. *Scand J Work Environ Health* 2002; 30: 49-53.

Correspondencia:

Álvaro Saavedra Z.

Dirección Ejecutiva de la Organización
Acercando Salud.

Camino El Alba 9869, Las Condes, Santiago.

Fax: 02-8335059.

E-mail: alvaro@acercandosalud.cl