

Revisión sistemática de las prácticas preventivas para riesgos psicosociales en centros sanitarios iberoamericanos

A systematic review of the preventive practices for psychosocial risks in Ibero-American health centers

Luis Fidel Abregú-Tueros^{a,*} 

^a Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

*Autor de correspondencia luis.abregu@unas.edu.pe

Citación Abregú-Tueros LF. A systematic review of the preventive practices for psychosocial risks in Ibero-American health centers. *Medwave* 2020;20(7):e8000

Doi 10.5867/medwave.2020.07.8000

Fecha de envío 11/12/2019

Fecha de aceptación 19/7/2020

Fecha de publicación 20/8/2020

Origen No solicitado.

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por cuatro árbitros a doble ciego.

Palabras clave Occupational Health, Occupational Health Services/organization & administration, Workplace/organization & administration, Psychosocial Risks, Global Evidence Mapping

Resumen

Objetivo

Identificar las prácticas preventivas para riesgos psicosociales en centros sanitarios iberoamericanos, incluyendo los vacíos de la evidencia, y sintetizar la efectividad según dimensión y nivel de intervención.

Métodos

Diseño: revisión sistemática de tipo *global evidence mapping*. Fuentes de datos: *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Health Systems Evidence*, *The Campbell Collaboration*, PubMed, BioMed Central, CINAHL, EMBASE, Lilacs y *Health Evidence Portal*. Métodos de la revisión: se emplearon descriptores ad hoc para identificar ensayos controlados aleatorios y otros tipos de estudio. El período de búsqueda comprendió entre enero de 2003 y marzo de 2020, limitado a los idiomas inglés, portugués y español. Para el registro de síntesis de estudios incluidos se aplicó el protocolo PRISMA-P. La calidad de la evidencia fue evaluada según protocolo GRADE por tres evaluadores externos.

Resultados

Se identificaron 8959 estudios y, tras el tamizaje y análisis de elegibilidad, se admitieron 18 estudios para revisión sistemática que

involucran a 1777 trabajadores de 176 centros sanitarios de España, Portugal, México, Nicaragua, Colombia, Brasil, Perú y Argentina. La mitad de los estudios incluidos son ensayos controlados aleatorios. Las frecuencias de desenlaces predominantes son de calidad moderada (37,2%), y las de alta calidad son 18,7%.

Conclusiones

Las prácticas preventivas con alta calidad de evidencias corresponden a las políticas para mejorar condiciones laborales del trabajo hospitalario nocturno. Prácticas basadas en intervenciones multicomponentes presentan evidencias de baja calidad en cinco dimensiones preventivas. Los vacíos de la evidencia están en seis dominios de la intervención preventiva para los riesgos psicosociales.

Abstract

Objective

To identify preventive practices for psychosocial risks in Ibero-American health centers, including gaps in evidence, and to synthesize effectiveness according to dimensions and level of intervention.

Methods

Design: a global evidence mapping type systematic review. Data sources: Cochrane Central Register of Controlled Trials, Health Systems Evidence, The Campbell Collaboration, PubMed, BioMed Central, CINAHL, EMBASE, Lilacs, and Health Evidence Portal. Review methods: Ad hoc descriptors were used to identify randomized controlled trials and other types of studies. The search was done between January 2003 and March 2020, limited to the English, Portuguese, and Spanish. The PRISMA-P protocol was applied to register the synthesis of the included studies. The quality of the evidence was evaluated according to the GRADE protocol and by three external evaluators.

Results

A total of 8959 studies were identified, and, after screening and eligibility assessment, 18 studies were included in the systematic review, involving 1777 workers from 176 health centers in Spain, Portugal, Mexico, Nicaragua, Colombia, Brazil, Peru, and Argentina. Half of the included studies are randomized controlled trials; 37.2% of the included studies were deemed of moderate quality, while 18.7% were of high quality.

Conclusions

Preventive practices with strong evidence correspond to policies that improve the working conditions of night hospital work. We found low-quality evidence in six preventive dimensions for the practices based on multi-component interventions. We found evidence gaps in five domains of preventive interventions for psychosocial risks.

Ideas clave

- Las intervenciones para riesgos psicosociales son generalmente recuperativas, y se desconoce la base de evidencia de las escasas prácticas preventivas en centros sanitarios iberoamericanos.
- Las prácticas preventivas basadas en políticas de mejora son favorables. Intervenciones multicomponentes para generar cambios de actitud y promover el trabajo en equipo, que incluyen entre otros, las prácticas de sensibilización-capacitación, tienen poco respaldo.
- La principal limitación, es que solo la quinta parte de los desenlaces presentan alta calidad de la evidencia para apoyar una práctica preventiva.

Introducción

Desde que la salud ocupacional fue nominada como el elemento básico del desarrollo sostenible, y se ha considerado al trabajador sano, motivado y productivo como el agente clave para el desarrollo socioeconómico¹, los estudios fueron creciendo y diversificándose en el ámbito laboral^{2,3}. Sin embargo, dada la naturaleza cambiante del trabajo y debido a las políticas de austeridad, actualmente hay diversas demandas e inequidades, como la competitividad organizacional versus reducción de costos⁴. Por un lado, esto ha generado la aparición de riesgos psicosociales en el trabajo, como resultado de la interacción entre los elementos organizacionales, la gestión del trabajo y las condiciones ambientales; y entre las funciones y necesidades de los trabajadores, por otro⁵.

Esta polaridad ha originado un vínculo entre el ambiente de trabajo y la salud biopsicosocial del trabajador⁶, y con mayor impacto en el sector sanitario, que por la propia naturaleza de las funciones son más vulnerables^{6,7}. Dicho impacto, que afecta a la salud del trabajador, también repercute en el desempeño laboral⁸. Por consiguiente, las intervenciones pueden ser más efectivas en el

ambiente de trabajo sanitario que en los individuos aisladamente⁹. Con estas intervenciones, la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo podría convertirse en una ventaja competitiva, ya que el parámetro de la responsabilidad social para promover una cultura preventiva, beneficia al desempeño institucional que evita repercusiones negativas en la salud^{5,10}.

Respecto a los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario en el contexto iberoamericano, en Santiago de Chile, cerca de un tercio de trabajadores en tres centros sanitarios de atención primaria se encontraban expuestos a riesgos psicosociales que impactan negativamente en la salud¹¹. En Guadalajara (México), la prevalencia de factores psicosociales negativos fue de 32,2% (128/397)¹². En las clínicas de Buenos Aires y de La Plata (Argentina), más de la mitad de los trabajadores percibían altas exigencias y presión del ritmo laboral¹³, y un cuarto del personal de asistencia social experimentaba alta presión emocional¹⁴. Igualmente, en Cali (Colombia), la mayor afectación era la alta demanda emocional-laboral con niveles de riesgo muy altos en 55,8% (87/156) del personal¹⁵. En São Paulo (Brasil), el 45% (195/433) de trabajadores ejecutaban tareas de mucha exigencia, y con bajo apoyo social de colegas y supervisores¹⁶.

Entre tanto, en Lima (Perú), la insatisfacción relacionada con la cultura, el clima de organización, las tareas y las relaciones interpersonales, afectaban hasta 26,1% (48/184) de trabajadores¹⁷. En Valencia (España), también existía un alto nivel de exigencia psicológica en 74,3% (81/109) de trabajadores con percepción de inseguridad laboral en 65,1% (71/109) de los casos; la falta de apoyo social y baja calidad de liderazgo en 46% (50/109) de los mismos, así como de bajas posibilidades de desarrollarse profesionalmente en 36,8% (39/109) de los casos¹⁸. Por último, en Oporto (Portugal), dado los altos niveles de riesgos psicosociales en el trabajo en los servicios de emergencias, el afrontamiento era disfuncional en 32,6% (118/362) de los trabajadores¹⁹.

Por ello, frente a las estrategias preventivas en el contexto organizacional de los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario poco claras¹⁹, y teniendo en cuenta la proporción costo-eficacia de la prevención de riesgos alta (1:4), además de los beneficios en la salud y en la productividad laboral⁵; es necesario identificar y valorar la evidencia según sus dimensiones de la intervención bajo las siguientes consideraciones:

- a) Que la evidencia esté fundamentada en los aspectos económico-político, organizativo y en el diseño del puesto²⁰.
- b) Que la evidencia provenga de los factores del clima y cultura organizacional, incluyendo a las condiciones del trabajo²¹.

Marco de referencia

La formulación de políticas y programas de salud basada en evidencias corresponde al enfoque de las buenas prácticas en salud, que brinda soporte a los políticos y gestores para mejorar las decisiones con transparencia. Ello permite valorar los efectos y beneficios de las intervenciones²². Entre tanto, el soporte de referencia que establece el vínculo entre la gestión empresarial y el estado de salud del trabajador es el modelo “demanda laboral-recursos” y el comportamiento gerencial. Según el modelo y el comportamiento gerencial, los riesgos psicosociales en el trabajo, representan una condición del proceso laboral orientado al agotamiento o compromiso. Cuando estos riesgos se exponen hacia las demandas físicas y psicológicas excesivas, conducen al agotamiento²³. Mientras que el acceso a los recursos como el apoyo y el control, fomentan el compromiso a través de la motivación o el reconocimiento²³. Por ello los gerentes, según los estilos de liderazgo adoptados, pueden influir significativamente en la salud psicosocial^{16,24}. Por ejemplo, el liderazgo transformacional se involucra más con los componentes cognitivos²⁵ y el autoritario, más asociado al estrés⁹.

Respecto a esta realidad, estudios recientes muestran que la salud psicosocial en el trabajo sanitario se ve más afectada por las manifestaciones tangibles, como el comportamiento de apoyo a la autonomía y la actitud misma^{16,26,27}. De hecho, se han reportado que las conductas cotidianas pueden tener impacto significativo en la salud psicosocial²⁸. También, los riesgos pueden ser mayores en situaciones en las que el equipo no está cohesionado, no dispone del apoyo social^{5,29} o cuando la rotación del personal es muy frecuente³⁰. Por último, el papel gerencial es determinante en la reducción de los riesgos psicosociales en el trabajo⁹.

En la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo sanitario, se contemplan tres niveles de intervención:

- 1) El entrenamiento de habilidades para la resolución de problemas interpersonales, la mejora de comunicación y las habilidades cognitivas, incluyendo la prevención de los factores de riesgo del estrés^{16,31}.
- 2) Mejora de las competencias laborales, de las condiciones del trabajo y la promoción de la actividad física laboral³¹.
- 3) La intervención multicomponente, cuyo nivel de intervención más superficial es la sensibilización seguida de la capacitación. En tanto, la más profunda y amplia es la aplicación de políticas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, lo que involucra cambios organizacionales y del diseño de puestos^{24,31}.

Los reportes académicos relacionados con las estrategias para la reducción de los riesgos psicosociales y la promoción de la salud psicosocial²⁴, en países desarrollados corresponden principalmente a los sectores industria, gestión pública, educación, transporte y almacenamiento, gestión de residuos, producción, arte y entretenimiento⁹. Este estudio, sugiere alcanzar conclusiones mediante la exploración de prácticas preventivas para los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario iberoamericano. Estas conclusiones parten del primer ensayo controlado aleatorio, basado en una intervención multicomponente³², orientada a los cambios institucionales y aplicadas a las prácticas preventivas en la salud materna brasileña³³. Los *outcomes* sobre la interacción de encuentros didácticos multi-etápicos fueron moderados, mientras que en las prácticas de interacción de cambios institucionales que incluían únicamente exposiciones o charlas, las evidencias eran muy bajas y de corta duración³².

Estos resultados de baja calidad de evidencia se oponen a otros estudios, que a pesar de ser muy favorables, no son extrapolables al contexto iberoamericano en conjunto con otros estudios que forman el marco de referencia para la discusión de resultados del presente trabajo³⁴⁻³⁹. Específicamente, los resultados extraídos del reciente metanálisis que basa sus evidencias en intervenciones multicomponentes no son aplicables al contexto iberoamericano⁴⁰, aunque apoya la formulación de políticas de mejora de las condiciones laborales para el personal sanitario.

Por otro lado, resulta pertinente explorar las evidencias sobre las prácticas preventivas para establecer políticas públicas de prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario, que beneficien tanto a los trabajadores como a los empleadores o directivos^{6,21} esto, debido a que las condiciones del trabajador son parte de los determinantes sociales de la salud psicosocial, y estas condiciones deben mejorarse en el marco de los lineamientos internacionales sobre las intervenciones o prácticas preventivas^{41,42}.

Tras la revisión descrita anteriormente, el objetivo de este estudio fue identificar las prácticas preventivas para riesgos psicosociales en centros sanitarios iberoamericanos, incluyendo los vacíos de la evidencia, junto con sintetizar la efectividad según dimensión y nivel de intervención. Con este fin, se buscó responder las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuáles son las prácticas que permiten establecer las políticas para la prevención de riesgos psicosociales en centros sanitarios iberoamericanos?
- b) ¿Cómo es la agrupación de las prácticas preventivas?
- c) ¿Cuáles son los vacíos de la evidencia para futuras líneas de investigación?

Métodos

Se aplicó una revisión sistemática de tipo *global evidence mapping*⁴³ para identificar los estudios sobre la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario, incluyendo los vacíos de la evidencia (*evidence gaps*)⁴⁴.

Criterios de inclusión

- 1) Según el esquema de la pregunta PICO (*participants, interventions, comparisons, outcomes*), para analizar los estudios incluidos, se adaptó del protocolo PRISMA-P (*Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols*)⁴⁵; donde:
P: son los trabajadores en centros sanitarios iberoamericanos, que constituyen los profesionales, internos, practicantes, pasantes o voluntarios en salud, incluyendo a los directivos o supervisores como al personal administrativo que labora en centros sanitarios⁴⁶.
I: son las intervenciones para prevenir riesgos psicosociales en el trabajo sanitario.
C: Comparaciones.
O: resultados (*outcomes*).
- 2) Estudios publicados y de la literatura gris que aplicaron diseños experimentales (ensayo controlado aleatorio); cuasi-experimentales (de tipo antes-después, y de series de tiempo interrumpido); y estudios observacionales o descriptivos.
- 3) Estudios de diseño experimental o cuasi-experimental, con características similares que incluyen al menos un grupo de tratamiento y otro de control, que presentan medición pre y post-intervención para demostrar los efectos de las intervenciones preventivas.
- 4) El grupo experimental conformado por trabajadores sanitarios⁴⁵.
- 5) El experimento es dirigido por psicólogos u otros profesionales de la salud.

Criterios de exclusión

Se excluyeron de la revisión aquellos sujetos que no eran trabajadores de la salud iberoamericana, y a los estudios cuyas intervenciones no eran preventivas o carecían del enfoque psicosocial.

Estrategias de búsqueda

- 1) En las bases de datos relacionadas con la salud en el trabajo *Cochrane Central Register of Controlled Trials (The Cochrane Library; Cochrane Work Review Group)*, *Health Systems Evidence (McMaster University & Cochrane Canada)*, y *The Campbell Collaboration*.
- 2) En PubMed, BioMed Central, CINAHL, EMBASE, Lilacs y EBSCO-Host.
- 3) En repositorios de universidades y portales de organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud –OMS–: *Health Evidence Portal*; Organización de los Estados Americanos; Organización Panamericana de la Salud; Organización Internacional del Trabajo; y *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*, Brasil).

El período de indagación comprendió entre enero de 2003 y marzo de 2020, limitando la búsqueda a los idiomas inglés, portugués y español; empleando los siguientes descriptores: “*health and safety at work*”, “*primary prevention*”, “*clinical trial*”, “*humans*” y “*healthcare*”; “*intervention*”, “*health human resources*”, “*innovation & research*” y “*healthcare staff*”. Para EMBASE, se aplicó un conjunto de algoritmos ad hoc.

Para la sistematización de la información se emplearon 18 registros de análisis e interpretación de estudios basados en seis aspectos⁴⁵:

- a) Tipo y tópico de intervención.
- b) Descripción de la evidencia (método: diseño, fases, técnicas de recolección de datos, grupos de comparación, línea base, escenario o contexto).
- c) Participantes.
- d) Intervenciones (grupos, número, duración, secuencia, características).
- e) Resultados cuali-cuantitativos, y en caso de datos faltantes, se aplicaron las ecuaciones de Hedges y Olkin⁴⁷ o de Morris⁴⁸.
- f) Anotaciones: sobre tipo de intervención multicomponente, información adicional sobre sesgos y equivalencias de puntuaciones ([Anexo 1](#)).

La calidad de la evidencia fue evaluada aplicando el protocolo GRADE (*Grading of recommendations, assessment, development and evaluation*), que permitió generar mediante el software GRADEpro GDT (*Cochrane Community*), las tablas resumen de evidencias por cada desenlace y tópico de los riesgos psicosociales en el trabajo. La evidencia se categorizó como de alta, moderada, baja y de muy baja calidad sobre la base de los siguientes criterios: tipo de diseño, riesgo de sesgo (entre otros, de selección, de cegamiento y de reporte), grado de inconsistencia, evidencia indirecta y sesgo de publicación. Al respecto, los factores que disminuyeron la base de evidencia fueron: tamaño y selección de muestras inadecuadas, poca validez interna y un análisis de error poco detallado (la mitad de los trabajos incluidos no mencionaron ejemplos de errores típicos como de efecto, especificidad, heterogeneidad u otros; y la mitad que sí reportó el haberlos calculado, sólo determinaron uno o dos de estos)⁴⁹.

Para marcar como certeza de calidad de evidencia GRADE, se siguió a González y Cuadrado⁵⁰: desde alta calidad de evidencia, cuando la investigación aporta una muy buena indicación del efecto probable y la probabilidad de que el efecto sea distinto es baja; hasta muy baja calidad de evidencia, cuando la investigación no entrega una estimación confiable del efecto probable, y es muy alta la probabilidad de que dicho efecto sea distinto a lo esperado.

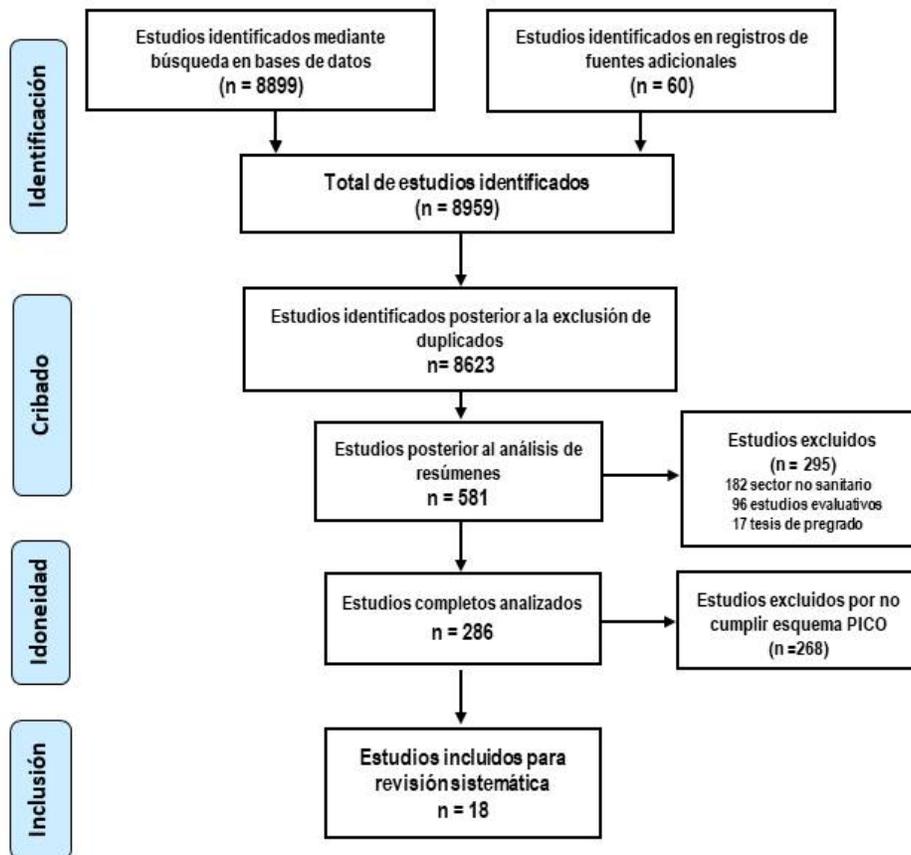
Para garantizar la transparencia de la evidencia en los estudios incluidos, participaron tres evaluadores externos (JLGM, España; GECC, Perú; JMRR, Brasil), quienes llenaron las fichas de evaluación basados en 10 criterios de valoración (prueba de Kendall adecuada: $p = 0,012$), destacando tres criterios: cumplimiento del protocolo PRISMA, evaluación de la intervención y tamaño de muestra.

Resultados

Basado en la recomendación *PRISMA statement checklist* para el flujo de información en las diferentes fases de la revisión sistemática⁴⁵, se identificaron un total de 8959 estudios. De estos, 8899 corresponden a la primera y segunda estrategia de búsqueda y 60 a la tercera

estrategia. Luego del análisis de resúmenes para comprobar los criterios de inclusión y exclusión (fases: tamizaje y elegibilidad), se incluyeron 18 estudios para revisión sistemática sobre prácticas preventivas para riesgos psicosociales en el trabajo en centros sanitarios iberoamericanos (Figura 1), y seis para estudios cuantitativos de metanálisis (que no es materia del presente estudio).

Figura 1. Diagrama del flujo de información según fases de la revisión sistemática (PRISMA-P)⁴⁵.



Fuente: preparado por el autor a partir de los resultados del estudio.

De los estudios incluidos para revisión sistemática, los de mayor carga de la evidencia corresponden a ensayos controlados aleatorios, que equivalen al 50% (9/18), y proceden de Portugal, Argentina, España, Puerto Rico, México y Perú. El 33,3% (6/18) es cuasi experimental; y 16,7% (3/18) es descriptivo (Tabla 1). La participación de los trabajadores en 176 centros sanitarios iberoamericanos fue de 1777 en total, predominando los médicos con 34% (606/1777) del total que procedían de España, Portugal,

México, Nicaragua, Puerto Rico, Brasil, Colombia, Perú y Argentina. Un aspecto interesante es la participación de funcionarios (médicos directores o gerentes de centros sanitarios y jefes de servicio de enfermería), con capacidad de tomar decisiones para establecer políticas de prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario, lo que corresponde a 10,4% (185/1777) del total de trabajadores sanitarios⁴⁶ (Tabla 1).

Tabla 1. Estudios incluidos según país y número de trabajadores de la salud involucrados. Período 2003 a 2016.

Fuente de extracción del tipo de intervención	Tipo de estudio	País	Número de trabajadores						Total
			Méd	Enf	QF	Otros ¹	Asis ²	Func ³	
1. <i>Do bright-light shock exposures during breaks reduce subjective sleepiness in night workers?</i> (Karchani y colaboradores, 2011) ⁵¹	ECA	Portugal	45	45	--	--	--	--	90
2. <i>The effect of bright light on sleepiness among rapid-rotating 12-hour shift workers</i> (Sadeghniaat y colaboradores, 2011) ⁵²	ECA	Argentina	40	40	--	--	14	--	94
3. <i>Suppression of sleepiness and melatonin by bright light exposure during breaks in night work</i> (Lowden y colaboradores, 2004) ⁵³	ECA	España	8	8	--	--	--	--	16
4. <i>The effects of a 30-minute napping opportunity during an actual night shift on performance and sleepiness in shift workers</i> (Howard y colaboradores, 2010) ⁵⁴	ECA	Puerto Rico	4	4	--	--	--	--	8
5. <i>Napping and nightshift work: Effects of a short nap on psychomotor vigilance and subjective sleepiness in health workers</i> (Smith y colaboradores, 2007) ⁵⁵	ECA	México	9	9	--	--	--	--	18
6. <i>Worksite intervention effects on sleep quality: a randomized controlled trial</i> (Atlantis y colaboradores, 2006) ⁵⁶	ECA	España	--	--	--	--	32	--	32
7. Comparación de las intervenciones en actividad física en Brasil y Colombia, desde la promoción de la salud (Rodríguez y Garzón, 2013) ⁵⁷	CE	Colombia	--	--	--	--	30	--	30
		Brasil	--	--	--	--	30	--	30
8. Impacto de un modelo de movilización social sobre la promoción de la actividad física en afiliados al sistema de seguridad social en salud (Granada y colaboradores, 2008) ⁵⁸	CE	Colombia	57	--	--	--	--	5 ^e	62
9. Impacto de un programa de capacitación para la prevención de infecciones intrahospitalarias en un hospital general (Valdivia y colaboradores, 2013) ⁵⁹	ECA	Perú	34	20	--	--	230	--	284
10. <i>Building the capacity of policy-makers and planners to strengthen mental health systems in low- and middle-income countries: a systematic review</i> (Keynejad y colaboradores, 2016) ⁶⁰	D	Nicaragua	30	5	--	25 ^{abc}	--	30 ^e	90
11. <i>Training pharmacy workers in recognition, management, and prevention of STDs: district-randomized controlled trial</i> (García y colaboradores, 2003) ⁶¹	ECA	Perú	18	--	18	16 ^a	--	--	52
12. <i>An educational international partnership responding to local needs: Process evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute</i> (Amaral y colaboradores, 2012) ⁶²	CE	Brasil	98	--	--	--	--	--	98
13. <i>Preventing the onset of major depression based on the level and profile of risk of primary care attendees: protocol of a cluster randomised trial (the predictD-CCRT study)</i> (Bellón y colaboradores, 2013) ⁶³	ECA	España	140	--	--	--	--	--	140
14. <i>Effectiveness of a brief, basic evidence-based practice course for clinical nurses</i> (Ramos y colaboradores, 2015) ⁶⁴	CE	España	--	109	--	--	--	--	109
15. <i>The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: a review of systematic reviews</i> (Kringos, 2015) ⁶⁵	D	Argentina	18	30	--	--	--	150 ^{d e}	198
16. <i>Health sector accreditation research: a systematic review</i> (Greenfield y Brainthwaite, 2008) ⁶⁶	D	España	39	--	27	--	--	--	66
17. <i>A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills</i> (Shahar y colaboradores, 2009) ⁶⁷	CE	Brasil	56	32	--	90 ^b 31 ^c	--	--	209
18. <i>Psychosocial interventions by general practitioners</i> (Huibers y colaboradores, 2007) ⁶⁸	CE	Argentina	9	--	--	142 ^{abc}	--	--	151
Total		Número	605	302	45	304	336	185	1777
		(%)	34,0	17,0	2,5	17,1	18,9	10,4	100,0

ECA: ensayo controlado aleatorio.

CE: cuasi-experimental.

D: descriptivo.

Méd: médicos.

Enf: enfermeras(os).

QF: químico farmacéuticos(as).

¹ a: graduados en medicina; b: nutricionistas; c: promotores(as) de salud.

² Asistentes sanitarios (auxiliares de enfermería, auxiliares de laboratorio, auxiliares de nutrición, personal de apoyo administrativo).

³ d: jefes del Servicio de Enfermería (n = 6); e: director o gerente de centros sanitarios (n = 144).

Fuente: preparado por el autor a partir de los resultados del estudio.

Prácticas preventivas para riesgos psicosociales en el trabajo sanitario iberoamericano

1. Prácticas preventivas para establecer políticas de mejora de las condiciones laborales

1a) Las evidencias basadas en la prevención de los efectos de la somnolencia y de los trastornos del sueño derivados del trabajo hospitalario por turnos (enfermeras y médicos de diferentes áreas), señalan que los trabajadores cuando están expuestos a luz blanca brillante de espectro completo (15 minutos, de dos a cuatro exposiciones por noche; alternancia: tres horarios por siesta) y tienen dos descansos de 10 minutos; logran disminuir significativamente los efectos de la somnolencia en comparación con el grupo control⁵¹⁻⁵³. Igualmente, los trabajadores expuestos a ejercicios físicos por la mañana y aplican el *Health Sleep Program* más siesta nocturna (30 minutos por turno), disminuyen los efectos de la somnolencia y mejoran la reacción psicomotora que el grupo control⁵⁴⁻⁵⁶ (Tabla 2).

1b) Las evidencias en la promoción de la salud ocupacional basada en la gimnasia laboral (ejercicios físicos de mínimo 30 minutos por día), indican mejoras en la adaptación a las demandas emocionales de terceros y en la autopercepción del estado de salud (incrementaron consultas médicas, mejoraron los hábitos de sueño y bajaron consumo de grasas), y disminución importante del estrés^{57,58} (Tabla 2).

1c) Las evidencias sobre la prevención de riesgos en trabajadores de puestos críticos, mediante entrenamiento aplicando metodología educativa-participativa, indican que disminuyen las incidencias (por ejemplo cortes o punciones con instrumental clínico) e incrementan la adhesión al lavado de manos y el uso de respiradores⁵⁹; también mejoran la comunicación, se incrementan los espacios de debate y la formulación de soluciones a los problemas laborales (Tabla 2).

2. Prácticas preventivas para mejorar toma de decisiones y la comunicación organizacional

2a) Las evidencias basadas en programas formativos internacionales y aquellas centradas en el fortalecimiento de respuestas de los tomadores de decisiones y planificadores de salud psicosocial, pueden generar actitudes positivas sobre políticas de financiamiento para las intervenciones preventivas⁶⁰ (Tabla 2).

2b) Las evidencias sobre el manejo de conflictos interpersonales (extraídas de intervenciones multicomponentes), y el entrenamiento psicosocial para el cambio de actitudes y conductas en la práctica profesional (a través de talleres interactivos combinados con otras intervenciones), muestran que las relaciones interpersonales mejoran y promueven la salud psicosocial en el trabajo⁶¹. Por otro lado, las charlas o presentaciones y las visitas de sensibilización no generan cambios por tratarse de comportamientos complejos (Tabla 2).

Tabla 2. Resumen sobre tipo de intervención, tipo de desenlace, efectos y calidad de evidencia (GRADE).

Tipo de intervención	Tipo de desenlace	Efectos	Calidad de la evidencia (GRADE)	
1. Políticas de mejora en condiciones laborales	1a	Exposición a luz blanca brillante de espectro completo + siesta nocturna + descansos	Disminución significativa de los efectos de la somnolencia ⁵¹⁻⁵³	⊕⊕⊕⊕ ALTA
		Ejercicios físicos por la mañana + <i>Health Sleep Program</i> + siesta nocturna	Disminución de los efectos de la somnolencias y mejora en reacciones psicomotoras ⁵⁴⁻⁵⁶	⊕⊕⊕⊕ ALTA
	1b	Ejercicios físicos diarios	Mejora adaptación a demandas emocionales de terceros y en auto-percepción de la salud con disminución importante del estrés ^{57,58}	⊕⊕⊕○ MODERADA
	1c	Entrenamiento basado en metodología educativa-participativa	Disminución de incidencias y, mejoras en la comunicación, debates-formulación de soluciones ⁵⁹	⊕⊕⊕⊕ ALTA
2. Soporte para toma de decisiones y comunicación organizacional	2a	Programas de formación internacional	Genera actitudes positivas en políticas de financiación para intervenciones preventivas ⁶⁰	⊕⊕○○ BAJA
	2b	Entrenamiento psicosocial para el cambio de actitudes y conductas (talleres interactivos múltiples)	Mejora relaciones interpersonales y promueve la SPT ⁶¹	⊕⊕⊕○ MODERADA
		Charlas/presentaciones o visitas de sensibilización	No genera cambios ⁶¹	⊕⊕⊕○ MODERADA
3. Soporte al desarrollo personal y profesional		Entrenamiento basado en educación continuada bianual: ▶ Liderazgo en salud preventiva ▶ Gestión de conflictos y apoyo emocional	Mejora la comunicación en equipo multidisciplinario (técnicas participativas) y en promoción de proyectos preventivos ^{62,63}	⊕⊕⊕○ MODERADA
		Intervención educativa (mixta) para mejorar habilidades prácticas de prevención	Mejora conocimientos y habilidades prácticas de prevención en enfermeras ⁶⁴	⊕⊕○○ BAJA
4. Desarrollo del liderazgo		Entrenamiento en evaluación de evidencias (mecanismos de consulta, participación y negociación laboral; planes formativos en prevención y gestión de SPT)	Mejoramiento moderado en competencias de liderazgo ⁶¹	⊕⊕⊕○ MODERADA
		Entrenamiento psicosocial para el cambio de actitudes (talleres interactivos múltiples)	Mejora sustancial en competencias de liderazgo ⁶¹	⊕⊕⊕○ MODERADA
5. Políticas de promoción al trabajo en equipo	5a	Entrenamiento en trabajo en equipo y gestión participativa con apoyo organizacional	Mejora en cohesión grupal y toma de decisiones en médicos ^{65,66}	⊕⊕○○ BAJA
		Entrenamiento en liderazgo y trabajo de equipo; cultura de apoyo y motivación.	Aumenta participación (FE: médicos) ^{65,66}	⊕⊕○○ BAJA
	5b	Talleres interactivos para identificación y gestión preventiva	Mejoras en cambio de conductas y sensibilización para la prevención ^{61,67,68}	⊕○○○ MUY BAJA
		Charlas	Ningún cambio ^{61,67,68}	⊕○○○ MUY BAJA
	5c	Talleres experienciales + <i>role playing</i> + (gimnasia laboral + materiales ilustrados) + entrevista contextual + intervenciones CC + conferencias/demostraciones	Cambios moderados en comportamientos complejos, participación activa de involucrados y en promoción de la SPT ^{61,67,68}	⊕○○○ MUY BAJA

RST: riesgos psicosociales en el trabajo.

SPT: salud psicosocial en el trabajo.

FE: factor de éxito.

CC: cognitivo-conductual.

Fuente: preparado por el autor a partir de los resultados del estudio.

3. Prácticas preventivas para dar soporte al desarrollo personal y profesional

3a) Las evidencias sobre la ejecución de planes formativos mediante entrenamientos para desarrollar el liderazgo en salud preventiva, habilidades de liderazgo y en gestión de conflictos; indican que la comunicación en equipos multidisciplinarios mejoran y promueven la práctica de técnicas participativas en los proyectos preventivos y

en el desarrollo personal⁶². A estos planes también se suman el apoyo emocional e innovación en salud mediante educación continuada (dos años), para la gestión de la calidad y promoción de la salud.

3b) Las evidencias centradas en prácticas de capacitación y formación profesional para la promoción de la salud psicosocial en el trabajo (mediante propuestas de implementación y mejora de intervenciones preventivas y recuperativas, extraídas de

intervenciones multicomponentes), facilitan el diseño y validación de materiales educativos para los cuidados primarios (guías de prevención, diagnóstico y tratamiento de trastornos depresivos) y promueven la proposición de ensayos controlados aleatorios⁶³ (Tabla 2).

3c) Las evidencias sobre la educación mixta (en línea más presencial) para la prevención de la salud psicosocial en el trabajo (dos sesiones presenciales: cinco horas cada una más 30 horas en línea), con aprendizaje independiente y colaborativo, con intervención multifacética, muestran mejoras en conocimientos y habilidades prácticas de prevención en enfermeras, mas no en las actitudes⁶⁴.

4. Prácticas preventivas para desarrollar el liderazgo

En contraste con el entrenamiento psicosocial para el cambio de actitudes, a través de talleres interactivos combinados con otras intervenciones que alcanzaban mejoras sustanciales, se observaron mejoras moderadas en las capacidades de liderazgo a través del entrenamiento para evaluar evidencias vinculadas a los mecanismos de consulta, participación y negociación laboral. También se observaron mejoras a través del liderazgo educacional en planes formativos para la prevención y gestión en salud psicosocial en el trabajo (extraída de intervenciones multicomponentes), impartidos en talleres mensuales de seis horas cada uno y seis visitas mensuales de acompañamiento⁶¹ (Tabla 2).

5. Prácticas preventivas para establecer políticas vinculadas al trabajo en equipo

5a) Por las evidencias se asume que, tanto la promoción de la participación de trabajadores en toma de decisiones y desarrollo de habilidades para el trabajo en equipo⁶⁵, como el estilo de gestión participativa con apoyo organizacional; mejoran la cohesión grupal, el trabajo en equipo y la toma de decisiones en médicos. Por otro lado, la promoción del liderazgo para el trabajo en equipo, la cultura de apoyo y la motivación para el cambio, aumentan la participación de equipos multidisciplinares (médicos, enfermeras, farmacéuticos), siendo el factor de éxito la participación del personal médico⁶⁶ (Tabla 2).

5b) Otras evidencias muestran que la generación de confianza, el apoyo emocional y la mejora de interacción en el equipo de trabajadores (desagregando las intervenciones multicomponentes, pero incluyendo técnicas participativas y talleres interactivos para el cambio de mentalidad que involucran la identificación, el cuidado y

gestión preventiva); optimizan la efectividad de la capacitación-sensibilización para el cambio de conductas y promoción de la salud psicosocial en el trabajo. Cabe señalar que una única charla o conferencia, no genera ningún cambio^{61,67,68}.

5c) Las evidencias centradas en los cambios de comportamiento mixto (intervenciones multicomponentes) parecen generar también cambios moderados de comportamientos complejos, así como una participación activa de los involucrados y cambios de actitud para la promoción de la salud psicosocial en el trabajo sanitario (Tabla 2). Los cambios de comportamiento mixto fueron impulsados mediante talleres experienciales sobre estilos de vida saludables, técnicas de modificación conductual, conferencias o demostraciones basadas en evidencias, gimnasia laboral, materiales ilustrativos y propuestas de proyectos de promoción⁶¹. Las técnicas empleadas fueron juegos de rol (dirigido por psicólogos o trabajadores sociales)⁶⁷ y de cinco a siete entrevistas contextuales (30 minutos con médicos sociales), con intervenciones cognitivo-conductuales para la solución de problemas y reacciones depresivas⁶⁸ (Tabla 2).

Según evidencias GRADE (Tabla 2), la mayor frecuencia de desenlaces corresponde a la calidad moderada (37,5%) (6/16) seguida por la calidad baja (25%) (4/16), luego la calidad alta (18,8%) (3/16) y el restante a calidad muy baja.

En síntesis, considerando el número de estudios⁵¹⁻⁵⁶ y la calidad de la evidencia, las intervenciones de tipo 1a (Tabla 2) resultan suficientes para establecer políticas de mejora de las condiciones laborales. En cambio, para las intervenciones de tipo 1b y 1c (Tabla 2), según el número de estudios ($n = 2$ y $n = 1$), las evidencias no son suficientes para establecer políticas adicionales. Igualmente, las evidencias no son suficientes para dar soporte en la toma de decisiones y la comunicación organizacional, ni para el desarrollo personal y profesional, tampoco para el liderazgo (tipos de desenlace 2a, 2b; 3 y 4). Para las intervenciones de tipo 5a, 5b, y 5c (Tabla 2), las evidencias son insuficientes para establecer políticas de promoción del trabajo en equipo en los centros sanitarios.

Entre tanto, los vacíos de la evidencia (*evidence gaps*) están vinculados al diseño de puestos, a los sistemas de evaluación e instrumentalización del desempeño, a los objetivos institucionales, a las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos, al mejoramiento de la comunicación organizacional y a los cambios organizacionales en centros sanitarios iberoamericanos (Tabla 3).

Tabla 3. Vacíos de la evidencia según dominios de intervención preventiva de riesgos psicosociales. Periodo 2003 a 2016.

DP	Condiciones del trabajo	Competencias laborales	Clima organizacional					Cultura organizacional											
			Con cobertura	SE	IED	RI	RC	Con cobertura	OI	CO	DO								
				Sin cobertura					Sin cobertura										
Karchani y colaboradores(2011)	Intervención específica																		
Sadeghniaat y colaboradores(2011)	Intervención específica																		
Lowden y colaboradores(2004)	Intervención específica																		
Howard y colaboradores(2010)	Intervención específica	IMC1: primer nivel																	
Smith y colaboradores(2007)	Intervención específica	IMC1: primer nivel																	
Atlantis y colaboradores(2006)	Intervención específica	IMC1: primer nivel																	
Rodríguez y colaboradores(2013)	Intervención específica		Intervención específica																
Granada y colaboradores(2008)	Intervención específica		Intervención específica																
Valdivia y colaboradores(2013)		Intervención específica	Intervención específica																
Keynejad y colaboradores(2016)		IMC2: segundo nivel	Intervención específica																
García y colaboradores(2003)			Intervención específica	IMC1: primer nivel	IMC2: segundo nivel	IMC3: tercer nivel						Intervención específica	IMC1: primer nivel	IMC2: segundo nivel	IMC3: tercer nivel				
Amaral y colaboradores(2012)			IMC2: segundo nivel									IMC2: segundo nivel							
Bellón y colaboradores(2013)		IMC3: tercer nivel	IMC2: segundo nivel	IMC2: segundo nivel															
Ramos y colaboradores(2015)		IMC2: segundo nivel	IMC2: segundo nivel																
Kringos (2015)		IMC2: segundo nivel																	
Greenfield y colaboradores(2008)							IMC1: primer nivel	IMC2: segundo nivel	IMC3: tercer nivel				Intervención específica	IMC1: primer nivel	IMC2: segundo nivel	IMC3: tercer nivel			
Shahar y colaboradores(2009)		IMC2: segundo nivel					Intervención específica	IMC1: primer nivel	IMC3: tercer nivel				Intervención específica	IMC1: primer nivel	IMC2: segundo nivel	IMC3: tercer nivel			
Huibers y colaboradores(2007)	Intervención específica		IMC2: segundo nivel				Intervención específica	IMC1: primer nivel	IMC3: tercer nivel										

DP: diseño de puestos.
 SED: sistemas de evaluación del desempeño.
 IED: instrumentación para evaluación del desempeño.
 RI: relaciones interpersonales.
 RC: resolución de conflictos.
 OI: objetivos institucionales.
 CO: comunicación organizacional.
 DO: desarrollo organizacional.
 IMC: intervención multicomponente.

Intervención específica
 IMC1: primer nivel
 IMC2: segundo nivel
 IMC3: tercer nivel

Fuente: preparado por el autor a partir de los resultados del estudio.

Discusión

Teniendo en cuenta las prácticas preventivas identificadas y sintetizadas para los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario, se afirma en primer lugar, que la tendencia en Iberoamérica es enfatizar las políticas de mejoramiento de las condiciones laborales. En segundo lugar, se destacan las intervenciones multicomponentes³¹ vinculadas con la promoción del trabajo en equipo y el

reforzamiento para la toma de decisiones basadas en la capacitación-formación. En tercer lugar, se fomenta la sensibilización para el involucramiento de trabajadores y la mejora en la comunicación organizacional. Finalmente, se corrobora el interés por el soporte al desarrollo personal-profesional con mejoras de las competencias para el liderazgo en trabajadores sanitarios.

En relación a las evidencias de alta calidad para disminuir los efectos de la somnolencia, de los trastornos del sueño derivados del trabajo

hospitalario por turnos⁵¹⁻⁵³ o para disminuir los efectos de la somnolencia y mejorar las reacciones psicomotoras⁵⁴⁻⁵⁶; los resultados coinciden con los reportes en países desarrollados^{35,36}, donde las siestas mejoraban los efectos de la somnolencia, el estado de alerta-vigilia y el rendimiento cognitivo. Estas evidencias respaldan a los funcionarios para establecer políticas que mejoren las condiciones laborales en el personal de enfermería y medicina, sabiendo que su omisión a dichas prácticas serían contraproducentes, tanto para la salud en el trabajo³⁷ como para los sistemas de salud^{38,39}.

Asimismo, las evidencias en el contexto iberoamericano del primer tipo de desenlace (1a) son más sólidas en comparación con las evidencias de países como Australia, Finlandia y Estados Unidos, porque los efectos de la exposición a la luz durante las siestas se extienden positivamente al estado de alerta. Asimismo, se reporta que hay disminución de la irritabilidad, del malestar ocular y la cefalea³⁴. Por otro lado, las siestas programadas mejoran la atención prolongada en el tiempo, por si ocurre un evento infrecuente e inesperado, que requiere de una respuesta rápida y efectiva. Además, atenúan los síntomas de las fatigas o somnolencias y, lo más importante, mejoran el desempeño laboral del personal médico y de los trabajadores de emergencias³⁸.

Igualmente, dichas evidencias favorables difieren además del contexto, en la cantidad de estudios incluidos (seis ensayos controlados aleatorios en Iberoamérica versus dos ensayos controlados aleatorios en otros países), y en la comparación inadecuada entre turnos (diurno versus nocturno). En otro estudio³⁷, que abarca a Noruega, Canadá, Estados Unidos, Japón, Suiza y Taiwán (13 ensayos controlados aleatorios de baja calidad) que comparan entre tres grupos de intervención; también existen diferencias en la frecuencia de siestas (de dos a cuatro en Iberoamérica versus uno), y de seguimientos (de ocho a 12 en Iberoamérica versus uno). Además de la duración de siestas (10 minutos en Iberoamérica) respecto de Europa, Norteamérica y Asia (8,4 a 15 minutos), difieren por tratarse de estudios cuasi-experimentales^{39,40}.

Tomando en cuenta que las intervenciones multicomponentes relacionadas con las políticas para el trabajo en equipo mediante la promoción de la cohesión grupal, muestran baja calidad de evidencias (primero para la toma de decisiones y segundo, para la participación activa del personal médico especialmente^{65,66}); es pertinente adoptar los lineamientos de la OMS⁵ y de los reportes académicos. Estos recomiendan el apoyo social y las prácticas de gestión de equipo mediante la representación y cooperación hacia los trabajadores, basados en la integridad y equidad de los funcionarios de la salud^{9,29,41,42}.

Respecto a las intervenciones relacionadas al cambio de comportamientos en personal no médico, y frente a las evidencias de muy baja calidad en la sensibilización para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo^{32,61,67,68}, la academia considera adoptar las prácticas gerenciales de asignación (autonomía para la ejecución de tareas) y de confianza hacia los subalternos⁹. Aquí se asume que los líderes de atención médica promueven una cultura organizacional que fomenta el aprendizaje colaborativo y la motivación en el personal sanitario²⁹.

En cuanto a los cambios de comportamientos complejos, que cuentan con muy baja calidad de evidencias para la participación de

involucrados en la promoción de la salud psicosocial en el trabajo^{67,68}; varios estudios^{16,26-28} concuerdan en que la actitud del funcionario tiene un alto impacto en ella. Estos estudios señalan que las prácticas que ayudarían a generar cambios y mejorar la participación son la supervisión con retroalimentación, la gestión y asistencia en las tareas, la cooperación y disposición de escucha. Dichas actividades, generan en conjunto confianza, diálogo y participación entre funcionarios y trabajadores⁹.

Aunque las evidencias para desarrollar el liderazgo en trabajadores y directivos en centros sanitarios, sean de calidad moderada, y usen mecanismos de consulta, participación y negociación⁶¹; distan mucho de aquellas prácticas donde los funcionarios comparten objetivos comunes para tener una visión general⁹, o para influenciar mediante cambios cognitivos hacia la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo²⁵. Esto, debido a la presencia de estilos de liderazgo generadores de estrés, y a los altos niveles de exigencia emocional generalizadas en diferentes contextos^{14-16,18,23}, que incrementan la percepción de inseguridad laboral¹⁸. En consecuencia, se reafirma la necesidad de promover una cultura organizacional positiva, donde predomine la comunicación y la confianza de los funcionarios de atención sanitaria²⁹, acompañadas de las prácticas gerenciales orientadas a la protección y promoción de la salud psicosocial en el trabajo. Es decir, es necesario mantener en equilibrio la vida laboral y personal^{23,41,42}.

Finalmente, en contraste con las evidencias positivas en otros contextos sobre la base de intervenciones para el liderazgo transformacional^{25,29}, y para los cambios de comportamiento y de actitudes de apoyo a la autonomía^{16,26-28}; los vacíos de la evidencia señaladas subrayan la permanencia en la agenda iberoamericana de las prácticas preventivas basadas en intervenciones multicomponentes. A pesar de sus beneficios tanto para la salud psicosocial como para la productividad laboral⁵, estas prácticas agudizan o permanecen en aquellos riesgos relacionados con la falta de apoyo con supervisores en cuatro países^{11,16,18,19}; con las altas exigencias y presión emocional en tres países latinoamericanos y Portugal^{14-16,19}; y con los factores negativos vinculados al clima y cultura organizacional en centros sanitarios de tres países^{11,17,19}, entre otros aspectos.

Limitaciones

La limitación de la revisión es que solo la quinta parte de los desenlaces presentan alta calidad de la evidencia, que respaldan únicamente a las políticas para el mejoramiento de las condiciones laborales. Mientras que el resto presenta de moderada a muy baja calidad de las evidencias (80%) (13/16), lo que no permite decidir por una ni otra práctica preventiva. Por este motivo, se requiere de mayor número y calidad de los estudios. Entre tanto, la fortaleza es que además de abarcar un contexto y sector laboral poco estudiado, a través de los vacíos de la evidencia (*evidence gaps*) se identificaron ocho futuras líneas de investigación, ya sea de intervenciones preventivas o recuperativas para los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario.

Conclusión

Existen evidencias concluyentes de que las prácticas preventivas que permiten establecer las políticas para la prevención de riesgos psicosociales en centros sanitarios iberoamericanos, son las vinculadas a la prevención de los efectos de la somnolencia, y de los

trastornos del sueño derivados del trabajo hospitalario por turno nocturno en médicos y enfermeras/os.

Las evidencias de moderada calidad que muestran las prácticas preventivas basadas en intervenciones multicomponentes, como por ejemplo los talleres interactivos de entrenamiento psicosocial para el cambio de actitudes y la gimnasia laboral, no apoyan mejoras concluyentes en la adaptación a demandas emocionales de terceros. Mucho menos lo hacen las charlas o visitas de sensibilización, que en definitiva no generan cambios. Se requiere realizar nuevas revisiones sistemáticas que incluyan ensayos controlados aleatorios de alta calidad.

En definitiva, tampoco generan cambios significativos en las capacidades de liderazgo ni en la comunicación multidisciplinaria las prácticas del entrenamiento, los mecanismos de consulta, la participación-negociación laboral o la capacitación-formación. Se requiere de revisiones sistemáticas que incluyan mayor número de ensayos controlados aleatorios. Las evidencias de baja y muy baja calidad no apoyan aquellas políticas de promoción para el trabajo en equipo, que usen prácticas de entrenamiento y gestión participativa con apoyo organizacional, ni a través de talleres interactivos-experienciales con técnicas participativas y entrevistas contextuales o de sensibilización.

Las prácticas preventivas para los riesgos psicosociales en centros sanitarios iberoamericanos, se agrupan en cuatro niveles de intervención:

- Políticas de mejora para las condiciones laborales y para la promoción al trabajo en equipo.
- Desarrollo del liderazgo.
- Soporte para la toma de decisiones y la comunicación organizacional.
- Soporte para el desarrollo personal y profesional.

Los vacíos de la evidencia (*evidence gaps*) para futuras líneas de investigación preventivas para los riesgos psicosociales en el trabajo sanitario, están vinculados al diseño de puestos, a los sistemas de evaluación e instrumentalización del desempeño, a los objetivos institucionales, a las relaciones interpersonales y resolución de conflictos, al mejoramiento de la comunicación organizacional y a los cambios organizacionales en centros sanitarios iberoamericanos.

Notas

Roles de contribución

El autor fue responsable de la elaboración, preparación y revisión del manuscrito.

Conflictos de intereses

El autor ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la Revista.

Financiamiento

El autor declara que no hubo fuentes de financiación externas.

Agradecimientos

Al Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa, PPG em Saúde Coletiva, UFRGS, Brasil.

Al Programa de becas OEA/OPS-GCUB-V2015, que apoyó con soporte académico y financiero para la recogida de datos desde la UFRGS, Brasil.

Declaración de disponibilidad de datos

Parte de los resultados del artículo proviene de una tesis doctoral en salud pública del autor en la Universidad Nacional Federico Villarreal. El autor declara que los datos obtenidos de la presente investigación están disponibles a solicitud y en el repositorio académico FIGSHARE de acceso abierto, cuyo doi es: 10.6084/m9.figshare.12580970. El enlace al documento se encuentra en el siguiente [link](#).

Anexo

[Anexo 1.](#)

Referencias

- Oficina Sanitaria Panamericana (OSP). Salud para todos: propuesta para una estrategia mundial de la OMS. Bol Oficina Sanit Panam. 1995 Nov; 119(5): 442-50. [Internet] | [Link](#) |
- Leka S, Jain A. Mental health in the workplace in Europe. Brussels: Funded by the European Union in the frame of the 3rd EU Health Programme. 2017. [Internet] | [Link](#) |
- Chambel MJ. Psicologia da saúde ocupacional. Lisboa: PACTOR. 2016.
- Landsbergis PA, Choi BC, Dobson M, Sembajwe G, Slatin C, Delp L, et al. The key role of work in population health inequities. Am J Public Health. 2018 Mar; 108(3): 296-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- World Health Organization (WHO). Mental health in the workplace. Information sheet, May 2019 WHO. 2019. [Internet] | [Link](#) |
- Vévoda J, Vévodová Š, Nakládalová M. Psychosocial risks in healthcare. Cas Lek Cesk. 2018 Dec; 157(1): 411-18. | [PubMed](#) |
- Cenk SC. An analysis of the exposure to violence and burnout levels of ambulance staff. Turk J Emerg Med. 2018 Sep 27;19(1):21-25. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Gomes C, Curral L, Caetano A. The mediating effect of work engagement on the relationship between self-leadership and individual innovation. Int J Innovat Manag. 2015 Feb; 19: 1550009. | [CrossRef](#) |
- Hilaire FS, Hélène M, Lefebvre R. Managerial practices to reduce psychosocial risk exposure: A competency-based approach. Can J Adm Sci. 2018 Jul; 35(4): 535-50. | [CrossRef](#) |
- Uribe, ME. La responsabilidad social empresarial y el enfoque estratégico de la organización: evidencia empírica de dos sectores. 2018 Jun; 19(1): 113-39. | [CrossRef](#) |
- Ministerio de Salud de Chile. Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo. Santiago de Chile: Departamento de Salud Ocupacional, Subsecretaría de Salud Pública. 2013. p.11. [Internet] | [Link](#) |
- Aranda C, González R, Pando M, Hidalgo G. Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México). Salud Uninorte. 2013 Dic; 29(3): 487-500. [Internet] | [Link](#) |
- Malleville S. Qualidade na atenção, qualidade no emprego? as fontes de intensificação do trabalho em ocupações de cuidado, análise de dois estabelecimentos de saúde privada. Trabalho (En) Cena, 2019; 4: 88-107. | [CrossRef](#) |
- Henry ML. Salud laboral en el escenario productivo actual. La creciente incidencia de los riesgos psicosociales. Rev. Cien. Soc. 2019 Jun; 32(44): 171-96. | [CrossRef](#) |
- Sarsosa K, Charria-Ortiz VH, Arenas-Ortiz F. Caracterización de los riesgos psicosociales intralaborales en jefes asistenciales de cinco clínicas nivel III de Santiago de Cali (Colombia). Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2014 Dic; 13(27): 348-61. | [CrossRef](#) |
- Tenório A, De Souza C, Susser E, Rossi R. Depresión relacionada con el trabajo en personal de equipos de atención primaria en Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2016; 106: 1990-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
- Arroyo J, Hartz J, Lau M. Recursos humanos en salud al 2011: Evidencias para la toma de decisiones. Lima: Ministerio de Salud. 2011. [Internet] | [Link](#) |

18. Marín-Lluch P, García C, Muñoz JL, Rabanaque G. Detección de riesgos psicosociales en profesionales sanitarios de un área de salud. *Aten Primaria*. 2006 Mar; 37(5): 302-3. [Internet] | Link |
19. Fonseca S, Cunha S, Campos R, Gonçalves S, Queirós C. Saúde ocupacional dos profissionais de emergência pré-hospitalar: Contributo do trauma e coping. *International Journal on Working Conditions*. 2019 Jun; 17(1): 69-88. | CrossRef |
20. Segarra M, Villena BM, González MN, Romero A, Rodríguez A. Occupational risk-prevention diagnosis: A study of construction SMEs in Spain. *Saf Sci*. 2017 Feb; 92(1): 104-15. | CrossRef |
21. Beck D, Lenhardt U. Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: findings from a company survey in Germany. *Int Arch Occup Environ Health*. 2019 Apr; 92(3): 435-51. | CrossRef | PubMed |
22. Salas-Zapata W, Ríos-Osorio L, Gómez-Arias RD, Álvarez-Del Castillo X. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: Limitaciones y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*. 2012 Jul; 32(1): 77-81. [Internet] | Link |
23. Taris TW, Schaufeli WB. The job demands-resources model. In: Clarke S, Probst TM, Guldenmund F, Passmore J. (Eds.). *The psychology of occupational safety and workplace health*. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd. 2016. p.155-80. | CrossRef |
24. Lewis R, Yarker J, Donaldson-Feilder E. The vital role of line managers in managing psychosocial risks. In: Biron C, Karanika-Murray M, Cooper CL. (Eds.). *Improving organizational interventions for stress and well-being. Addressing process and context*. London: Psychology Press/Taylor & Francis Group. 2012, p.216-37.
25. Harms PD, Credé M, Tynan M, Leon M, Wonho J. Leadership and stress: A meta-analytic review. *Leadership Quarterly*. 2017 Feb; 28(1): 178-94. | CrossRef |
26. Fallman SL, Jutengren G, Dellve L. The impact of restricted decision-making autonomy on health care managers' health and work performance. *J. Nurs. Manag*. 2019 May; 27(4): 706-14. | CrossRef |
27. Gilbert MH, Dagenais-Desmarais V, St-Hilaire F. Transformational leadership and autonomy support management behaviours: The role of specificity in predicting employees' psychological health. *Leadership Org Dev J*. 2017 Apr; 38(2): 320-32. | CrossRef |
28. Hower K, Pfaff H, Kowalski C, Wensing M, Ansmann L. Measuring change attitudes in health care organizations. *J Health Organ Manag*. 2019 May; 33(3): 266-85. | CrossRef | PubMed |
29. Goh SC, Chan C, Kuziemsky C. Teamwork, organizational learning, patient safety and job outcomes. *Int J Health Care Qual Assur*. 2013; 26(5): 420-32. | CrossRef | PubMed |
30. Skagert K, Dellve L, Eklof M, Pousette A, Ahlbordt GJ. Leaders' strategies for dealing with own and their subordinates' stress in public human service organisations. *Appl Ergon*. 2008 Nov; 39(1): 803-11. | CrossRef | PubMed |
31. Czabala C, Charzyn'ska K, Mroziak B. Psychosocial interventions in workplace mental health promotion: an overview. *Health Promot Int*. 2011 Dec; 26(1): 70-84. | CrossRef | PubMed |
32. Westphal MF, Taddei JAC, Venancio SI, Bogus CM. Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bull World Health Organ*. 1995; 73(4): 461-8. | PubMed |
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Crear lugares de trabajo saludables y equitativos para hombres y mujeres: Guía para empleadores y representantes de los trabajadores*. Ginebra: OMS. 2011. [Internet] | Link |
34. Pachito D, Eckeli A, Desouky A, Corbett M, Partonen T, Rajaratnam S, et al. Workplace lighting for improving alertness and mood in daytime e workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Mar; 3: CD012243. | CrossRef |
35. Faraut B, Andrillon T, Vecchierini MF, Leger D. Napping: a public health issue. From epidemiological to laboratory studies. *Sleep Med Ver*. 2017 Oct; 35(1): 85-100. | CrossRef | PubMed |
36. Lovato N, Lack L. The effects of napping on cognitive functioning. *Prog Brain Res*. 2010; 185(1): 155-6. | CrossRef | PubMed |
37. Slinger TE, Gross JV, Pinger A, Morfeld P, Bellinger M, Duhme AL, et al. Person-directed, non-pharmacological interventions for sleepiness at work and sleep disturbances caused by shift work. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Aug; 8: CD010641. | CrossRef | PubMed |
38. Martin-Hill C, Barger LK, Moore C, Higgins JS, Teasley L, Weiss PM. Effects of napping during shift work on sleepiness and performance in emergency medical services personnel and similar shift workers: A systematic review and meta-analysis. *Prehosp Emerg Care*. 2018 Feb; 22(sup1): 47-57. | CrossRef | PubMed |
39. Takahashi M, Nakata A, Haratani T, Ogawa Y, Arito H. Post-lunch nap as a worksite intervention to promote alertness on the job. *Ergonomics*. 2004 Jul; 47(9): 1003-13. | CrossRef | PubMed |
40. Amin MM, Graber M, Ahmad K, Manta D, Hossain S, Belisova Z, et al. The effects of a mid-day nap on the neurocognitive performance of first-year medical residents: a controlled interventional pilot study. *Acad Med*. 2012 Oct; 87(10): 1428-33. | CrossRef | PubMed |
41. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS. 2013, p.7,45-54. [Internet] | Link |
42. Forastieri V. Prevención de riesgos psicosociales y estrés laboral. En: *Organización Internacional del Trabajo. Boletín Internacional de Investigación Sindical. Riesgos psicosociales, estrés y violencia en el mundo del trabajo*. Ginebra: PRODOC OIT. 2017. p.11-37. [Internet] | Link |
43. Míake IM, Hempel S, Shanman R, Shekelle PG. What is an evidence map? A systematic review of published evidence maps and their definitions, methods, and products. *Syst Rev*. 2016 Feb; 5: 28. | CrossRef | PubMed |
44. Franco JVA, Arancibia M, Simancas-Racines D, Madrid E. Syntheses of biomedical information: narrative reviews, systematic reviews and emerging formats. *Medwave*. 2018 Nov; 18(7): e7354. | CrossRef | PubMed |
45. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009 Jul; 6(7): e1000097. | CrossRef | PubMed |
46. Burton J. Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS: Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ginebra: OMS. 2010. p.44-69. [Internet] | Link |
47. Hedges LV, Olkin I. *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando FL: Academic Press. 2014 Jun.
48. Morris SB. Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organ Res Methods*. 2008 Mar; 11(2): 364-86. | CrossRef |
49. Moberg J, Oxman AD, Rosenbaum S, Schünemann HJ, Guyatt G, Flottorp S, et al. GRADE Working Group. The GRADE Evidence to Decision (EtD) framework for health system and public health decisions. *Health Res Policy Sys*. 2018 May; 16(1): 45. | CrossRef | PubMed |
50. González C, Cuadrado C. Interventions to reduce the impact of dual practice in the public health sector. *Medwave*. 2019 Jun; 19(5): e7643. | CrossRef | PubMed |
51. Karchani M, Kakooei H, Yazdi Z, Zare M. Do bright-light shock exposures during breaks reduce subjective sleepiness in night workers?. *Sleep Biol Rhythms*. 2011 Apr; 9(1): 95-102. | CrossRef |
52. Sadeghniaat-Haghighi K, Yazdi Z, Jahanhashemi H, Aminian O. The effect of bright light on sleepiness among rapid-rotating 12-hour shift workers. *Scand J Work Environ Health*. 2011 Jan; 37(1): 77-9. | CrossRef | PubMed |
53. Lowden A, Akerstedt T, Wibom R. Suppression of sleepiness and melatonin by bright light exposure during breaks in night work. *J Sleep Res*. 2004 Mar; 13(1): 37-43. | CrossRef | PubMed |
54. Howard ME, Radford L, Jackson ML, Swann P, Kennedy GA. The effects of a 30-minute napping opportunity during an actual night shift on performance and sleepiness in shift workers. *Biol Rhythm Res*. 2010; 41(2): 137-48. | CrossRef |

55. Smith A, Kilby S, Jorgensen G, Douglas J. Napping and nightshift work: Effects of a short nap on psychomotor vigilance and subjective sleepiness in health workers. *Sleep Biol. Rhythms.* 2007 Abr; 5(2): 117-25. | CrossRef |
56. Atlantis E, Chow CM, Kirby A, Singh MA. Worksite intervention effects on sleep quality: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol.* 2006 Oct; 11(4): 291-304. | CrossRef | PubMed |
57. Rodríguez-León DL, Garzón-Molina NM. Comparación de las intervenciones en actividad física en Brasil y Colombia, desde la promoción de la salud. *Rev Fac Med.* 2013; 61(4): 449-58. [Internet] | Link |
58. Granada-Echeverri P, Zapata-Valencia CD, Giraldo-Trujillo JC. Impacto de un modelo de movilización social sobre la promoción de la actividad física en afiliados al sistema de seguridad social en salud. *Rev Salud Pública.* 2008 Jul; 10(3): 361-73. [Internet] | Link |
59. Valdivia LM, Lam C, Mucha R, Chávez J, Tanta J, Alvarezcano J, et al. Impacto de un programa de capacitación para la prevención de infecciones intrahospitalarias en un hospital general. *Trauma Fund MAPFRE.* 2013; 24(2): 126-31. [Internet] | Link |
60. Keynejad R, Semrau M, Toynbee M, Evans-Lacko S, Lund C, Gureje O, et al. Building the capacity of policy-makers and planners to strengthen mental health systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2016 Oct; 16(1): 601. | CrossRef | PubMed |
61. García P, Hughes J, Carcamo C, Holmes K. Training pharmacy workers in recognition, management, and prevention of STDs: district-randomized controlled trial. *Bull World Health Organ.* 2003; 81(11): 806-14. | PubMed |
62. Amaral E, Campos HH, Friedman S, Morahan PS, Araujo MN, Carvalho PM, et al. An educational international partnership responding to local needs: Process evaluation of the Brazil FAIMER Regional Institute. *Educ Health (Abingdon).* 2012 Nov; 25(2): 116-23. | CrossRef | PubMed |
63. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Moreno-Peral P, King M, Nazareth I, Martín-Pérez C, et al. Preventing the onset of major depression based on the level and profile of risk of primary care attendees: protocol of a cluster randomised trial (the predictD-CCRT study). *BMC Psychiatry.* 2013 Jun; 13(171): 1-16. | CrossRef | PubMed |
64. Ramos-Morcillo AJ, Fernández-Salazar S, Ruzafa-Martínez M, Del Pino-Casado R. Effectiveness of a brief, basic evidence-based practice course for clinical nurses. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2015 Aug; 12(4): 199-207. | CrossRef | PubMed |
65. Krings DS, Sunol R, Wagner C, Mannion R, Michel P, Klazinga NS, et al. The influence of context on the effectiveness of hospital quality improvement strategies: a review of systematic reviews. *BMC Health Serv Res.* 2015 Jul; 15(277): 1-13. | CrossRef | PubMed |
66. Greenfield D, Braithwaite J. Health sector accreditation research: a systematic review. *Int J Qual Health Care.* 2008 Jun; 20(1): 172-83. | CrossRef | PubMed |
67. Shahar DR, Henkin Y, Rozen GS, Adler D, Levy O, Safra C, et al. A controlled intervention study of changing health-providers' attitudes toward personal lifestyle habits and health-promotion skills. *Nutrition.* 2009 May; 25(5): 532-9. | CrossRef | PubMed |
68. Huibers M, Beurskens A, Bleijenberg G, Van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 Jul; (3): CD003494. | CrossRef | PubMed |

Correspondencia a

Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Bairro Santa Cecília
CEP: 90035
Porto Alegre, RS, Brasil



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.