

Diseño y validación de un programa de salud mental en las organizaciones

Design and validation of a mental health program in organizations



Osorio Jaramillo Liliana¹, Medina María del Mar², Cantillo Ávila Paola², Medina Polanía Ana Liliana², Cuartas Alonso Alexandra², Guaqueta Divo Adriana Carolina²

¹ Facultad de Psicología, Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia

² Especialización en Psicología organizacional y de la seguridad y salud en el trabajo. Facultad de Psicología, Universidad El Bosque, Bogotá-Colombia

Autor de Correspondencia

Osorio Jaramillo, Liliana
liliosoriojaramillo@gmail.com

Historia del artículo

Recibido: 29-04-2021

Aprobado: 21-08-2021

DOI: 10.18270/chps.v22i1.4034

<https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/CHP>

Declaración de disponibilidad de datos

Todos los datos relevantes están dentro del artículo, así como los archivos de soporte de información.

Conflicto de intereses

Los autores han declarado que no hay conflicto de intereses.

Como citar este artículo

Osorio, L., Medina, M. M., Cantillo, P., Medina, A., Cuartas, A., & Guaqueta, A. (2022). Diseño, validación y pilotaje de un programa para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en las organizaciones. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 22(1), 1-14. <https://doi.org/10.18270/chps.v2021i2.3775>

Copyright: ©2021.

La Revista Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología proporciona acceso abierto a todos sus contenidos bajo los términos de la licencia creative commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NCND 4.0).

Resumen

El objetivo del proyecto fue el diseño de un programa orientado a la promoción de la salud mental y la prevención, tanto primaria como secundaria, del trastorno mental en las organizaciones. Esto, con el fin de fomentar condiciones que apoyen la salud y la calidad de vida de las personas que trabajan en ellas. Para el logro del objetivo, se establecieron tres etapas: diseño, validación y pilotaje. En la primera, se plantearon tres fases, cada una con procedimientos y formatos específicos. Para la segunda etapa, se realizó un proceso de validación por jueces expertos mediante la técnica Delphi. Como producto de este, se encontró que, en general, el programa es pertinente, válido y coherente. A continuación, se procedió al pilotaje de la propuesta en una institución de salud con un grupo de doce funcionarios. Como resultado final, además de verificarse que el programa es adecuado y que las rutas de acción sugeridas favorecen una puesta en uso de forma relativamente fácil, se encontró una percepción positiva entre los participantes y solo fue necesario hacer pocos ajustes. En conclusión, el programa es adecuado, pertinente y se encuentra listo para ser implementado en cualquier organización.

Palabras clave: salud mental, promoción, prevención, riesgos psicosociales.

Abstract

The objective of the current project was to design a program intended to promote mental health as well as the primary and secondary prevention of mental disorder in organizations to support conditions that contribute to both the health and the quality of life of workers. To achieve the objective, three stages were established: design, validation, and piloting. In the design stage, three phases were proposed, each one with specific procedures and formats. For the second stage, an expert judgment validation process was carried out using the Delphi technique. As an outcome of this process, the program was found to be generally relevant, valid, and coherent. The proposal was then piloted in a health institution with a group of twelve staff members. As a final result, in addition to verifying that the program is adequate and that the suggested routes of action favor a relatively easy implementation, a positive perception was found among the participants, and just some adjustments were necessary. In conclusion, the program is adequate, relevant, and it is ready to be implemented in any organization.

Key words: mental health, promotion, prevention, psychosocial risks.

Introducción

La salud mental y las condiciones que permitan garantizarla son una preocupación permanente de los seres humanos en todos los espacios en los que interactúa. Actualmente, hay un gran interés por identificar estrategias que permitan que las organizaciones se constituyan en escenarios en los que se procuren, de manera activa, unas condiciones que favorezcan la calidad de vida, no solo física sino psicológica, afectiva y emocional de sus colaboradores. De esta forma, se podrá responder a lo previsto en la ley 1616 de 2013 y sus decretos reglamentarios. El interés es disminuir los factores desencadenantes de malestar psicológico, así como promover y aumentar todas aquellas prácticas que tengan como resultado el bienestar físico y mental de los trabajadores, teniendo en cuenta las condiciones complejas y cambiantes del trabajo, en general (Parra, 2001).

Si bien la Ley tiene más de seis años de haber sido promulgada, no se conocen acciones concretas, estructuradas y efectivas que permitan atender lo que en ella se reglamenta en lo que atañe a la existencia de programas o estrategias para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales dentro del ámbito organizacional; estos deberían acoger los parámetros técnicos que señalen los Ministerios de Trabajo y de Salud.

Este tema reviste particular interés si se tiene en cuenta que, en la Segunda encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema general de riesgos laborales de Colombia del año 2013 (Ministerio del trabajo y Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2013), se identificó que los riesgos psicosociales ocupan el primer lugar como principales desencadenantes de enfermedades laborales. A pesar de esto, la búsqueda de espacios laborales saludables no es una realidad en los países de América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2000.

Con base en lo anterior, el propósito del estudio fue el diseño de un programa para la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental en las organizaciones, en el que se reconocieran las condiciones y las características propias de las organizaciones productivas, tomando distancia de enfoques eminentemente clínicos, como resulta frecuente en estos casos.

En el documento *Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe*, la OPS (2000) indica que “la salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida, en general” (p.4).

Para la elaboración de la propuesta, en principio, se partió de la comprensión de dos conceptos básicos: salud mental y salud laboral. Para Houtman & Kompier (2012), la salud mental es entendida como un estado, un proceso y un resultado. Es un estado ya que la persona es capaz de percibir bienestar a nivel psicológico y social, lo cual se puede evidenciar en síntomas o manifestaciones positivas o negativas. Además, es un proceso, en la medida en que se despliegan diferentes estrategias de afrontamiento con el ánimo de lograr un equilibrio en la vida cotidiana; finalmente, es un resultado porque el producto de dicho proceso puede ser un estado de bienestar o la ausencia del mismo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la salud mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013, p.7).

Este mismo organismo en su informe de 2004 presenta preocupantes datos como, por ejemplo, que los trastornos mentales se consideran comunes y universales, y que posiblemente para el

año 2020 aumentará a 15% la carga total de enfermedad, lo que seguramente representará un aumento de los costos para la sociedad. Lo anterior refleja la necesidad de contar con acciones de atención, intervención y rehabilitación en temas de salud mental (OMS, 2004).

No menos importante es la relación que hay entre la salud mental y la conducta, ya que se tiene evidencia de que los factores sociales y la presencia de trastornos mentales se asocian con problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas y la deserción escolar, entre otros. Asimismo, la OMS (2004) afirma que la salud mental tiene un fuerte vínculo con la salud física, ya que se ha demostrado; por ejemplo, la existencia de una relación entre la depresión y la enfermedad cardiovascular.

Por otra parte, Álvarez et al. (2007) exponen que la salud ocupacional, o del trabajo, supone una serie de actividades específicas, encaminadas a mejorar y preservar la calidad de vida de los trabajadores, a través de estrategias de prevención, promoción, diagnóstico e intervención de aquellas condiciones que ponen en riesgo la integridad, tanto en el lugar de trabajo como fuera de éste. De igual forma, estos autores plantean que es necesario interpretar la salud del ser humano desde todos los puntos de vista posibles, como lo son lo psíquico, físico y social en el ambiente de trabajo, para, asimismo, intervenir desde estas dimensiones y prevenir enfermedades y accidentes laborales.

De acuerdo con Gálvez et al (2017), la salud laboral tiene como objetivo la búsqueda del bienestar en las personas vinculadas a las organizaciones mediante el diseño e implementación de acciones, tanto de promoción como de prevención, lo que supone controlar los riesgos a los que se expone y adaptar las condiciones del sitio de trabajo al hombre, principalmente en lo que se refiere a sus conocimientos, habilidades y aptitudes.

Por su parte, Gardell (como se citó en Noriega et al., 2000) manifiesta que en los últimos tiempos se ha encontrado una relación importante entre el trabajo y la aparición de alteraciones mentales, especialmente en los países industrializados. Señalan que, actualmente, los trabajadores se encuentran inmersos en situaciones más complejas de afrontar, en las que evidentemente hay más riesgos y desafíos que en épocas pasadas. Lo anterior se debe a las condiciones tan cambiantes y aceleradas en el ritmo de vida, en general, y a nivel laboral, en particular.

En este orden de ideas, Kawakami & Haratami (1999) presentan interesantes aportes respecto al peso que tienen, directa o indirectamente, las condiciones laborales como, por ejemplo, la jornada de trabajo, las condiciones de la tarea y la descalificación de actividades en la aparición de enfermedades tales como la hipertensión, la diabetes, u otros eventos que alteran la salud, como es el caso de los infartos de miocardio. Para estos autores, las condiciones laborales (especialmente aquellas que tienen que ver con la exposición a múltiples riesgos y las características propias de cada trabajo) pueden llegar a convertirse en fuentes que pueden asociarse al desarrollo de patologías mentales, fatiga y trastornos psicosomáticos en los trabajadores.

Los dos conceptos revisados confluyen en un tercero que es el tema de interés del programa desarrollado: la salud mental en el trabajo. Garrido (2001) plantea que, si bien este es un tema de creciente interés, ya desde el siglo pasado se viene haciendo énfasis en que ciertas condiciones del trabajo tienen una incidencia negativa en la salud mental, lo cual se manifiesta, a su vez, bajo la forma de afecciones físicas. Por lo anterior, se puede afirmar que las enfermedades mentales asociadas al trabajo se dan, en gran medida, por aspectos objetivos, pero también subjetivos, los cuales se relacionan con el estrés que los empleados refieren con relación a los factores de riesgo que se encuentran en el ambiente laboral.

Ahora bien, las definiciones de salud mental en el trabajo han cambiado con el paso del tiempo. Para Guerrero (1994), estas ya no solo se limitan a las competencias de la psiquiatría o de la psicología clínica, sino que incluyen la identificación in situ de otros aspectos importantes; por

ejemplo, aquellas características del entorno laboral que puedan aportar positivamente a la salud del trabajador. Por esto, se habla, entonces, de calidad de vida laboral. Asimismo, el autor resalta que las dinámicas de las organizaciones son más flexibles y se reconoce que, actualmente, se presta más atención a las necesidades del trabajador, profundizando en aspectos como la seguridad en el trabajo y la creación de condiciones para que se desarrolle de forma segura y satisfactoria.

A partir de lo anterior, el autor identifica ciertas variables del entorno laboral que interactúan con el trabajador y que, dependiendo de la forma en que se afronten, pueden hacer la diferencia entre lograr bienestar o provocar desgaste en la salud mental. Tal es el caso del trabajo excesivo, con distinción entre la sobrecarga cualitativa y la cuantitativa; la sub-carga laboral, que ocasiona desmotivación e insatisfacción; la promoción laboral; y la adaptación, que exige mayores habilidades sociales y más responsabilidades por parte del trabajador. Además, incluye otras variables de interés, a saber: la incertidumbre frente a lo desconocido, la ambigüedad y el conflicto de roles. Todo esto pone en evidencia la asociación entre los factores de riesgo psicosocial y la salud mental en los trabajadores (Guerrero, 1994).

Lo anterior pone en evidencia la urgente necesidad de contar con estrategias que permitan mitigar o eliminar los factores que afectan de manera significativa la salud mental de los trabajadores, para lo cual se han desarrollado algunos modelos que brindan orientaciones y pautas efectivas de intervención. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (2015) proporciona, en una de sus normas técnicas sobre prevención, parámetros bajo los cuales se puede promover la salud mental en las empresas.

Ahora, se introduce un concepto central para trabajar en la organización: la promoción, el cual se encuentra íntimamente ligado al de prevención.

En este punto, cabe anotar que la OMS (1986), en la Carta de Ottawa, indica que la promoción de la salud consiste en “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente” (p.2).

Así mismo, Para la OPS (2000), la promoción de la salud en los lugares de trabajo “incluye la realización de una serie de políticas y actividades en los lugares de trabajo, diseñadas para ayudar a los empleadores y trabajadores en todos los niveles, a aumentar el control sobre su salud y a mejorarla, favoreciendo la productividad y competitividad de las empresas y contribuyendo al desarrollo económico y social de los países” (p.4).

Por su parte, Costa & López (1986 como se citó en Fernández et al., 2009) refieren que la prevención tiene como propósito disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades, ya sea logrando que el periodo de la enfermedad sea más corto, o minimizando al máximo las secuelas o consecuencias que estas puedan dejar. Además, estos autores señalan que la prevención debe realizarse en tres niveles. El primario va de la mano con los objetivos de la promoción de la salud; en este, se debe educar a las personas sobre temas prioritarios en salud, creando estilos de vida saludables y disminuyendo los comportamientos de riesgo. En el caso de la prevención secundaria, se debe hacer un acompañamiento a las personas que ya tienen una condición médica de base en temas como la adherencia al tratamiento. Finalmente, el tercer nivel de prevención se hace con personas con enfermedades más complejas, con quienes se adelantan procesos psicoterapéuticos y médicos más especializados.

Por otra parte, Mingote et al. (2011) recalcan que es importante actuar de una manera integral ante los problemas de salud mental que posiblemente sean detectados en los empleados, porque estas problemáticas implican diferentes niveles de atención, así como estrategias variadas para cumplir con el objetivo de recuperar al individuo. En este planteamiento, se destaca la propuesta

de trabajar en dos vías: promoción de la salud mental y prevención de situaciones alarmantes o negativas dentro de la organización, como la depresión, el consumo de sustancias psicoactivas y el suicidio.

Dado que este es el modelo de intervención elegido para el diseño del programa propuesto, y con el fin de lograr una mayor comprensión de sus componentes, se presentará a continuación información tendiente a profundizar en torno a dicho modelo.

La prevención primaria tiene como objetivo reducir la incidencia de la enfermedad sobre las personas, lo cual se logra eliminando las condiciones que generan los riesgos o consecuencias indeseadas por medio de programas enfocados a mejorar y mantener la calidad de vida en el trabajo. La propuesta de Mingote et al. (2011) incluye acciones específicas para este nivel de prevención, las cuales hacen posible la detección e intervención de los posibles casos de trastorno mental en la población trabajadora, así:

1. Detección de los trastornos mentales en el lugar de trabajo, la cual se realiza con el objetivo de identificar signos de alerta que puedan sugerir la necesidad de una evaluación inicial. Las principales problemáticas que se pueden evidenciar en los trabajadores son los trastornos afectivos (destacándose la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático), así como problemas de abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias. En esta fase, se busca cumplir con dos objetivos básicos: (a) identificar síntomas y/o problemáticas que permitan configurar un posible diagnóstico, a partir del cual se puedan plantear los objetivos de intervención en todas las dimensiones, así como las estrategias y técnicas adecuadas para cada caso en particular. Con base en lo anterior, posteriormente se realizará una evaluación de los resultados de las acciones ejecutadas. Dentro de las herramientas que resaltan los autores, estos señalan que se puede hacer uso de la entrevista clínica y de los cuestionarios de evaluación. Y (b) determinar las pautas generales de intervención clínico-laboral, para lo cual se parte de la clasificación de la población según la gravedad del malestar o afectación psicológica que se presente, a fin de precisar las acciones requeridas según las necesidades identificadas.
2. Prevención de los problemas de salud mental en el trabajo, para lo cual se deben establecer pautas de actuación para la reducción de la enfermedad mental, enfocándose en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Con la prevención primaria, se busca reducir los problemas de salud, partiendo del conocimiento y eliminación de aquellos factores de causalidad, tanto a nivel individual como colectivo. Esto se logra a través de programas específicos de educación sanitaria, los cuales permiten mejorar la calidad de vida, así como el afrontamiento de los factores de riesgo presentes en las organizaciones.

La prevención secundaria, por su parte, tiene como finalidad la detección precoz de las posibles enfermedades a fin de determinar los tratamientos que permitan disminuir su duración, así como su impacto a largo plazo. Por tal razón, el trabajo debe ser integral; es decir, debe involucrar a los miembros del área de seguridad, salud en el trabajo y talento humano, quienes, a su vez, deben contar con el apoyo de instituciones externas especializadas en las temáticas o problemáticas identificadas.

Respecto a la prevención terciaria, esta se orienta a la intervención directa de las problemáticas para garantizar una adecuada reintegración laboral del trabajador.

3. La promoción de la salud está relacionada con las condiciones en los niveles individual, social y medio ambiental. Esto favorece el desarrollo psicológico y psicofisiológico, pues aumenta los factores protectores y reduce la aparición de trastornos mentales. Así, se pueden potenciar los recursos con los que cuentan las personas en todas las situaciones (especialmente, las laborales), teniendo como referencia las políticas de promoción de salud mental en el trabajo.

La revisión teórica realizada permitió evidenciar que, en Colombia, no se cuenta con programas de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en las organizaciones, a pesar

de que existe una normatividad referente al tema y de que, en la nueva tabla de enfermedades laborales, se incluyen varias relacionadas con el deterioro de la salud mental de los trabajadores.

En cuanto al objetivo general del proyecto, este fue diseñar un programa dirigido a la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en organizaciones colombianas.

Método

Los elementos metodológicos que se describen a continuación deben comprenderse en el contexto de la elaboración de un programa, lo que supone que cada etapa implica una serie de resultados específicos que se presentarán en cada una de ellas, así como unas conclusiones parciales de acuerdo con el momento de desarrollo del proyecto.

Tipo de estudio

El proyecto correspondió a una investigación de tipo tecnológico, en tanto el producto final era un programa que buscaba ser implementado en todo tipo de organizaciones públicas y privadas.

Procedimiento

Por ser el proyecto un desarrollo específico para dar solución a una problemática identificada en las organizaciones colombianas, el procedimiento que a continuación se describe corresponde a los componentes implementados, desde el diseño hasta la obtención de la versión final corregida del programa propuesto.

Así, el presente proyecto se desarrolló en tres etapas, las cuales se describen a continuación:

Etapa 1. Diseño del programa

Con base en la propuesta de Mingote et al. (2011), se diseñó un programa que consta de cuatro fases, cada una de las cuales cuenta con los soportes necesarios para la recolección, diligenciamiento y análisis de información. Cabe anotar que todos ellos fueron debidamente revisados y validados por expertos.

A continuación, se describe brevemente cada una de las fases propuestas.

Fase 1: revisión de antecedentes y documentos para la identificación y clasificación de los riesgos existentes que puedan impactar negativamente a la población trabajadora dentro de la organización. Los objetivos específicos de esta fase fueron los siguientes: (a) identificar los dominios y dimensiones que se ubican en nivel de riesgo medio y alto a través de la aplicación de la batería de riesgo psicosocial; (b) analizar los índices de rotación, ausentismo, accidentalidad, incapacidades psico-laborales y alteraciones mentales diagnosticadas en la población trabajadora en los últimos seis meses; (c) categorizar la información en dimensiones relacionadas con sintomatología asociada a estrés o trastorno mental; y (d) realizar un diagnóstico inicial con base en los resultados de la revisión de antecedentes.

Dentro de los antecedentes que se deben revisar se encuentran: los resultados de los estudios de riesgo psicosocial que se hayan realizado en la empresa, las estadísticas de ausentismo, rotación, accidentalidad, incapacidades psico-laborales y alteraciones mentales diagnosticadas de los últimos seis meses.

Con la información obtenida, se debe crear una base de datos, categorizando cada uno de los dominios, dimensiones, indicadores, estadísticas y demás aspectos revisados que puedan tener impacto negativo sobre la salud de los trabajadores.

El resultado final será un diagnóstico, en el cual se evidencien los factores intralaborales y extralaborales identificados como un posible riesgo, los trabajadores que presentan sintomatología asociada al estrés, frecuencia y causas de las rotaciones, causas de ausentismo laboral, origen de las incapacidades psico-laborales, causas de los accidentes de trabajo y alteraciones o enfermedades mentales diagnosticadas.

Fase 1B o alterna de recolección de información, la cual se implementa en el caso de que la organización no cuente con antecedentes o documentos para la identificación y clasificación de los riesgos existentes dentro de ella. El objetivo de esta fase es recolectar antecedentes de la organización cuando no se cuenta con estudios de riesgo psicosocial previos, ni protocolos de almacenamiento de la información acerca del estado de salud mental de los trabajadores.

En esta fase, se propondrá la aplicación de la batería de riesgo psicosocial para la identificación de posibles factores de riesgo, teniendo como referente la Resolución 2646 de 2008, así como la ley 1616 de 2013 de salud mental. Igualmente, se establecerán procedimientos de recuperación de información organizacional, como índices de rotación, ausentismo, accidentalidad, incapacidad psico-laboral y trastorno mental diagnosticado. Además, se categorizará la información en dimensiones relacionadas con sintomatología asociada a estrés o trastorno mental, para poder orientar la realización de un diagnóstico inicial, similar al elaborado en la fase 1.

Fase 2: prevención primaria y secundaria. El propósito de esta fase es la reducción de los factores de riesgo asociados a la aparición de trastornos mentales y detección temprana de signos de alerta en el ámbito laboral. Una vez se cuente con el diagnóstico, en esta fase se diseñan e implementan las acciones de prevención primaria y secundaria para cada nivel y según las necesidades identificadas. Para esto, cada organización direccionará los subprogramas, dependiendo de los hallazgos. Sin embargo, en el presente programa, se sugiere incluir las enfermedades o alteraciones psicológicas reconocidas legalmente por el sistema general de riesgos laborales, como las enfermedades derivadas del estrés, los trastornos de ansiedad y la depresión.

Adicional a lo anterior, un componente de esta fase está enfocado a la prevención del acoso laboral, según lo establecido en la ley 1010 de 2006. Para lograr esto, se debe socializar la ley con todos los empleados; además, se incorporarán medidas preventivas y correctivas frente al acoso laboral en el manual de convivencia de la organización. En este orden de ideas, se deberá realizar una revisión de dicho manual; y si este no existe, se debe orientar su creación y se deberán desarrollar acciones preventivas para evitar el acoso laboral, especificando objetivos, estrategias, acciones, responsables, tiempos de cumplimiento y; finalmente, formas de evaluación y seguimiento. Por último, se espera que, como resultado de estas acciones, la organización cuente con ruta de atención a las posibles víctimas de acoso laboral.

Se sugiere la aplicación de una lista de chequeo, elaborada por las autoras, que permite la detección de signos de alerta temprana ya que, como lo exponen Mingote et al. (2011), el trabajador puede empezar a presentar en el ámbito laboral ciertos signos de alarma; estos se deben tener en cuenta de manera individual, ya que cada trabajador tiene expectativas y motivaciones diferentes que pueden llegar a afectar la salud mental, la calidad de vida y la productividad laboral.

Las acciones específicas de esta fase son la priorización de la población trabajadora por grupos, y según los riesgos identificados como altos y muy altos, así como aquellos con sintomatología asociada al estrés y otras alteraciones psicológicas diagnosticadas. A continuación, se establecen estrategias de prevención para cada grupo de riesgo, indicando objetivos, descripción de las acciones, responsable, tiempo de cumplimiento, evaluación, meta e indicador. Cabe mencionar que los temas enfocados a la prevención primaria deben ser escogidos con base en las necesidades identificadas.

En tercer lugar, se deben implementar estrategias para la prevención del trastorno mental y el establecimiento de pautas de detección temprana de signos de alerta para la atención en salud mental. Para esto, es necesario identificar los trabajadores que requieren un seguimiento más especializado debido a que manifiestan cambios bruscos en el estado de ánimo o comportamientos desadaptativos, entre otras situaciones. Es importante señalar que el psicólogo ocupacional contactará a los empleados con posible trastorno o malestar psicológico y los orientará sobre la necesidad de visitar un profesional en salud mental (EPS, medicina prepagada o médico particular).

Fase 3. Promoción de la salud mental. En esta última fase del programa, se establecen condiciones específicas de tipo individual, social y del medio ambiente, que permitan un adecuado desarrollo psicológico y fisiológico del trabajador a través de la potenciación de los factores protectores con los que cuenta no sólo él, sino la organización; esto permitirá reducir la aparición de la enfermedad mental y de los síntomas asociados al estrés u otros trastornos mentales.

Para el logro de esta fase, se debe; en primer lugar, evaluar la percepción de los trabajadores frente a la calidad de vida laboral y; en segundo lugar, identificar los factores protectores presentes en la organización para, de esta forma, poder orientar la formulación de una política de promoción de la salud mental en el trabajo. Una vez se cuente con la política, se sugiere la creación de grupos psicoeducativos de acompañamiento y seguimiento profesional, dirigidos a los trabajadores.

Etapa 2. Validación del programa

La segunda etapa del proyecto tuvo como objetivo validar los componentes del programa de prevención de las enfermedades mentales y promoción de la salud mental. Para llevar a cabo esta actividad, se eligió el método Delphi como estrategia evaluativa; este método fue diseñado en Estados Unidos en la década de los 50 y ha sido ampliamente empleado en estudios del ámbito educativo (Martínez et al., 2012), salud (Dago et al., 2007), e incluso turismo y comercio (García & Suárez, 2013). Se consideró una opción apropiada ya que, particularmente en el ámbito de la salud, este método resulta pertinente para obtener consenso sobre la intervención de las enfermedades y el desarrollo de programas de atención y formación del personal médico (García & Suárez, 2013).

Para la utilización de esta técnica, se requiere contar con expertos que, tal como lo establece la European Aid Cooperation Office (como se citó en Martínez et al., 2012), deben cumplir con tres criterios para ser considerados como tales: (a) experiencia profesional en el tema (bien sea por formación o por trabajo empírico en el área); (b) independencia del experto de la investigación (no ser juez y parte); y, (c) capacidad de trabajar en equipo con los demás expertos convocados. El grupo de expertos estuvo conformado por cuatro psicólogos, de los cuales tres eran clínicos, y el cuarto, psicómetra.

El instrumento diseñado para la validación del programa fue un cuestionario tipo Likert con cuatro opciones de respuesta. Una vez recogida la información brindada por los expertos, el grado de acuerdo entre jueces se analizó cuantitativamente a través del coeficiente de validez de contenido V de Aiken, el cual arroja valores que oscilan entre cero y uno, entendiéndose que entre más se aproxime el valor a uno, existe una mayor consistencia en la evaluación y; por ende, mayor validez.

Para la valoración cualitativa del grado de acuerdo entre los jueces, se utilizó la clasificación propuesta por Landis & Koch (1977), que determina el grado de acuerdo o concordancia según la escala de valoración de Kappa (κ) de la siguiente manera: $<0,00$ = sin acuerdo; $>0,00 - 0,20$ = insignificante; $0,21 - 0,40$ = discreto; $0,41 - 0,60$ = moderado; $0,61 - 0,80$ = sustancial; $0,81 - <1,00$ = casi perfecto; $1,00$ = perfecto. En la Tabla 1, se presentan las puntuaciones y clasificaciones de los componentes del programa según el coeficiente V de Aiken y la clasificación de Landis y Koch, los cuales se obtuvieron a partir de las valoraciones de los jueces.

Tabla 1

Resultados del coeficiente V de Aiken y la clasificación de Landis y Koch del nombre, objetivo general y marco legal del programa

Componente	Descripción	Coeficiente V de Aiken	Landis y Koch
Nombre del programa	N.A	0.94	Casi perfecto
Objetivo general	N.A	0.75	Sustancial
Marco legal	El programa se corresponde con las disposiciones legales colombianas en la materia	1	Casi perfecto

En la Tabla 1, se observa que todos los componentes en cuestión alcanzaron una puntuación apropiada de coherencia entre los jueces, con lo que se puede afirmar que los tres componentes son válidos. En la Tabla 2, se aprecian las puntuaciones y clasificaciones que se obtuvieron para las dimensiones del componente *referente conceptual*. Todas obtuvieron una puntuación significativa, con lo que se puede afirmar que el componente en cuestión presenta validez de contenido.

Tabla 2

Resultados del coeficiente V de Aiken y clasificación de Landis y Koch del componente referente conceptual

Dimensión	Coeficiente V de Aiken	Landis y Koch
Coherencia del referente conceptual con el diseño del programa	0.94	Casi perfecto
El referente conceptual es suficiente para entender los constructos (prevención y promoción)	0.69	Sustancial
El referente conceptual cuenta con las tendencias más recientes para abordar los constructos (prevención y promoción)	0.81	Casi perfecto
El modelo teórico elegido es pertinente para el desarrollo del programa	0.81	Casi perfecto

La Tabla 3 muestra los resultados de las dimensiones que corresponden al componente *programa*. Se puede apreciar que si bien todas las dimensiones presentan validez de contenido, la dimensión relacionada con la correspondencia entre el programa y el “enfoque técnico elegido”, tuvo la puntuación más significativa en el coeficiente V de Aiken (alcanzando el valor máximo de 1) y un grado de acuerdo perfecto en la clasificación de Landis y Koch. Además, se debe resaltar que, en este componente, no hubo ninguna observación relacionada con necesidad de mejora asociada con las dimensiones en cuestión.

Tabla 3

Resultados del coeficiente V de Aiken y la clasificación de Landis y Koch del componente programa

Dimensión	Coeficiente V de Aiken	Landis y Koch
El desarrollo del programa corresponde al enfoque teórico elegido	1	Perfecto
El desarrollo del programa evidencia claridad teórica y metodológica	0.69	Sustancial
El programa es útil y aplicable a los contextos organizacionales del país	0.94	Casi perfecto

En la Tabla 4, se presentan los resultados de las dimensiones establecidas para analizar los componentes de las etapas 1, alterna 1b, 2 y 3. Como se puede apreciar, todas las dimensiones presentan validez de contenido. En la etapa 2, se destaca la dimensión “es pertinente realizar acciones encaminadas a la prevención del acoso laboral”, la cual alcanzó un valor de uno en el

coeficiente V de Aiken y un grado de acuerdo perfecto en la clasificación de Landis y Koch; por otra parte, en los componentes de las etapas 2 y 3 del programa, hubo dos y tres dimensiones, respectivamente, que tuvieron un grado de acuerdo sustancial y alcanzaron una puntuación de 0.69 en el coeficiente V de Aiken, excepto por la dimensión referente a la adecuación de las acciones para la promoción de la salud mental dentro de las organizaciones (etapa 3 del programa), que obtuvo una puntuación de 0.76.

Tabla 4

Resultados del coeficiente V de Aiken y la clasificación de Landis y Koch para las etapas del Programa.

Dimensión	Coeficiente V de Aiken	Landis y Koch
Etapa 1: Identificación y clasificación de los riesgos dentro de la organización.		
El objetivo es pertinente para el propósito del programa	0.94	Casi perfecto
Los documentos/soportos sugeridos para recolectar la información permiten cumplir el objetivo	0.94	Casi perfecto
Etapa 1B: Fase alterna. Recolección de información		
El objetivo es pertinente para el propósito del programa	0.94	Casi perfecto
El procedimiento de recolección de información organizacional es pertinente	0.94	Casi perfecto
Los documentos/soportos sugeridos para recolectar la información permiten cumplir el objetivo	0.88	Casi perfecto
Etapa 2: Prevención primaria y secundaria		
El objetivo es pertinente para el propósito del programa	0.94	Casi perfecto
Las acciones sugeridas para la detección temprana de signos de alerta son adecuadas para el propósito del programa	0.81	Casi perfecto
Es pertinente realizar acciones encaminadas a la prevención del acoso laboral para el propósito del programa	1	Perfecto
Las acciones propuestas son suficientes para realizar prevención primaria y secundaria en salud mental dentro de las organizaciones	0.69	Sustancial
Etapa 3: Promoción de la salud mental		
El objetivo es pertinente para el propósito del programa	0.88	Casi perfecto
La aplicación del Cuestionario CVT-GOHISALO resulta ser pertinente para los propósitos del programa	0.69	Sustancial
Las acciones propuestas son suficientes para el cumplimiento del objetivo de esta etapa	0.69	Sustancial
Las acciones propuestas son adecuadas para la promoción de la salud mental dentro de las organizaciones	0.75	Sustancial

Como resultado de esta etapa, se determinó que el programa posee validez de contenido en todos sus componentes; sin embargo, casi todas las dimensiones recibieron observaciones que, en su gran mayoría, fueron acogidas e incorporadas. Dentro de las precisiones hechas por los jueces, se destaca el llamado de atención respecto a que las empresas no tienen facultades como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Por ende, los profesionales no pueden realizar diagnósticos ni intervenciones a nivel clínico, sino que sólo se realizan tamizajes, a partir de los cuales se hacen las remisiones subsecuentes.

Etapa 3. Pilotaje del programa

Una vez se contó con el programa diseñado y debidamente validado, se consideró necesario realizar el pilotaje. Radic (2012) expone que este es básicamente la validación completa de las etapas de un programa; en este, se prueba la efectividad de las actividades diseñadas mediante su aplicación en la práctica, incluyendo procesos, interacción con los colaboradores, desarrollo, aplicación de instrumentos y análisis de resultados.

El estudio piloto se realizó en el área financiera de un hospital de Cundinamarca y la muestra estuvo conformada por un total de 12 personas. Dicha institución, a la fecha del pilotaje, no contaba con estudios o acciones formales en cuanto a salud mental y nunca había desarrollado estudios sobre aspectos propios de la psicología organizacional, como clima, cultura, liderazgo, entre otros.

Respecto a las etapas del programa, se pudo apreciar que, en la primera de ellas, las cinco actividades fueron coherentes en su estructura y orden. La primera actividad, socialización de la Resolución 2646 de 2008 y de la Ley 1616 de 2013, permitió que las directivas conocieran el abordaje de los temas. Se verificó que el formato de acta de reunión propuesto estuviera debidamente estructurado y fuera de fácil diligenciamiento.

Respecto a la segunda actividad, es decir, la solicitud de información sobre las desvinculaciones, inasistencias, incapacidades y reportes de accidentes de trabajo, se realizó por medio de un oficio de solicitud. En la tercera actividad, la revisión de la información permitió el reconocimiento de la existencia de variables que estaban afectando a los colaboradores. La cuarta actividad, la creación de la base de datos del programa WELLNESS, permitió la sistematización y análisis de la información recopilada, identificando condiciones desfavorables, asociadas a los factores intra y extralaborales. Debido a que, para esta actividad, no existía un formato que permitiera la categorización de los dominios, dimensiones, indicadores y estadísticas, entre otros, fue necesario crearlo, y este ahora forma parte de los adjuntos del programa.

La quinta actividad fue la realización de un diagnóstico inicial con base en los resultados y la identificación de colaboradores en riesgo psicosocial alto y muy alto, dando por terminada la etapa 1. Gracias a esta actividad, se pudieron individualizar los colaboradores que requerían un trabajo particular de acompañamiento. El formato de resultados del diagnóstico inicial es coherente en su estructura y orden, y resulta fácil de entender, lo que facilita el diligenciamiento.

Respecto a la segunda etapa, se inició con la priorización de la población trabajadora según los riesgos psicosociales identificados. En segundo lugar, se determinaron las estrategias de prevención para cada grupo de riesgo. Se evidenció una falencia en el formato ya que al realizar su diligenciamiento se generaba confusión, por lo que se hicieron las modificaciones y ajustes correspondientes.

En la tercera actividad, se diligenció la lista de chequeo de detección, la cual permitió identificar signos de alerta temprana que puedan estar afectando la salud mental de los colaboradores. Sin embargo, fue necesario hacer un ajuste ya que no existía una explicación de cómo llevar a cabo su corrección, tabulación y análisis.

En la cuarta actividad, a pesar de que el propósito es identificar a los colaboradores a quienes se les debe priorizar la intervención, la actividad no especifica de manera precisa la forma de hacer la remisión a gestión humana. Por ende, se precisó que dicha remisión sólo se hará a aquellos trabajadores con posibles trastornos mentales o malestar psicológico.

Por último, la quinta actividad de esta segunda etapa, que consiste en el contacto que realiza el psicólogo ocupacional con los trabajadores remitidos a la EPS, medicina prepagada o médico particular, se evidenció un vacío de procedimiento. Lo anterior debido a que, al momento de realizar la remisión del colaborador, no se precisa quién es el encargado de hacerlo. Entonces, se incluyó una nota en donde se precisa que esto lo debe hacer un psicólogo ocupacional o un profesional similar (psiquiatra o psicólogo).

La tercera etapa, promoción de la salud mental, incluye las últimas cuatro actividades del programa WELLNESS. La primera actividad fue la aplicación del instrumento CVT de Gohisalo para medir la calidad de vida de los trabajadores. La segunda actividad es muy importante porque permite identificar los factores protectores que mitigan el impacto de los posibles riesgos, a través de la lista de comprobación de procesos de gestión humana.

En el desarrollo de la tercera actividad de esta etapa, se elaboró la política de salud mental de la organización. Por otra parte, en la cuarta y última actividad, se puso en evidencia que el programa no incluía una clara descripción del alcance de los grupos psicoeducativos, por lo que se incluyó una descripción en la que se precisa que la creación de estos grupos solo será necesaria cuando existan colaboradores con posibles trastornos mentales o malestar psicológico.

Conclusión

El riguroso proceso de construcción y validación del programa WELLNESS permite asegurar que es una buena estrategia para la promoción de la salud y prevención del trastorno mental en las organizaciones, espacios poco atendidos desde la psicología en esta importante dimensión del bienestar. Este programa permite dar respuesta efectiva a lo que el mismo Ministerio de Salud de Colombia (2017) ha sugerido a las empresas, en el sentido de que es necesario que “la comunidad laboral implemente acciones para prevenir problemas y trastornos mentales en su entorno” (párr.5).

El programa cuenta con una validez de contenido más que aceptable y resulta efectivo no solo para la promoción de la salud mental, sino que permite la identificación de los riesgos a los que el trabajador está expuesto, para luego implementar estrategias de prevención primaria y secundaria.

Además, este programa se constituye en una alternativa para organizaciones de cualquier tipo y tamaño, pues les permitirá incidir en la salud mental y la calidad de vida de sus trabajadores. Lo anterior debido a que el programa parte de un diagnóstico minucioso de las necesidades y falencias de cada organización para realizar un manejo ajustado a sus características y particularidades, en función de cada uno de sus factores de riesgo.

El esfuerzo y detalle en el diseño del programa (cerca de 28 documentos y formatos adjuntos, elaborados especialmente para la recolección, el análisis, la evaluación de información, entre otros) permite contar con todas las herramientas necesarias para su adecuada implementación. De hecho, orienta efectivamente el trabajo de los profesionales en salud ocupacional y organizacional en sus esfuerzos por adelantar acciones de promoción y prevención, no desde una perspectiva clínica, sino con un enfoque en empresa, articulado a las demás variables organizacionales que impactan y se constituyen en riesgos psicosociales. Es importante tener en cuenta que, tal y como lo afirma Marulanda (2019), para el éxito de un programa como el aquí propuesto, se requiere del decidido apoyo de la alta gerencia, la sensibilización previa a los trabajadores, deconstruyendo aquellos imaginarios y supuestos equivocados que puedan generar resistencias futuras, y el diseño de estrategias para garantizar el acompañamiento permanente a la gestión de los diferentes componentes propuestos.

Con la implementación de este programa, se puede dar respuesta a lo previsto en la ley y se darían grandes pasos en la constitución de ambientes laborales saludables. Su configuración reconoce, tal y como lo sugieren Aguilar & Rentería (2009), la necesidad de los cambios a nivel individual, grupal y organizacional, pensando en la “premisa de trabajadores saludables, organizacionales saludables” y en que, en este tipo de iniciativas, es fundamental “ir más allá del accidente de trabajo y las enfermedades ocupacionales” (p.464).

La aplicación de programas, como el aquí propuesto, resulta crucial en países que, como Colombia, enfrentan grandes retos en términos de la salud mental. Si bien hay esfuerzos enfocados en la expedición de numerosas leyes y decretos que regulan los aspectos relacionados con la salud en el trabajo para prevenir los daños que se pueden producir en los trabajadores por condiciones

presentes en su espacio laboral, dicho trabajo ha estado liderado en mayor proporción por las administradoras de riesgos laborales. Si bien estas son un actor muy importante del sistema, pues son responsables de la vigilancia y control de la prevención de riesgos profesionales, así como de asesorar en el diseño de programas de salud ocupacional (Matabanchoy, 2012), han generado estrategias generales para situaciones y problemas, las cuales no atienden la naturaleza de la problemática y la organización en que se aplican.

Referencias

- Aguilar, M.C., & Rentería, E. (2009). *Psicología del trabajo y de las organizaciones: reflexiones y experiencias de investigación*. Red investigadores de psicología. Universidad Santo Tomás. <https://ascofapsi.org.co/pdf/Libros/Obracompleta.2009Aguilarmaria.pdf>
- Álvarez, F., Conti, L., Valderrama, F., Moreno, O. & Jiménez, I. (2007). *Salud Ocupacional*. Ecoe Ediciones.
- Betancur-Betancur, C. (2017). Representaciones sociales sobre salud mental construidas por profesionales en la ciudad de Medellín: un enfoque procesual. *Cuadernos Hispanoamericanos De Psicología*, 16(2), 5–14. <https://doi.org/10.18270/chps.v16i2.1973>
- Dago, A., Arcos, P., Álvarez, F., Baena, M., Martínez, J., & Gorostiza, I. (2007). Indicadores de riesgo de morbilidad prevenible causada por medicamentos. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 29-36. <https://doi.org/10.1157/13099118>
- Fernández, M., Buitrago, F. Ciurana, R., Chocrón L., García, J., Montón, C., Redondo, M. & Tizón, J. (2009). Programa de prevención en salud mental en atención primaria. *Atención Primaria*, 39 (3), 88-108. http://psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Fdez-Alonso%20et%20a_Tizon_2007_Programa-prevencion-SM-SAtencion%20Primaria.pdf
- García-Martínez, V., Aquino-Zúñiga, S., Guzmán-Salas, A. & Medina-Meléndez, A. (2012). *El uso del método Delphi como estrategia para la valoración de indicadores de calidad en programas educativos a distancia*. *Revista Electrónica Calidad En La Educación Superior*, 3 (1). 200-222. <https://doi.org/10.22458/caes.v3i1.439>
- García, M., & Suárez, M. (2013). El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 253-267. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n2/spu07213.pdf>
- Garrido, M. (2001). *Monografías de gestión en psiquiatría y salud mental: salud mental en el trabajo*. Universidad de Santiago de Chile. <https://www.yumpu.com/es/document/read/14421937/salud-mental-y-trabajo-psiquiatriasurcl>
- Gálvez, M., Gómez, J., Martín, M., & Ferrero, M. (2017). Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: implicaciones, estado de la cuestión y propuesta del Proyecto HU-CI. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(247), 103-119. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2017000200103&lng=es&tlng=es.
- Gómez, I. (2009). *Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo*. *Universitas Psychologica*, 6 (1) 105-113. <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fpepsic.bvsalud.org%2Fpdf%2Fup%2Fv6n1%2Fv6n1a11.pdf&clen=161476&chunk=true>
- Guerrero, J. (1994). Salud mental y trabajo en tiempos de cambio organizacional. *Revista Colombiana de Psicología*. (3), 100-108. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/15822>
- Houtman, I., & Kompier, M. (2012). *Trabajo y salud mental*. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. <https://medycsa.files.wordpress.com/2012/10/salud-mental.pdf>
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2015) *Salud mental: etapas para su promoción en la empresa*. *Salud mental: etapas para su promoción en la empresa*. <https://www.incorpora.org/documents/20181/495960/promocion-salud-mental-en-la-empresa-recurso-2-empresa.pdf/2b43f288-9c1d-42f4-85ef-ad5e84ac7188>
- Kawakami, N., & Takashi Haratani (1999) Epidemiology of job stress and health in Japan: review of current evidence and future direction. *Industrial Health*, 37, 174-186. <https://doi.org/10.2486/indhealth.37.174>

- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, (1) 159-174. <https://www.scinapse.io/papers/2164777277#fullText>
- Ley 1010 de 2006. [Congreso de Colombia]. *Por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo*. 23 de enero de 2006. D. O. No.46.160. <http://svrpubindc.imprenta.gov.co/diario/view/diariooficial/consultarDiarios.xhtml>
- Ley 1616 de 2013. [Congreso de Colombia]. *Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones*. 21 de enero de 2013. D. O. No.48.680. http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1616_2013.html
- Marulanda, R. (2019). *Diseño de un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para Unitécnica Ingecómputo SAS*. <https://hdl.handle.net/10901/17990>
- Matabanchoy, T. (2012). Salud en el trabajo. *Revista Universidad y Salud*, 12 (15), 87-102 <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/1270>
- Mingote, J., Del Pino, P., Sánchez, R., Gálvez, M., & Gutiérrez, M. (2011). El trabajador con problemas de salud mental, pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57 (1), 188-205. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500012>
- Ministerio del trabajo y Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2013). *Segunda encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema general de riesgos laborales*. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Ffasecolda.com%2F-cms%2Fwp-content%2Fuploads%2F2019%2F08%2Fii-encuesta-nacional-seguridad-salud-trabajo-2013.pdf&cldn=1275494&chunk=true>
- Ministerio de Salud de Colombia. (2017). *Salud mental, clave para el desarrollo de empresas y trabajadores*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/salud-mental-clave-para-el-desarrollo-de-empresas-y-trabajadores.aspx>
- Noriega, M., Laurell, C., Martínez, S., Méndez, I., & Villegas, J. (2000). Interacción de las exigencias de trabajo en la generación de sufrimiento mental. *Cadernos de Saude Pública*, 16(4), 1011-1019. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000400019>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para el fomento de la salud*. *Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en salud mental*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre Salud mental 2013-2020*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fapps.who.int%2Firis%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665%2F97488%2F9789243506029_spa.pdf&cldn=4179157&chunk=true
- Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Estrategia para la promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe*. https://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf
- Parra, M. (2001). *Monografías de gestión en psiquiatría y salud mental*. Universidad de Santiago. <https://www.yumpu.com/es/document/read/14421937/salud-mental-y-trabajo-psiquiatriasurcl>
- Radic, J. (2012). *Sistema de calidad en gestión escolar: presentación del programa piloto - Flacsi*. Universidad Alberto Hurtado & Universidad Católica. <http://www.flacsi.net/wp-content/uploads/2012/09/Descripci%C3%B3n-Programa-piloto-Sistema.pdf>
- Resolución 2646 de 2008. [Congreso de Colombia]. *Por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional*. Julio 17 de 2008. D.O. 47059. <http://svrpubindc.imprenta.gov.co/diario/index.xhtml?jsessionid=7d837a837cb29c55e8ad9b81489b>