

Intervencions per a la millora del benestar emocional de les persones en atur

En aquest document es proporcionen recomanacions per a les intervencions adreçades a la millora del benestar emocional de les persones en atur. Es tracta de recomanacions basades i informades en l'evidència que inclouen diferents nivells d'intervenció i s'adrecen als diferents agents implicats.



CSB Consorci Sanitari
de Barcelona

+B Agència
de Salut Pública

Autoria

Elaboració del document

Agència de Salut Pública de Barcelona

Redacció

Imma Cortès, Ferran Daban, Ana Fernández, Vanessa Puig

Coordinació

Imma Cortès

Col·laboradors i col·laboradores

Barcelona Activa

Àfrica Cardona

Paco Ramos

Lorena Ventura

Institut Municipal de Serveis Socials

Xavier Molina

Institut Català de la Salut

Carme Nebot

Citació recomanada

Intervencions per a la millora de la salut emocional de les persones en atur. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2017.

Índex

Introducció, 3

Quins són els efectes de l'atur en el benestar emocional?, 4

Per què l'atur afecta el benestar emocional?, 4

Quins són els nivells d'intervenció per a millorar el benestar emocional de les persones en atur?, 8

Quins components han d'incloure les intervencions?, 9

Evidència de les intervencions, 10

Nivell macro, 10

Nivell sistema, 13

Nivell comunitari, 16

Nivell grupal, 18

Nivell individual, 25

Conclusions, 29

Recomanacions, 32

Referències, 33

Annex 1, 37

Introducció

Un dels problemes identificats i prioritzats en la majoria de barris de la ciutat en què s'ha implementat el programa **Barcelona Salut als Barris**, és l'atur i els problemes de salut emocional relacionats. A més de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, en l'àmbit municipal hi ha diferents agents que igualment treballen en entorns relacionats amb l'atur i la salut emocional, com és el cas de Barcelona Activa, l'Institut Municipal de Serveis Socials, així com l'Institut Català de la Salut, a més de diversos agents comunitaris.

Les intervencions que duen a terme aquests agents són diverses, a vegades solapades entre elles i sovint amb finalitats diferents però amb un component comú: el potencial impacte en el benestar emocional de les persones en atur.

En aquest context es va identificar la necessitat de coordinació entre els diferents agents públics implicats i es va constituir un grup de treball per tal que doni suport i aportï informació que guiï la presa de decisions en les mesures adreçades a millorar la salut mental i benestar emocional relacionat amb l'atur. El present document és un producte d'aquest grup de treball.

L'objectiu del document és proporcionar recomanacions per a les intervencions adreçades a la millora del benestar emocional de les persones en atur. Es tracta de recomanacions basades i informades en l'evidència que inclouen diferents nivells d'intervenció i s'adrecen als diferents agents implicats.

QUINS SÓN ELS EFECTES DE L'ATUR EN EL BENESTAR EMOCIONAL?

L'evidència de l'impacte de l'atur en el benestar emocional és molt extensa. Diversos estudis l'han associat al deteriorament del benestar psicològic i a trastorns depressius i ansiosos (McKee-Ryan, Song, Wanberg, & Kinicki, 2005; Paul & Moser, 2009), així com a efectes més severos com el suïcidi (Milner, 2014). A més, les conseqüències negatives també s'estenen a les famílies en forma de conflictes en la parella i d'afectació de la salut i el benestar de fills i filles (Pedersen & Madsen, 2002).

PER QUÈ L'ATUR AFECTA EL BENESTAR EMOCIONAL?

Segons la jerarquia de motivacions humanes (Kenrick DT, Giskevicius V, Neuberg SL, 2010; Maslow, 1943), totes les persones necessiten cobrir una sèrie de necessitats per a sentir-se bé, que s'endrecen jeràrquicament, en funció de la seva importància. Les **necessitats bàsiques** són les **necessitats fisiològiques**, que fan referència a la supervivència física (poder menjar, hidratar-se, no passar fred, dormir i descansar) i les **necessitats de seguretat i protecció** (tenir un refugi, recursos per a viure amb dignitat). Un cop aquestes dues necessitats estan més o menys cobertes, les persones es veuen motivades a cobrir **necessitats psicosocials**, relacionades amb les **necessitats socials** (tenir amistats, sentir-se incloses i acceptades) i les **necessitats d'estima** (que inclou el respecte de la persona a si mateixa així com el respecte que les altres persones tenen d'una mateixa). Finalment, l'últim nivell té a veure amb la **necessitat d'autorealització o auto-actualització**, que es pot assolir un cop les altres necessitats es troben relativament ben cobertes i se satisfà quan les persones troben que la seva vida té un sentit vàlid.

En la nostra societat, la feina remunerada és un mecanisme per a satisfer aquestes necessitats. Per exemple, un treball de qualitat permet tenir diners per a cobrir les necessitats fisiològiques, així com les de seguretat i protecció. A més, pot cobrir les necessitats socials i d'estima, així com d'autorealització. Això no vol dir que sigui l'únic mecanisme per a cobrir aquestes necessitats, però sí un dels més importants. Específicament, s'han identificat tres necessitats que es generen de la situació d'atur relacionades amb el deteriorament del benestar emocional:

1. Necessitats psicosocials

Tenir una feina remunerada, més enllà d'aportar un benefici econòmic, quan es dona en condicions de qualitat, aporta altres beneficis psicosocials. Aquests beneficis o funcions latents del treball són: estructura temporal diària, contactes socials, participació en un propòsit comú, estatus i identitat, així com activitat regular. Aquestes necessitats podrien ser cobertes per diferents activitats, però en les persones de la nostra societat majoritàriament s'atenen mitjançant la participació en el mercat laboral (Jahoda, 1981) i es veuen alterades en situació d'atur.

L'autoeficàcia i l'autoestima són dos mecanismes implicats en l'aportació de benestar emocional del treball de qualitat (Siegrist & Marmot, 2004). L'autoeficàcia és la creença que una persona té en la seva capacitat de realitzar tasques. Es basa en una avaluació favorable de la pròpia competència i dels resultats esperats, induint sentiments de domini. L'autoestima està relacionada amb les necessitats socials. El contacte i suport d'altres persones reforça sentiments de pertinença, aprovació i èxit, mentre que quan manca sorgeixen sentiments recurrents de desil·lusió i frustració. Les persones en atur tenen més temps lliure, però tendeixen a aïllar-se socialment, amb patrons d'oci centrats en la llar (McKee-Ryan et al., 2005). Així, l'aïllament social, la soledat i la impressió subjectiva de ser una persona socialment exclosa, augmenta (Catalano et al., 2011).

2. Necessitats econòmiques

L'atur comporta un deteriorament de la situació econòmica el qual s'ha relacionat amb un augment de la mala salut mental per diversos motius, entre ells la necessitat d'endeutar-se per poder fer front a necessitats bàsiques com l'alimentació i l'habitatge (Vásquez-Vera, 2016), o a conseqüència d'un augment de l'aïllament social per la necessitat d'estalviar que podrien impedir satisfer necessitats psicosocials i d'autorealització (Bartley, 1994). Alguns estudis han demostrat com les prestacions econòmiques d'atur, sobretot aquelles de caràcter contributiu (Virtanen, 2003), poden revertir o alleujar l'impacte de l'atur en la salut mental (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortès, 2004; Puig-Barrachina, Malmusi, Martínez, & Benach, 2011; Rodríguez, Frongillo, & Chandra, 2001; Shahidi, Siddiqi, & Muntaner, 2016).

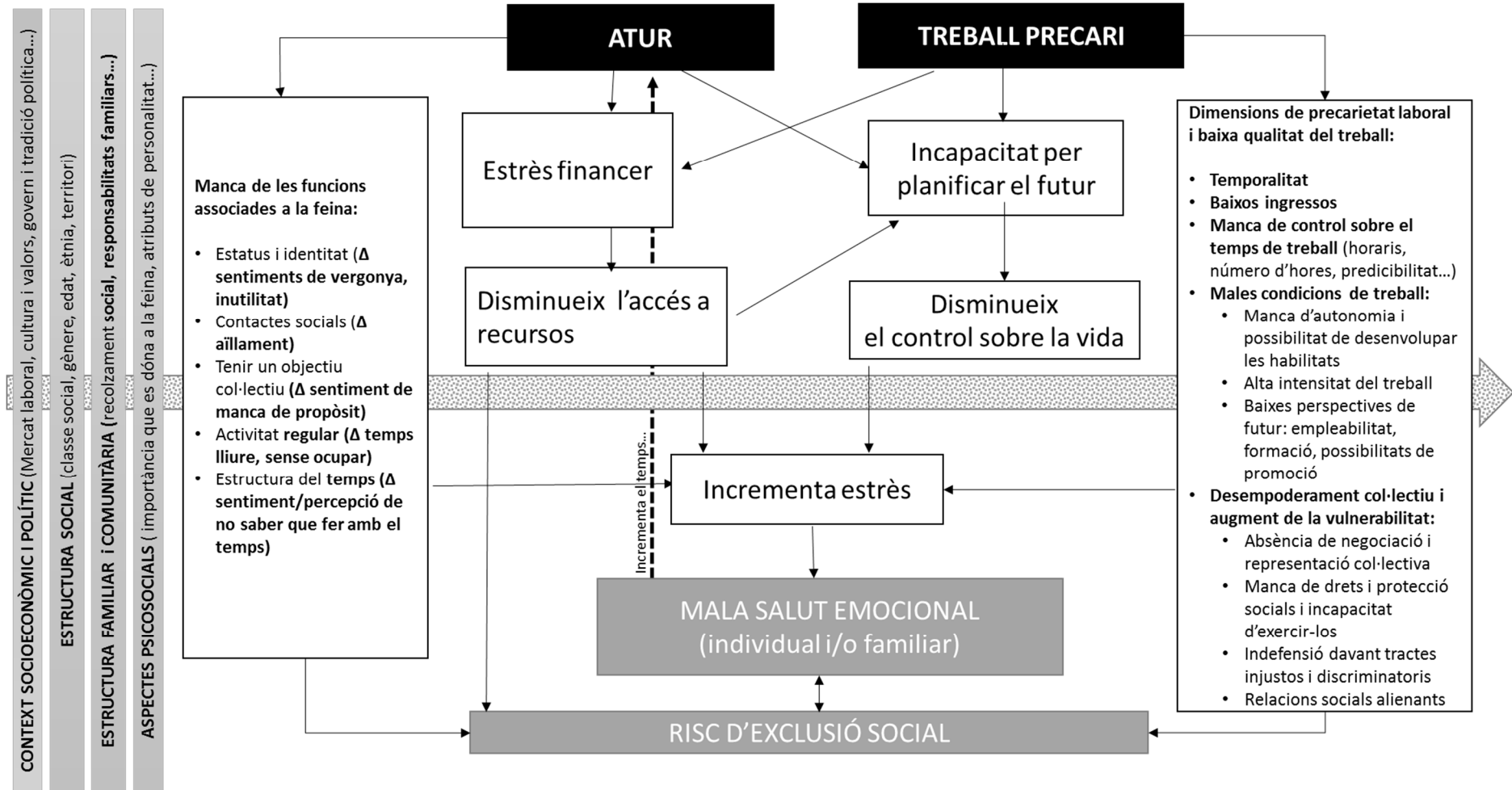
3. Necessitat de planificar el futur

La capacitat de controlar i influir en la pròpia vida juga un paper fonamental en el desenvolupament humà (Aronsson, 1989). La pèrdua d'aquesta capacitat és un mecanisme involucrat en el deteriorament de la salut emocional en períodes d'atur i inestabilitat laboral (Malenfant, LaRue, & Vezina, 2007). A l'estrès causat per la manca de recursos econòmics s'hi afegeix la impossibilitat de planificar i organitzar el futur (Janlert & Hammarström, 2009). Aquesta dificultat per a planificar el futur també pot ser una barrera per l'autorealització personal de la persona.

Aquests mecanismes tenen com a conseqüència un deteriorament del benestar emocional que alhora pot dificultar aconseguir una nova feina i augmentar el risc d'exclusió social. A més, l'atur és un dels principals generadors de desigualtats socials en salut. D'una banda perquè l'atur es distribueix de forma desigual segons la classe social, el gènere, el territori, l'ètnia i l'estatus migratori, de manera que afecta més a les persones amb menys recursos, i d'altra banda perquè l'atur té un impacte negatiu més sever en el benestar emocional i la salut mental de les persones d'aquests grups més desfavorits per la manca de recursos per fer front als efectes nocius de l'atur (Puig-Barrachina et al., 2011).

En la **Figura 1** es presenten els elements que defineixen el marc conceptual d'aquest document que inclou dues situacions relacionades amb el treball (l'atur i el treball precari) i la seva relació amb el benestar emocional i la salut mental.

Figura 1. Marc conceptual de la relació entre l'atur i el treball precari amb la salut emocional i l'exclusió social



QUINS SÓN ELS NIVELLS D'INTERVENCIÓ PER A MILLORAR EL BENESTAR EMOCIONAL DE LES PERSONES EN ATUR?

Existeixen 5 nivells d'intervenció que es defineixen a continuació:

1. Macro: Aquestes són bàsicament les polítiques relacionades amb l'ocupació, que es poden classificar en polítiques actives i passives.
2. Sistema: Són intervencions basades en el treball intersectorial que implica la coordinació entre diferents departaments o àmbits de l'administració.
3. Comunitari: Són les intervencions que es treballen des de la comunitat, incorporant entitats, veïnat i administració, que treballen conjuntament amb un objectiu comú.
4. Grupal: Intervencions que treballen amb grups de persones. Sovint la pròpia interacció entre elles és un element que contribueix a l'efecte de la intervenció.
5. Individual: Intervencions basades en el counselling i/o motivadores.

Els 5 nivells estan relacionats entre ells. Per exemple, algunes polítiques actives destinen recursos econòmics a la implementació de programes actius d'ocupació que s'implementen a nivell grupal i en alguns casos també individual. El nivell sistema proporciona intervencions coordinades intersectorials que poden ser grupals i també individuals, d'una manera similar a les intervencions comunitàries que poden participar igualment del nivell sistema. En la **Figura 2** s'observen els diferents nivells distribuïts en capes d'influència.

Figura 2 Nivells d'intervenció



QUINS COMPONENTS HAN D'INCLOURE LES INTERVENCIONS?

Sigui quin sigui el nivell de les intervencions adreçades a millorar el benestar emocional de les persones en atur, haurien d'incorporar les tres necessitats comentades anteriorment. Atès que és difícil que una mateixa intervenció les incorpori, és més factible obtenir els diferents components combinant diferents intervencions entre els diferents nivells. L'abordatge multinivell és un dels principis de les intervencions a escala local adreçades a la millora de la salut mental i el benestar emocional, tal com ho recull el Pla de salut mental de Barcelona 2016-2022 (Artazcoz, Pasarín, & Borrell, 2016). La **Figura 3** esquematitza aquest abordatge.

Figura 3. Marc per definir estratègies per millorar el benestar emocional de les persones en atur



A continuació es descriu per a cada nivell d'intervenció quines són les intervencions i les accions clau per desenvolupar-les. Les recomanacions estan basades i informades en l'evidència disponible en l'actualitat. Per a la seva elaboració s'ha realitzat una revisió narrativa de documentació. En l'annex 1 es resumeix l'evidència revisada.

Evidència de les intervencions

Nivell macro

El nivell més distal de les intervencions és el de les polítiques, que en el cas de la millora del benestar emocional de les persones en atur són sobretot les polítiques d'ocupació tant actives com passives. A continuació es descriu l'evidència del seu impacte en la salut i benestar emocional segons els dos tipus: 1) Polítiques passives i 2) Polítiques actives.

1. Polítiques passives

Les polítiques passives es refereixen principalment al suport econòmic de les persones en atur.

Diversos estudis han demostrat que les prestacions econòmiques per atur disminueixen els efectes negatius de l'atur en el benestar emocional i la salut mental (Artazcoz et al., 2004; O'Campo et al., 2015) i també que la generositat de les condicions de la prestació d'atur s'associa a un efecte positiu sobre el benestar mental de les persones en atur (Ferrarini & Sjöberg, 2010; O'Campo et al., 2015). En canvi, els sistemes més restrictius de prestacions econòmiques d'atur, com les prestacions subjectes a verificació, s'associen a un pitjor efecte sobre el benestar mental (Cylus, Glymour, & Avendano, 2014; Norström, Virtanen, Hammarström, Gustafsson, & Janlert, 2014; Rodriguez et al., 2001). D'altra banda, un recent estudi ecològic ha relacionat la despesa en la protecció econòmica de les persones aturades amb millora de la seva salut mental (Niedzwiedz, Mitchell, Shortt, & Pearce, 2016).

2. Polítiques actives

Les polítiques actives s'adrecen a la creació d'ocupació i la millora de l'ocupabilitat de les persones en atur. En aquest apartat s'aporta informació sobre la valoració global de les polítiques actives, mentre que l'apartat del nivell grupal es refereix als programes concrets que en alguns casos resulten de l'aplicació d'aquestes polítiques i en altres casos són intervencions no lligades a polítiques.

L'avaluació de l'efecte en la salut i el benestar emocional es basa en estudis ecològics que analitzen la despesa en aquestes polítiques. Així, l'estudi de Stuckler et al. suggereix que la despesa pública en polítiques actives pot contrarestar l'efecte negatiu de les recessions en les taxes de suïcidi (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, i McKee, 2009). En la mateixa línia, el recent estudi de Niedzwiedz ha associat una major despesa en polítiques actives a la disminució de les desigualtats socials en salut mental (Niedzwiedz et al., 2016). Finalment, també s'han associat les despeses més elevades en polítiques actives a interaccions socials més freqüents i reducció de la percepció d'exclusió social en persones en atur (Anderson, 2009).

Què funciona

Les prestacions econòmiques d'atur protegeixen la salut i el benestar emocional de les persones en atur, sobretot quan són generoses. Els resultats suggereixen que la despesa en polítiques actives millora el benestar emocional (concretament alguns indicadors com la disminució de les taxes de suïcidis en períodes de recessió econòmica i també l'increment del suport social) i redueix les desigualtats socials en salut mental.

Què no funciona

Les prestacions econòmiques més restrictives no són suficients per millorar el benestar emocional de les persones en atur.

D'acord amb les tres necessitats bàsiques que haurien d'incorporar les intervencions, aquestes s'adrecen a:

Les polítiques passives generoses s'adrecen a cobrir les necessitats econòmiques, mentre que la certesa que proporcionen els ingressos econòmics aportats per les prestacions d'atur augmenta la possibilitat de planificar el futur. Pel que fa a les polítiques actives, es dirigeixen a les necessitats psicosocials.

Nivell sistema

Es tracta d'intervencions que es basen en la coordinació activa de les institucions públiques que desenvolupen programes o accions que poden tenir un impacte en la millora del benestar emocional de les persones en atur. Tot i que poden ser diverses institucions depenent del context concret, majoritàriament són les de l'àmbit de la salut, treball i serveis socials. Quan s'incorpora la participació comunitària (per exemple amb entitats veïnals presents en algun territori) es tracta d'intervencions que combinen dos nivells (sistèmic i comunitari).

Segons Vuori (Vuori, Blonk, Price, & Editors, 2015) un programa d'aquest nivell ben organitzat per ajudar les persones aturades de llarga durada ha de començar amb una fase d'identificació de necessitats en quatre àmbits: a) determinació d'objectius laborals, b) determinació de les necessitats financeres, c) caracterització de la situació familiar i identificació de possibles problemes en les relacions familiars, i d) valoració de l'estat emocional. Segons els resultats d'aquesta fase es recomana a la persona la participació en diferents intervencions adreçades a cobrir aquestes necessitats. Si és necessari, la participació s'ha d'estendre a la família.

D'altra banda la Comissió Europea ha identificat la insuficient coordinació de les institucions públiques com una barrera a la integració de les persones en atur, especialment les de llarga durada (European Commission, 2016).

No s'ha identificat evidència d'intervencions d'aquest nivell adreçades a millorar el benestar emocional de les persones en atur. Tot i així, en l'àmbit de la salut hi ha algunes iniciatives a nivell sistèmic que impliquen la coordinació interinstitucional. Es comenten a continuació tres d'aquestes iniciatives: 1) La coordinació intersectorial en el context de l'atenció a la salut centrada en les persones, 2) La prescripció social i 3) El programa PATHS.

1) Coordinació intersectorial en el context de l'atenció a la salut centrada en les persones.

La coordinació intersectorial és una de les 5 direccions estratègiques de l'Organització Mundial de la Salut que formen part de l'estratègia global "Serveis de salut integrats i centrats en les persones" (WHO, 2015). El punt focal de millora és la prestació d'atenció a l'individu, amb serveis coordinats segons les seves necessitats i de les seves famílies. La coordinació intersectorial no és només la coordinació entre els proveïdors de serveis, sinó també la coordinació de la cura a través del temps, a través de la millora dels fluxos d'informació (pot incloure l'intercanvi obert d'informació entre departaments) i el manteniment de les relacions amb els proveïdors (incloent projectes conjunts de seguiment i avaluació). Per centrar l'atenció en les persones cal desenvolupar els serveis, inclosa la infraestructura, els sistemes de referència, la tecnologia de la informació i la gestió de casos. Hi ha estudis que suggereixen que les persones que pateixen més la sub-coordinació intersectorial són persones pobres, vulnerables i de minories ètniques o grups de difícil accés.

L'evidència sobre les estratègies més efectives per promoure la coordinació intersectorial és relativament limitada, però totes impliquen múltiples components, com per exemple requisits regulatoris, incentius pressupostaris, objectius fixats conjuntament i control i avaluació conjunta. Els ajustaments a nivell de polítiques per donar suport a l'atenció coordinada poden adoptar moltes formes diferents, però totes han d'incloure un compromís de comunicació, regulació i processos racionalitzats, així com flexibilitat per adaptar-se a diferents contextos.

2) Programa PATHS

La gestió de casos és una estratègia ben establerta d'integració de serveis per a respondre a les necessitats de persones amb problemes mèdics complexos. El programa PATHS que es duu a terme a Nova Zelanda, es basa en la gestió de casos i incorpora la coordinació entre serveis de salut i altres agents no sanitaris. Té com a objectiu la millora de la salut i la reinserció laboral de persones amb problemes de salut que els impedeix treballar (majoritàriament en tres situacions laborals diferents: aturades, amb una discapacitat temporal, amb una discapacitat permanent). La

coordinació intersectorial s'estableix entre serveis de salut i serveis de prestacions econòmiques, a més de suport comunitari mental/social i es basa en l'abordatge personalitzat característic de la gestió de casos. No se n'ha avaluat l'impacte en la salut i la reinserció laboral, però sí la satisfacció de les persones usuàries i del personal d'infermeria involucrat en la coordinació (Mckinlay, Mackie, Arcus, & Nelson, 2012).

3) Prescripció social

No hi ha una definició àmpliament acordada sobre la prescripció social. La Xarxa de prescripció social la defineix com “capacitar als professionals de la salut per referir els i les pacients a una persona d'enllaç per co-dissenyar una prescripció social no clínica per millorar la seva salut i benestar” (Polley et al., 2016). Els recursos socials que s'ofereixen sovint són proporcionats pel sector voluntari i comunitari i poden incloure una àmplia gamma d'informació pràctica i assessorament, activitat comunitària, activitats físiques, contactes socials i habilitació de serveis. Tot i que hi ha diferents modalitats d'implementació, el més habitual és l'existència de la figura de la persona facilitadora (o agent de referència o navegador) que actua com a pont entre els professionals de l'atenció primària de salut i tot el ventall d'oportunitats socials (Brandling & House, 2009).

L'avaluació de la prescripció social és molt incipient i de qualitat limitada atès que la majoria de les avaluacions són a petita escala i tenen un disseny i una informació deficients. Una recent revisió sistemàtica d'experiències al Regne Unit va concloure que la prescripció social està àmpliament propugnada i implementada, però l'evidència actual no proporciona un detall suficient per jutjar-ne l'èxit o l'eficiència (Bickerdike, Booth, Wilson, Farley, & Wright, 2017).

D'acord amb les tres necessitats bàsiques que haurien d'incorporar les intervencions, aquestes s'adrecen a:

El nivell sistema hauria de coordinar els diferents sectors per tal de proporcionar intervencions que cobrissin les tres necessitats bàsiques.

Nivell comunitari

La salut comunitària és un projecte col·laboratiu, intersectorial i multidisciplinari que usa abordatges de salut pública, de desenvolupament comunitari i intervencions basades en l'evidència per implicar i treballar amb les comunitats de manera adequada als seus valors culturals per optimitzar la salut i la qualitat de vida de les persones (Goodman, Bunnell, & Posner, 2014). L'impacte de les intervencions de salut comunitària es produeix a diferents nivells, des dels entorns i les dinàmiques comunitàries, a les conductes o finalment a la salut (Roussos & Fawcett, 2000).

No s'han trobat estudis que adoptant una visió comunitària s'adrecin a disminuir els efectes de l'atur en la salut mental de les persones afectades. Malgrat això, existeixen iniciatives de base comunitària que promouen xarxes de suport mutu i voluntariat, amb l'objectiu d'apoderar a les persones que estan en aquesta situació (Giuntoli, South, & White, 2011).

A Barcelona, sota el marc del programa Barcelona Salut als Barris (BSaB), s'està duent a terme un programa comunitari amb l'objectiu de millorar el benestar emocional i la salut de la població adulta amb risc d'exclusió social resident a un barri de la ciutat molt afectat per l'atur. El programa s'estructura en dues fases, una primera amb un conjunt de sessions en grups oberts de 5 a 20 persones que són conduïdes per persones preferiblement del barri i especialitzades en cada temàtica. Els continguts inclouen aspectes de promoció de la salut física i emocional, així com eines socials i professionals. La segona fase fomenta que les persones participants en la fase anterior realitzin posteriorment un retorn social en forma de voluntariat. L'avaluació de la prova pilot constata una millora significativa de la salut emocional i un augment del benestar emocional, tot i que no es van trobar diferències significatives en el suport social. També l'avaluació del retorn social va ser positiva, amb una àmplia participació i interès en els programes de voluntariat. En l'actualitat s'ha iniciat la segona edició en el mateix barri i es preveu estendre el programa a altres barris de BSaB.

Tot i que el programa no està adreçat específicament a persones en situació d'atur, moltes de les que es troben en risc d'exclusió social pertanyen a aquest col·lectiu; en la prova pilot en van ser prop d'una cinquena part.

D'acord amb les tres necessitats bàsiques que haurien d'incorporar les intervencions, aquestes s'adrecen a:

Els programes de base comunitària s'adrecen a les necessitats psicosocials relacionades amb les funcions latents que aporta el treball remunerat (estructura del temps, activitat regular, contacte social, objectiu col·lectiu i status i identitat). En tot cas, però, l'evidència sobre el seu impacte és incipient.

Nivell grupal

Les intervencions d'aquest nivell s'adrecen a grups de persones i en general es considera que la pròpia interacció interpersonal és un element que contribueix a l'efecte de la intervenció. És el nivell amb més evidència publicada que s'ha organitzat en tres subgrups segons el tipus d'intervenció: 1) Programes actius d'ocupació, 2) Teràpia cognitiu-conductual i 3) Altres intervencions grupals. Tot i ser les més nombroses, dues recents revisions conclouen que hi ha poques intervencions avaluades, que en molts casos els dissenys són de poca qualitat i tenen mancances d'informació sobre els components de la intervenció (Koopman, Pieterse, Bohlmeijer, & Drossaert, 2017; Moore et al., 2016).

1. Programes actius d'ocupació (PAO)

Un dels objectius dels PAO és incrementar les oportunitats de trobar feina per aquelles persones que n'estan buscant. En molts casos deriven de polítiques actives (nivell macro) però també es poden dur a terme independentment d'aquestes. Han estat avaluats abastament tenint en compte l'objectiu principal, la reinserció laboral, amb resultats heterogenis segons el país d'implementació, la durada, les característiques de les persones que hi participen i també dels programes, entre altres factors (Bonoli, 2010; Card, Kluve, & Weber, 2015). En canvi hi ha poca recerca en relació al seu impacte en la salut i el benestar (Moore et al., 2016). D'acord amb revisions narratives de la literatura, la participació en els PAO pot tenir diversos efectes beneficiosos en la salut. Els principals efectes positius són els següents:

- Reduccions en l'angoixa psicològica, la depressió, l'ansietat i la sensació d'impotència.
- Augment del benestar subjectiu (per exemple, la satisfacció amb la vida, l'exclusió percebuda, els contactes socials).
- Alts nivells de control / domini i autoeficàcia.
- Milliores en la motivació i l'autoestima.
- Millora del suport social.

L'evidència es basa en les teories sobre l'efecte de l'atur en la salut, la limitada avaluació de programes concrets i molt pocs estudis que comparen persones aturades que han participat en algun PAO i altres que no. Els resultats de les avaluacions són positius o neutres, sent en general més positius en països europeus (sobretot nòrdics) i menys als Estats Units, tot i que en aquest cas tenen un major efecte en les persones amb major risc de depressió.

És important distingir entre diferents tipus de PAO així com el contingut dels diferents programes (Leemann, Norup, & Clayton, 2016). Tot i que manca recerca en aquest sentit, els resultats dels estudis suggereixen que els programes que incorporen formació en habilitats per a la cerca de feina i resolució de problemes, així com eines per afrontar contratemps (com possibles nous episodis d'atur) s'associen a millores en el benestar emocional (Moore et al., 2016). Dos mecanismes expliquen els efectes positius: a) els processos grupals que milloren l'eficàcia en la cerca de feina incrementant la sensació de domini, i b) la inoculació enfront dels contratemps i l'augment de la resiliència protegint les persones de la depressió causada per una eventual segona pèrdua de feina després d'un període de reocupació.

En canvi els programes basats només en formació professional podrien augmentar les desigualtats socials. Aquest va ser el cas d'una recent intervenció a Finlàndia que va constatar una millora de la salut i benestar emocionals en les persones participants amb un nivell d'educació més alt i en ocupacions prèvies més qualificades, mentre que en les de menor nivell d'educació i en ocupacions menys qualificades els canvis van ser neutres o fins i tot perjudicials (Saloniemi, Romppainen, Strandh, & Virtanen, 2014).

El programa JOBS (i adaptacions d'aquest programa) és un dels que ha demostrat un efecte positiu en la salut i benestar de les persones en atur, havent-se mostrat especialment útil en la disminució de símptomes depressius en les persones aturades amb alt risc de depressió. El nucli de la intervenció s'observa a la [Taula 1](#).

Taula 1. El programa JOBS: les característiques del programa, els efectes a curt termini sobre les capacitats i la motivació i els resultats a llarg termini

Característiques del programa JOBS	Efectes a curt termini sobre les habilitats i la motivació	Resultats a llarg termini
Temes: descobriment d'habilitats comercials, anticipació de barreres, efectivitat en la creació de xarxes, habilitats d'auto-presentació, pensar com una persona empresària.	Increment de l'autoeficàcia en la cerca de feina.	Reocupació més ràpida.
	Resiliència i inoculació davant els contratemps.	Reducció de les dificultats econòmiques.
	Expertesa i persistència en la cerca de feina.	Millora del benestar emocional i la salut mental i física.
Procés: entrega del grup, estil d'aprenentatge actiu, jocs de rol, resolució de problemes, modelatge del comportament efectiu.	Augment de la sensació de control.	Habilitats i resiliència per a la futura cerca de feina.
Entorn: aporta suport, consideració positiva incondicional, fomenta la diversitat de creences i enfocaments, es comparteixen experiències personals.		

Font: (Vuori et al., 2015)

És important tenir en compte les respostes individuals a l'atur i a la participació en PAO. Per exemple s'han assenyalat conseqüències negatives en l'àmbit social i de la salut en persones amb mal estat de salut que han participat en PAO (Leemann et al., 2016). D'altra banda, alguns estudis han posat de manifest que el contingut dels programes pot tenir un impacte negatiu en el benestar emocional, especialment quan els participants consideren que són estigmatitzants, que no coincideixen amb les seves necessitats o que la participació és obligatòria i compatible amb les sancions. Els efectes sobre la salut emocional de la participació obligatòria i les sancions encara no han estat avaluats satisfactòriament, però la literatura teòrica suggereix que tenen un impacte negatiu en el benestar de les persones participants, i que es necessiten evidències més clares per justificar el seu ús en els PAO (Leemann et al., 2016; Wulfgramm, 2011), especialment en les persones amb problemes de salut previs (Leemann et al., 2016).

A la ciutat de Barcelona, des de l'any 2008, s'ha implementat el projecte "Treball als barris" en aquells barris amb menor nivell socioeconòmic, que tradicionalment han rebut menys recursos públics i que actualment estan emparats sota la Llei de Barris (2/2004). Un dels programes específics que contempla el projecte té com a objectiu afavorir la inserció sociolaboral de col·lectius amb dificultats d'inserció. Aquest programa utilitza els recursos propis de cada barri, apropant així el servei a l'àmbit territorial de les persones aturades. La metodologia general del programa es basa en itineraris personalitzats d'inserció segons el punt de partida de cada participant. Cada persona participant consensua amb el/la tècnic/a corresponent les activitats a dur a terme en el marc del dispositiu del seu barri. Es realitza una doble intervenció: una primera a nivell individual mitjançant una tutorització que acompanya un segon nivell grupal mitjançant la realització de diversos tallers formatius.

Un primer estudi d'avaluació mostra una disminució del percentatge de persones amb mala salut mental al cap d'un any de participar al programa. Aquesta millora en el benestar emocional s'observa tant en dones com en homes, i és més accentuada en aquelles persones que han trobat feina. També s'ha pogut observar una disminució del percentatge de persones que consumeixen medicaments relacionats amb la salut mental com sedants i antidepressius (Borrell et al., 2017).

2. Teràpia cognitiu-conductual (TCC)

Es tracta d'intervencions exclusivament psicològiques basades en la reestructuració cognitiva, la modificació del comportament i l'assignació de tasques, i que utilitzen les tècniques clàssiques de la TCC (com resolució de problemes, inoculació, habilitats i modelatge), sovint aplicades com a cursos de formació. Hi ha molt poca evidència de l'efecte en el benestar emocional de les persones en atur que participen en aquest tipus d'intervencions i els resultats són heterogenis.

Els tres estudis identificats avaluen intervencions adreçades a persones en atur de llarga durada. Dues de les intervencions aporten resultats positius en el benestar emocional (Creed, Machin, & Hicks, 1999; Proudfoot, Gray, Carson, Guest, & Dunn, 1999), mentre que la tercera no va tenir cap efecte (Harris et al., 2002). La intervenció

de Proudfoot es va dur a terme a UK en professionals. Va consistir en sessions de 3 hores setmanals durant 7 setmanes en grups de 10 a 15 persones, a més de tasques setmanals. Els resultats van ser positius tot i que de moderada magnitud en relació als símptomes depressius, però no va disminuir el percentatge de possibles casos de trastorn mental. Creed et al. van avaluar una intervenció en 60 joves australians aturats de llarga durada. El programa de 3 dies de durada consistia en una sessió de 3 hores i una de 2 hores cada dia (5 hores diàries, amb un total de 15 hores). Comparats amb altres joves aturats en una llista d'espera, els participants van millorar el seu benestar emocional mesurat amb diferents indicadors (Creed et al., 1999).

Pel que fa a l'estudi de Harris, es va realitzar a Austràlia en aturats de llarga durada de baix nivell socioeconòmic de zones desafavorides de Sydney. No es va trobar cap efecte en el benestar emocional, però l'avaluació suggereix que en tot cas hi va haver certa evidència d'un efecte advers respecte la desesperança i l'optimisme (Harris et al., 2002). Els resultats divergents de l'estudi de Proudfoot i el de Harris, a banda de que poden estar relacionats amb el format de les sessions, suggereixen que aquests tipus d'intervencions podrien augmentar les desigualtats socials en salut. Cal tenir en compte, tanmateix, que els estudis són antics i tenen un risc elevat de biaix (Moore et al., 2016).

3. Altres intervencions grupals

S'han identificat dos estudis que avaluen intervencions amb diferents components. La primera es basa en la formació en competències emocionals i es va dur a terme a Espanya. Els resultats assenyalen un efecte marginal en la millora de les competències emocionals només de les persones en atur de curta durada (no en l'atur de llarga durada) (Hodzic, Ripoll, Bernal, & Zenasni, 2015) i cap efecte en el benestar emocional i la salut mental (Moore et al., 2016).

Una recent intervenció de promoció de la salut a Alemanya en persones aturades de llarga durada (més de la meitat portaven cinc o més anys en atur) que participaven en programes de reinserció laboral, va aconseguir resultats positius en la millora del benestar emocional. Amb un enfocament de formació de formadors, el programa el

van dur a terme professionals, principalment treballadors socials o gestors de casos, que van ser entrenats per un equip multiprofessional. Es tracta d'una intervenció que combina el nivell grupal amb l'individual i que consisteix en sessions individuals basades en entrevistes motivacionals i sessions participatives de grup que involucren activitat física (Limm et al., 2015).

Què funciona

Els PAO que inclouen estratègies per millorar l'eficàcia en la cerca de feina i la resiliència davant eventuais nous episodis d'atur després de períodes d'ocupació són les intervencions més avaluades, amb més avaluacions de qualitat i amb resultats positius. El programa JOBS (i les seves adaptacions) és el model amb resultats més consolidats. A Barcelona, els resultats preliminars del programa Treball als Barris indiquen efectes positius en el benestar emocional de col·lectius amb dificultats d'inserció laboral. Les poques avaluacions d'altres tipus d'experiències suggereixen una millora del benestar emocional de les persones en atur de llarga durada de dos tipus d'intervencions: a) la TCC en les persones més qualificades i en persones joves, i b) intervencions de promoció de la salut en el context de programes d'inserció laboral que combinen nivell grupal i individual.

Què no funciona

Les intervencions basades en formació en competències emocionals i les que combinen tècniques de visualització (o imaginació guiada) amb tècniques de relaxació. Cal tenir en compte que hi ha molt poca evidència sobre aquestes intervencions.

Què té resultats negatius

Tant els PAO (els exclusivament basats en la formació professional) com la TCC poden augmentar les desigualtats socials en salut i benestar emocional. Els PAO a més poden tenir efectes negatius en les persones aturades amb problemes severos de salut i en aquelles que consideren que el seu contingut és estigmatitzant, no s'adequa a les seves necessitats o la participació és obligatòria.

D'acord amb les tres necessitats bàsiques que haurien d'incorporar les intervencions, aquestes s'adrecen a:

L'efecte positiu en el benestar emocional de les persones que participen en els PAO es deu a que aporten beneficis latents similars als que aporta la feina remunerada. De fet, alguns autors situen la participació en un PAO com un estadi intermedi entre l'atur i l'ocupació. Les intervencions basades en la TCC no van adreçades a cobrir les tres necessitats bàsiques sinó a millorar les estratègies individuals per afrontar situacions de dificultat.

Nivell individual

El nivell individual recull aquelles intervencions que tenen com a objectiu bàsic motivar i/o incrementar la sensació d'autoeficàcia de la persona, així com donar eines per a manejar problemes de la vida diària.

S'han identificat poques intervencions adreçades a la millora del benestar emocional de les persones en situació d'atur que només hagin fet servir intervencions de caire individual, malgrat això, realitzar un pla personalitzat basat en les necessitats de les persones és una estratègia àmpliament recomanada, tal com se n'ha fet esment en l'aparat d'intervencions de nivell sistema. En aquest sentit, la Comissió Europea recomana l'increment del suport personalitzat a les persones en atur, sobretot les de llarga durada, en els països europeus amb menor desenvolupament dels abordatges personalitzats i majors taxes d'atur, entre els que s'hi inclou Espanya. També alguns estudis assenyalen l'abordatge personalitzat com una estratègia beneficiosa per les persones aturades. Per exemple un estudi realitzat a Canadà va comparar l'impacte d'una intervenció d'assessorament individual vs. assessorament grupal en l'increment de l'autoeficàcia percebuda per trobar feina, assenyalant que existia una relació positiva entre l'assessorament individual i l'increment de la percepció d'autoeficàcia (Ghanam, Reavley, Phillip, Smith, & O'Hara, 2012).

Les intervencions de base exclusivament individual que han avaluat el seu impacte en la salut emocional poden ser classificades en: 1) Assessorament sobre deutes i 2) Maneig emocional i cognitiu de la situació.

1. Assessorament sobre deutes

Atenent a l'evidència de l'impacte negatiu dels deutes en el benestar emocional de les persones (Fitch, Hamilton, Bassett, & Davey, 2011), diversos estudis recomanen l'assessorament en la gestió dels deutes com a intervenció per a la millora de la salut

de les persones en atur degut a les dificultats financeres associades a la crisi econòmica (Martin-Carrasco et al., 2016; Uutela, 2016).

En un sentit similar, Vuori (Vuori et al., 2015) assenyala dos àmbits en què les prestacions socials són especialment indicades per a les persones en atur de llarga durada: a) Formació en gestió i planificació financera que abordi com fer front a tots els problemes financers de la llar i de la família incloent els costos de l'habitatge, la salut, l'educació i la vida diària. Els participants poden aprendre com establir prioritats, preparar i supervisar el pressupost bàsic i potser el més important, la forma de col·laborar en aquestes matèries de manera cooperativa amb la parella i les criatures. b) Informació i aprenentatge sobre els diversos programes estatals, comunitaris i locals que proporcionen ajut financer i la seva elegibilitat per a participar-hi, així com ajut en l'aplicació d'aquests programes.

Malgrat les recomanacions esmentades s'ha identificat una única avaluació d'una intervenció dirigida a l'assessorament sobre la gestió de deutes en què no es van trobar efectes en el benestar emocional de les persones en atur que hi van participar (Pleasence & Balmer, 2007).

2. Maneig emocional i cognitiu de la situació

Hi ha molt poca evidència avaluada d'intervencions exclusivament individuals i els resultats assenyalen la manca d'impacte, tret d'una intervenció de psicologia positiva que va tenir un impacte positiu, però amb limitacions metodològiques.

Spera et al. van realitzar una intervenció basada en escriure l'experiència de la pèrdua de la feina i els sentiments i pensaments associats. En sessions diàries de 20 minuts durant 5 dies les persones participats (professionals majoritàriament enginyers) exploraven profundament els seus pensaments i sentiments sobre l'atur i com les seves vides personals i professionals s'havien vist afectades. No es van trobar efectes de la intervenció en el benestars emocional (Spera, Buhrfeind, & Pennebaker, 1994).

Joseph i col·laboradors (Joseph & Greenberg, 2001) van estudiar l'efectivitat d'una intervenció curta, basada en tècniques de visualització (o imaginació guiada) combinada amb tècniques de relaxació, on les persones imaginaven durant 6 sessions de 20 minuts que tenien èxit en trobar una feina. La intervenció, que va involucrar un reduït nombre de persones executives i professionals aturades de curta durada, no va tenir efecte en la millora del benestar emocional.

D'altra banda Dambrun i Dubuy (Dambrun & Dubuy, 2014) van avaluar els efectes que una teràpia curta centrada en els principis de la psicologia positiva (2 sessions en 2 setmanes, 1 per setmana més exercicis individuals) tenia en la salut mental de les persones en situació d'atur de llarga durada. Malgrat que la mostra és molt petita (12 persones en la intervenció vs 9 en el control), les persones que van participar van millorar la seva autoestima i satisfacció amb la vida, i van disminuir els nivells de depressió, ansietat i estrès.

Què funciona?

L'evidència trobada suggereix que intervencions individuals curtes basades en els principis de la psicologia positiva poden tenir un impacte en la salut emocional de les persones en situació d'atur de llarga durada. Malgrat això, l'alt risc de biaix que presenta l'estudi de Dambrun and Dubuy fa que aquesta conclusió sigui feta amb cautela.

Què no funciona?

Realitzar assessorament sobre deutes, les intervencions basades només en tècniques de visualització guiada amb relaxació o expressió emocional i les basades en l'escriptura de l'experiència de la pèrdua de la feina no semblen tenir un impacte en la salut emocional de les persones aturades.

D'acord amb les tres necessitats bàsiques que haurien d'incorporar les intervencions, aquestes s'adrecen a:

Les intervencions basades en l'assessorament sobre els deutes anirien dirigides a incrementar les eines per a poder reduir l'estrès financer, i en darrer terme, doncs, sobre les necessitats econòmiques. Les intervencions de base psicològica, centrades en el maneig emocional i cognitiu de la situació, no anirien dirigides a cap necessitat, sinó a motivar a les persones per a què iniciïn i mantinguin el procés de cerca de feina.

Conclusions

La millora del benestar emocional de les persones en atur requereix atendre les seves necessitats psicosocials, econòmiques i de planificació del futur que prèviament eren cobertes per la feina remunerada. El disseny de les intervencions ha de tenir en compte que existeixen cinc nivells d'intervenció: macro, sistema, comunitari, grupal i individual.

Les prestacions econòmiques d'atur i els PAO que incorporen eines per millorar l'eficàcia en la cerca de feina i la resiliència davant futures pèrdues d'ocupació, són les intervencions que compten amb més evidència per a la millora del benestar emocional de les persones en atur. Els altres nivells d'intervenció compten amb molt poca evidència. Hi ha intervencions i iniciatives de nivell sistema que informades en l'evidència, es basen en la coordinació intersectorial i l'abordatge personalitzat. Són iniciatives que no estan adreçades a les persones en atur, però que poden orientar el disseny de noves intervencions d'aquest nivell. A continuació es destaquen les conclusions referides a cada nivell d'intervenció:

Les prestacions econòmiques d'atur protegeixen la salut i el benestar emocional de les persones en atur, sobretot quan són generoses, mentre que les més restrictives tenen pitjors resultats. La despesa en polítiques actives millora el benestar emocional i redueix les desigualtats socials en salut mental.

No hi ha evidència d'intervencions de nivell sistema. Hi ha iniciatives des del sector de la salut que es basen en la coordinació intersectorial i l'abordatge personalitzat que poden orientar el disseny d'intervencions adreçades a millorar el benestar emocional de les persones en atur.

No s'han identificat estudis de nivell comunitari adreçats a disminuir els efectes de l'atur en el benestar emocional de les persones afectades. Els resultats de la prova pilot del programa "Fem salut, Fem barri" mostren una millora de la salut emocional i un augment del benestar emocional de persones en risc d'exclusió social.

Malgrat les intervencions de nivell grupal són les més nombroses, n'hi ha poques d'avaluades, els dissenys dels estudis són de poca qualitat i hi ha mancances en la descripció dels components de les intervencions. Atenent a les poques avaluacions de qualitat, les conclusions són que els PAO que inclouen estratègies per millorar l'eficàcia en la cerca de feina i la resiliència davant futurs episodis d'atur després de períodes d'ocupació han demostrat millorar el benestar emocional de les persones en atur, mentre que els que només inclouen formació professional poden augmentar les desigualtats socials en el benestar emocional. El programa JOBS i les seves adaptacions ha estat avaluat positivament. Els primers resultats del programa "Treball als barris" en persones amb dificultats d'inserció laboral mostra un impacte positiu en el benestar emocional. En dissenyar un PAO s'ha de tenir en compte que podria tenir un efecte negatiu en el benestar emocional de les persones amb problemes de salut i en les que els consideren inadequats o estigmatitzats, així com els programes que són obligatoris.

Hi ha alguna evidència de la millora del benestar emocional de les persones en atur de llarga durada d'intervencions de TCC grupal en alguns col·lectius (joves i professionals), però podrien augmentar les desigualtats socials en salut, atès que també hi ha alguna evidència de la manca d'impacte positiu en persones d'ocupacions poc qualificades i indicis d'efectes negatius. Cal tenir en compte, a més, que els estudis que han avaluat aquestes intervencions són antics i tenen un risc elevat de biaix, per la qual cosa els resultats s'han d'interpretar amb precaució. També hi ha alguna evidència de l'impacte positiu en el benestar emocional d'intervencions de promoció de la salut en persones aturades de llarga durada que participen en PAO.

Les intervencions de nivell exclusivament individual avaluades són gairebé inexistents, amb evidència molt escassa. L'abordatge personalitzat és, però, una estratègia

àmpliament recomanada per atendre les necessitats de les persones en atur, sobretot les de llarga durada.

Tot i que el marc conceptual d'aquest document inclou les condicions d'ocupació i de treball (concretament en relació a la precarietat laboral), en la revisió d'evidència no s'hi han inclòs per tal de simplificar el document, atès que les intervencions adreçades a la millora de les condicions de treball i ocupació són igualment complexes i necessitarien un document propi. Cal tenir en compte, però, que hi ha evidència creixent que posa de manifest que tenir una feina no és suficient per millorar el benestar emocional de les persones en atur, sinó que és necessari que aquesta feina sigui de qualitat (Broom et al., 2006; Butterworth et al., 2011; Butterworth, Leach, McManus, & Stansfeld, 2012; Leach et al., 2010).

Recomanacions

Les intervencions adreçades a millorar el benestar emocional de les persones en atur haurien d'incorporar les tres necessitats comentades anteriorment: les necessitats psicosocials, les econòmiques i la necessitat de planificació del futur. Atès que no s'ha identificat cap intervenció que cobreixi els tres nivells i és difícil que una mateixa intervenció les incorpori, és recomanable dissenyar intervencions multinivell per tal d'obtenir els diferents components combinant diferents intervencions entre els diferents nivells. A continuació es fan recomanacions específiques:

- Invertir en prestacions econòmiques d'atur i en polítiques actives d'ocupació.
- Dur a terme PAO que incorporin eines per millorar la cerca de feina i per millorar la resiliència, i abans d'implementar-los valorar possibles efectes negatius. Evitar fer PAO només de formació professional. Si s'implementen intervencions de promoció de la salut, fer-ho en el context dels PAO.
- Dissenyar intervencions de nivell sistema amb abordatge personalitzat.
- En el cas que s'implementin intervencions grupals basades en la TCC, valorar acuradament un possible efecte en l'augment de les desigualtats socials en salut.
- Avaluar les experiències posant especial atenció en millorar la qualitat dels dissenys i en aportar la suficient informació dels components i implementació, per tal de guiar futures intervencions.

Referències

- Anderson, C. J. (2009). The Private Consequences of Public Policies : Active Labor Market Policies and Social Ties in Europe. *European Political Science Review*, 1(3), 341–373. <http://doi.org/10.1017/S1755773909990130>
- Aronsson, G. (1989). Dimensions of Control as Related to Work Organization, Stress, and Health. *International Journal of Health Services*, 19(3), 459–468. <http://doi.org/10.2190/N6KQ-HWA0-H7CJ-KUPQ>
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, 94, 82–88.
- Artazcoz, L., Pasarín, M., & Borrell, C. (2016). *Pla de salut mental de Barcelona, 2016-2022. Marc conceptual*. Barcelona. Retrieved from https://www.aspb.cat/wp-content/uploads/2017/02/Pla-de-Salut-mental-de-Barcelona-2016_2022.-Marc-conceptual.pdf
- Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K., & Wright, K. (2017). Social prescribing: less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open*, 7(4), e013384. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384>
- Bonoli, G. (2010). *The political economy of active labour market policy* ((Working Papers on the Reconciliation of Work and Welfare in Europe REC-WP No. 01/2010). Edinburgh.
- Borrell, C., Artazcoz, L., Bartoll, X., Clotet, E., Cortès-Franch, I., Daban, F., ... Ventura, L. (2017). Avaluació dels efectes en la salut del programa Treball als Barris. Retrieved 14 September 2017, from <https://salutiat.ur.wordpress.com/>
- Brandling, J., & House, W. (2009). Social prescribing in general practice: Adding meaning to medicine. *British Journal of General Practice*, 59(563), 454–456. <http://doi.org/10.3399/bjgp09X421085>
- Broom, D. H., D'Souza, R. M., Strazdins, L., Butterworth, P., Parslow, R., & Rodgers, B. (2006). The lesser evil: bad jobs or unemployment? A survey of mid-aged Australians. *Social Science & Medicine* (1982), 63(3), 575–86. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.02.003>
- Butterworth, P., Leach, L. S., McManus, S., & Stansfeld, S. a. (2012). Common mental disorders, unemployment and psychosocial job quality: is a poor job better than no job at all? *Psychological Medicine*, 43(8), 1763–72. <http://doi.org/10.1017/S0033291712002577>
- Butterworth, P., Leach, L. S., Strazdins, L., Olesen, S. C., Rodgers, B., & Broom, D. H. (2011). The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(11), 806–12. <http://doi.org/10.1136/oem.2010.059030>
- Card, D., Kluve, J., & Weber, A. (2015). *What Works ? A Meta Analysis of Recent Active Labor Market Program Evaluations* (Discussion Paper No. 9236). Bonn.
- Catalano, R., Goldman-mellor, S., Saxton, K., Margerison-zilko, C., Subbaraman, M., Lewinn, K., & Anderson, E. (2011). The Health Effects of Economic Decline. *Annual Review of Public Health*, 32, 431–450. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101146>
- Creed, P., Machin, M., & Hicks, R. (1999). Improving Mental Health Status and Coping Abilities for Long-Term Unemployed Youth Using Cognitive-Behaviour Therapy Based Training Interventions. *Journal of Organizational Behavior*, 20, 963–978.

- Cylus, J., Glymour, M. M., & Avendano, M. (2014). Do Generous Unemployment Benefit Programs Reduce Suicide Rates ? A State Fixed-Effect Analysis Covering 1968 – 2008. *American Journal of Epidemiology*, 180(1), 45–52. <http://doi.org/10.1093/aje/kwu106>
- Dambrun, M., & Dubuy, A. (2014). A positive psychology intervention among long-term unemployed people and its effects on psychological distress and well-being. *Journal of Employment Counseling*, 51(June), 75–88. <http://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2014.00043.x>
- European Commission. (2016). Long-term unemployment: Council Recommendation – frequently asked questions. Brussels: European Commission.
- Ferrarini, T., & Sjöberg, O. (2010). Social policy and health: transition countries in a comparative perspective. *International Journal of Social Welfare*, 19, S60–S88. <http://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2010.00729.x>
- Fitch, C., Hamilton, S., Bassett, P., & Davey, R. (2011). The relationship between personal debt and mental health: a systematic review. *Mental Health Review Journal*, 16, 153–166.
- Ghanam, D., Reavley, M., Phillip, A., Smith, D., & O'Hara, S. (2012). *The Impact of Labour Market Information Delivery Modes on Worker Self-Efficacy in Employment Related Outcomes in South-western Ontario*. Ontario. Retrieved from <http://www.gcistrategy.com/wp-content/uploads/2014/11/gci-final-report-eng.pdf>
- Giuntoli, G., South, J., & White, J. (2011). The impact of involuntary unemployment on mental well-being at a time of economic recession and the role of community interventions to strengthen people's resilience. Lincoln, UK.
- Goodman, R. A., Bunnell, R., & Posner, S. F. (2014). What is 'community health'? Examining the meaning of an evolving field in public health. *Preventive Medicine*, 67, S58–S61. <http://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.07.028>
- Harris, E., Lum, J., Rose, V., Morrow, M., Comino, E., & Harris, M. (2002). Are CBT interventions effective with disadvantaged job-seekers who are long-term unemployed? *Psychology, Health & Medicine*, 7(4), 401–410.
- Hodzic, S., Ripoll, P., Bernal, C., & Zenasni, F. (2015). The Effects of Emotional Competences Training among Unemployed Adults : A Longitudinal Study. *Applied Psychology Health and Well-Being*, 7, 275–292. <http://doi.org/10.1111/aphw.12048>
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research. *Am Psychol*, 36(2), 184–91.
- Janlert, U., & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health*, 9, 235. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-9-235>
- Joseph, L., & Greenberg, M. (2001). The effects of a career transition program on reemployment success in laid-off professionals. *Consulting Psychology Journal: Practice & Research Summer*, 53, 169–181.
- Kenrick DT, Giskevicius V, Neuberg SL, S. M. (2010). Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 5(3), 292–314. <http://doi.org/10.1177/1745691610369469>
- Koopman, M. Y., Pieterse, M. E., Bohlmeijer, E. T., & Drossaert, C. H. C. (2017). Mental health promoting Interventions for the unemployed: a systematic review of applied techniques and effectiveness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(4), 202–23.
- Leach, L. S., Butterworth, P., Strazdins, L., Rodgers, B., Broom, D. H., & Olesen, S. C. (2010). The limitations of employment as a tool for social inclusion. *BMC Public Health*, 10(1), 621. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-10-621>
- Leemann, L., Norup, I., & Clayton, S. (2016). *The health impacts of active labour market policies*. Helsinki.
- Limm, H., Heinmüller, M., Gündel, H., Liel, K., Seeger, K., Salman, R., & Angerer, P. (2015). Effects of a Health Promotion Program Based on a Train-the-Trainer Approach on Quality of Life and Mental Health of Long-Term Unemployed Persons. *BioMed Research International*, 2015. <http://doi.org/10.1155/2015/719327>

- Malenfant, R., LaRue, A., & Vezina, M. (2007). Intermittent Work and Well-Being: One Foot in the Door, One Foot Out. *Current Sociology*, 55(6), 814–835. <http://doi.org/10.1177/0011392107081987>
- Martin-Carrasco, M., Evans-Lacko, S., Dom, G., Christodoulou, N. G., Samochowiec, J., González-Fraile, E., ... Wasserman, D. (2016). EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(2), 89–124. <http://doi.org/10.1007/s00406-016-0681-x>
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370–396.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *The Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53–76. <http://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- McKinlay, E., Mackie, S., Arcus, K., & Nelson, K. (2012). Work and Wellness Hand-in-Hand: The Role of the New Zealand PATHS Program Nurse in Improving Health and Employment Outcomes. *Rehabilitation Nursing*, 37(4), 185–194. <http://doi.org/10.1002/rnj.31>
- Milner, A. (2014). Cause and effect in studies on unemployment , mental health and suicide : A meta-analytic and conceptual review. *Psychological Medicine*, 44, 909–917. <http://doi.org/10.1017/S0033291713001621>
- Moore, T. H. M., Kapur, N., Hawton, K., Richards, A., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2016). Interventions to reduce the impact of unemployment and economic hardship on mental health in the general population : a systematic review. *Psychological Medicine*, 47, 1062–1084. <http://doi.org/10.1017/S0033291716002944>
- Niedzwiedz, C. L., Mitchell, R. J., Shortt, N. K., & Pearce, J. R. (2016). Social protection spending and inequalities in depressive symptoms across Europe. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(7), 1005–14. <http://doi.org/10.1007/s00127-016-1223-6>
- Norström, F., Virtanen, P., Hammarström, A., Gustafsson, P. E., & Janlert, U. (2014). How does unemployment affect self-assessed health ? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*, 14, 1310.
- O'Campo, P., Molnar, A., Ng, E., Renahy, E., Mitchell, C., Shankardass, K., ... Muntaner, C. (2015). Social welfare matters : A realist review of when , how , and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Social Science & Medicine*, 132, 88–94. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.025>
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264–282. <http://doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Pedersen, C. R., & Madsen, M. (2002). Parents' labour market participation as a predictor of children's health and wellbeing: a comparative study in five Nordic countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 861–868.
- Pleasence, P., & Balmer, N. (2007). Changing fortunes: results from a randomized trial of the offer of debt advice in England and Wales. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4(3), 651–673.
- Polley, M., Dixon, M., Pilkington, K., Ridge, D., Herbert, N., & Drinkwater, C. (2016). *Report of the annual social prescribing network conference*. London. Retrieved from <https://blogbhm.wordpress.com/2016/04/12/report-of-the-inaugural-social-prescribing-network-conference-january-2016/>
- Proudfoot, J., Gray, J., Carson, J., Guest, D., & Dunn, G. (1999). Psychological training improves mental health and job-finding among unemployed people. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 72, S40-2.
- Puig-Barrachina, V., Malmusi, D., Martínez, J. M., & Benach, J. (2011). Monitoring Social Determinants of Health Inequalities: The Impact of Unemployment among Vulnerable Groups. *International Journal of Health Services*, 41, 459–482.
- Rodriguez, E., Frongillo, E. A., & Chandra, P. (2001). Do social programmes contribute to mental well-being ? The long-term impact United States. *International Journal of Epidemiology*, 30, 163–170.
- Roussos, S. T., & Fawcett, S. B. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annual Review of Public Health*, 21, 369–402.

- Saloniemi, a., Romppainen, K., Strandh, M., & Virtanen, P. (2014). Training for the unemployed: differential effects in white- and blue-collar workers with respect to mental well-being. *Work, Employment & Society*, 28(4), 533–550. <http://doi.org/10.1177/0950017013510761>
- Shahidi, F. V., Siddiqi, A., & Muntaner, C. (2016). Does social policy moderate the impact of unemployment on health? A multilevel analysis of 23 welfare states. *European Journal of Public Health*, 26(6), 1017–1022. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckw050>
- Siegrist, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment - two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58, 1463–1473. [http://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00349-6](http://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00349-6)
- Spera, S., Buhrfeind, E., & Pennebaker, J. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 37, 722–733.
- Uutela, A. (2016). Economic crisis and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 127–130.
- Vuori, J., Blonk, R., Price, R., & Editors. (2015). *Sustainable Working Lives. Managing Work Transitions and Health throughout the Life Course*. Springer.
- WHO. (2015). *People-centred and integrated health services: an overview of the evidence*. World Health Organisation. Geneva,.
- Wulfgramm, M. (2011). Can activating labour market policy offset the detrimental life satisfaction effect of unemployment? *Socio-Economic Review*, 9, 477–501.

Annex 1

Taula 2. Resum de l'evidència revisada (pàgines 38 – 54).

Descripció i categories de les variables nivell, variable principal, mecanisme i disseny:

- Nivell: Cinc nivells d'intervenció. Categories: 1) Individual, 2) Grupal, 3) Comunitari, 4) Sistema, 5) Macro.
- Variable principal: Variable depenent estudiada. Categories: 1) Benestar emocional, 2) Integració social, 3) Inserció laboral, 4) Altres.
- Mecanisme: Necessitats a la què s'adreça la intervenció. Categories: 1) Econòmiques, 2) Psicosocials, 3) Planificació de futur, 4) Altres.
- Disseny: Disseny de l'avaluació. Categories: 1) Experimental (assaig clínic aleatoritzat), 2) Quasi-experimental (pre-post amb control no aleatoritzat), 3) No-experimental (pre-post), 4) Qualitatiu, 5) Altres.

Nivell	Variable principal	Resultats	Mecanisme	Tipus acció	Disseny	Nombre participants	País	Edat	Sexe	Nivell socio-econòmic	Durada atur	Altres
JOBS I (Caplan et al. 1989; Vinokur et al. 1991a, b; Price et al. 1992; Vanryn & Vinokur, 1992; Vinokur et al. 1995a, b)												
2	1, 3	1.-Cap efecte sobre els nivells d'ansietat o depressió a les 6 setmanes o 4 mesos. Una anàlisi de subgrup post hoc va demostrar que els participants amb major risc de desenvolupar depressió (risc més alt de depressió, dificultats econòmiques i assertivitat social) es beneficien majoritàriament de la intervenció. 2.-Cap efecte sobre l'ocupació.	2	Intervenció tipus 'Job club' (JOBS I): 1.-Seminaris JOBS de formació d'habilitats per millorar la cerca de feina. 2.-Sessions de formació activa de grup basades en classes amb dos formadors (parelles masculines / femenines) amb l'objectiu de cobrir la resolució de problemes, processos de decisió, inoculació contra contratemps, prestació de suport social i respecte positiu dels formadors, aprenentatge i pràctica de feina, habilitats de cerca, autoestima. 3.-Grups de 16-20 participants. 4.-Vuit sessions de 3 h durant dues setmanes.	1	1122 aleatoritzats. 83% resposta en situació basal, 88% a les 6 setmanes i 80% als 4 mesos.	USA.	Mitjana=35, 9 anys (rang no informat).	46% homes.		Mitjana=13 setmanes (DS=9 setmanes. Màxim 4 mesos).	
JOBS II (Vinokur et al. 1995a, b; Vinokur et al. 1996; Vinokur & Schul, 1997; Vinokur et al. 2000)												
2	1, 3	1.-Petita millora dels símptomes depressius als 2 anys. Efectes més forts d'aproximadament 0,2 DS en els participants amb alt risc de depressió. No va haver-hi cap efecte en l'índex compost d'inventari de depressió (CIDI) en una escala de probabilitat d'episodi depressiu major (EDM) de 9 punts (regressió lineal: -0.04 DS p> 0.05). No obstant això, si s'utilitzaven els criteris més estrictes de probabilitat (90% de probabilitats) de tenir un EDM (puntuacions de 7 o 8 en CIDI), menys persones del grup d'intervenció tenien un EDM probable a 2 anys en comparació amb els del control (odds ratio 0.61, p <0,05). 2.-Millora de l'ocupació en aquest moment.	2	Intervenció tipus 'Job club' (JOBS II): 1.-Seminaris JOBS de formació d'habilitats de per millorar la cerca de feina. 2.-Contingut igual que JOBS I, però amb un enfocament en el sentit creixent de domini, augment de control personal i eficàcia en la cerca de feina. Inclou la resolució de problemes, la presa de decisions, els processos de grup, la inoculació contra els contratemps, el suport social i el respecte positiu dels formadors. Aprenere i practicar habilitats per a la cerca de feina. Formació d'habilitats. 3.-Suport grupal, resolució de problemes, suport de formadors, identificació activa de possibles contratemps, planificació de com respondre-hi i respostes pràctiques. 4.-Grups de 12 a 20 participants. 5.-Sessions de 5x4 hores durant 1 setmana.	1	1801 aleatoritzats. 1771 responen en situació basal, 80% a seguiment 2 i 87% a seguiment 3.	USA.	Mitjana=36, 2 anys (rang no informat).	45% homes.		Mitjana=4.11 setmanes (DS=3.8 setmanes. Màxim 13 setmanes).	Es van excloure les persones amb depressió. Cada participant va completar un qüestionari de selecció (Price et al. 1992) (JOBS I) i es va aplicar una "ponderació" per classificar les persones amb baix o alt risc de malaltia mental. JOBS II després va sobre-representar els d'alt risc de mala salut mental en funció d'aquests criteris. Això es va fer perquè JOBS I va trobar que la intervenció del Job Club semblava millorar els símptomes de depressió de les persones amb major risc.
Työhön (Vuori et al. 2002; Vuori & Vinokur, 2005)												
2	1, 3	1.-Millora dels símptomes psicològics (GHQ-12) als 6 mesos i millora dels símptomes de depressió als 6 i als 24 mesos, tot i que, com s'havia descrit anteriorment per a JOBS II, la magnitud real de la reducció en els símptomes depressius va ser petita. 2.-Cap efecte en l'ocupació.	2	Intervenció tipus 'Job club'. Programa de cerca de feina basada en JOBS I: 1.-La diferència principal entre aquesta intervenció i JOBS I i JOBS II és el context. Els participants finlandesos en atur tenen més accés a prestació d'atur que els homòlegs nord-americans. 2.-Sessions de formació activa de grup basat en classes amb dos formadors (parelles masculines / femenines) amb l'objectiu de cobrir la resolució de problemes, processos de presa de decisions, inoculació contra contratemps, prestació de suport social i respecte positiu dels formadors, aprenentatge i pràctica de feina, cerca habilitats, construcció de l'autoestima. 3.-Grups de 6-17 participants. 4.-Sessions diàries de mig dia en 5 dies.	1	1261 aleatoritzats, 994 (78%) completats.	Finlàndia.	Mitjana=37 anys (rang 18-61 anys).	22% homes.		Mediana=5 mesos (mitjana=10,7, DS=17,3). 28% d'aturats durant 12 mesos o més.	

Nivell	Variable principal	Resultats	Mecanisme	Tipus acció	Disseny	Nombre participants	País	Edat	Sexe	Nivell socio-econòmic	Durada atur	Altres
Vuori 1999												
2	1	1.-La participació en cursos d'orientació van millorar la reocupació, mentre que els plans d'ocupació i la formació professional no van tenir cap efecte en la reocupació. 2.-No es dona informació per poder valorar els efectes en la salut mental (GHQ-20). Tot i així els autors manifesten que les intervencions van tenir un efecte significatiu en l'angoixa psicològica i aquest efecte es va deure a la participació en la formació professional. Tanmateix, l'efecte sembla ser temporal, limitat al moment de la participació. El deteriorament de la situació financera de la família/llar va estar fortament relacionat amb l'augment dels símptomes d'angoixa durant el seguiment d'un any. La participació en qualsevol de les intervencions no estava relacionada amb el canvi en el nivell d'angoixa psicològica quan es controlava la formació i la situació laboral en el seguiment a un any. Estar fent formació o en un treball subvencionat en el moment del seguiment es va associar amb menys símptomes. Estar fent formació professional en el seguiment va explicar l'efecte.	2	Activació dels aturats amb diferents activitats per promoure la reinserció: 1.-Curs d'orientació que inclou habilitats, procés de cerca de treball i coneixement del mercat laboral. Durada de 10-15 dies a jornada completa (total entre 60-100 hores). 2.-Formació professional: durada de mig any. 3.-Plans d'ocupació: durada de 6 mesos. S'avalua l'efecte de les diferents intervencions i la combinació de dues o el total de les intervencions.	3	533 a l'inici i 401 al seguiment d'un any.	Finlàndia.	35,6 anys (DS=9,4).	36.2% homes.	Les dones enquestades tenien un nivell de formació professional lleugerament inferior a la mitjana de dones finlandeses aturades de curta durada, mentre que en els homes era lleugerament superior.	Atur de menys d'un any a risc de convertir-se en atur de llarga durada.	
(Rife, 1992; Rife & Belcher, 1994)												
2 (1?)	1, 3	1.-Millora dels símptomes depressius en l'Escala de Depressió Geriàtrica als 3 mesos ($p < 0,05$). 2.-Millora en la inserció laboral (65% ocupats del grup intervenció respecte 26% del grup control, $p < 0,01$).		Intervenció tipus 'Job club': seminaris JOBS d'entrenament d'habilitats per millorar la cerca de feina. 1. Provisió d'assistència pràctica per completar formularis i currículums i accés a telèfons per trucar a potencials empresaris. 2.-Components: un taller en grup sobre tècniques de cerca de feina durant mig dia. A continuació, reunions de treball del grup dues tardes per setmana. Es tractava d'establir un objectiu, rebre informació sobre la cerca de feina, entrevistar, escriure CV i completar els formularis de sol·licitud. 3.-Els grups també van proporcionar assessorament pràctic i ajuda sobre informació sobre llocs de treball, accés a telèfons i suport (entre companys i líders del grup). 4.-Durada: taller de mig dia seguit de dos tallers a la tarda per setmana durant 12 setmanes.	1	52 aleatoritzats (taxa resposta 100%).	USA.	Mitjana=58 anys (rang no informat)	56% homes.		Durada de l'atur no descrita.	

Nivell	Variable principal	Resultats	Mecanisme	Tipus acció	Disseny	Nombre participants	País	Edat	Sexe	Nivell socio-econòmic	Durada atur	Altres
Gustafson, 1995												
2	1, 3	1.-Cap efecte sobre l'ansietat. 2.-Sense efectes sobre l'ocupació. Cal tenir en compte, però, que es tractava d'una mostra de només 16 persones. L'anàlisi de subgrups va mostrar que les millores en l'ocupació van ser superiors en els participants que van tenir més millora de la depressió.		Intervenció tipus 'Job club', basada en JOBS I: 1.-Components: habilitats d'afrontament, resolució de problemes, inoculació contra contratemps, suport social i respecte positiu dels formadors, capacitat i pràctica de capacitat en feina, preparació d'entrevistes de feina. 2.-Grups de 8 persones. 3. Sessions de 8x3 hores durant dues setmanes.	1	16 (100% taxa resposta).	USA	Mitjana=36 anys (rang 21-50 anys).	25% homes.		Mitjana=5,5 mesos (rang 1,5-13 mesos).	Desocupats des del campus universitari.
Proudfoot et al. 1997, 1999												
2, 5	1, 3	1.- Millora de la salut mental (GHQ-30) (diferència de mitjanes: -1,44, IC del 95%: 3,20 a 0,32, p <0,05) a les 7 setmanes, però no es va trobar cap efecte sobre la proporció de participants que assolien el llindar de "cas"(definit com una puntuació> 5 a GHQ-30). 2.-Les persones que rebien TCC tenien més probabilitats d'estar ocupades a les 7 setmanes.		TCC de grup: 1.-Identificar i provar la validesa dels pensaments automàtics, re-assignació de pensaments, i seguiment del comportament i de l'experimentació amb comportaments. La TCC incloïa tasques setmanals. 2.-Components: introducció al model cognitiu, definició d'objectius, pensaments automàtics. Gravació, errors de pensament comú, tècniques per canviar el pensament inútil, personalització de l'enfocament, treball domiciliari. La sessió final consistia en ensenyar als participants a utilitzar en el futur el que havien après. 3.-Grups de 10-15 persones. 4.-3 hores setmanals durant 7 setmanes.	1	289 aleatoritzats.	UK.	Mitjana=43 anys (rang 22-62 anys).	83% homes.	Professionals.	De 12 mesos a 12 anys. Durada mitjana de l'atur en grup d'intervenció = 25,8 mesos i en grup control = 23,1 mesos.	
Harris et al. 2002												
	1, 3	1.-Cap efecte sobre els indicadors de salut mental. 2.-Cap efecte en l'ocupació. 3.-En tot cas hi va haver proves d'un efecte advers sobre les mesures de desesperança (diferència de mitjanes: -2,04; IC del 95%: 0,66 a 3,42) i optimisme (diferència de mitjanes: -2,6; IC del 95%: 4,10 a 1,10).		TCC de grup: 1.-Reestructuració cognitiva (identificació de pensaments negatius, modificació i substitució de pensaments), resolució de problemes (activitat de resolució de problemes estructurada de cinc passos), estratègies de comportament (habilitats de relaxació, tècniques de respiració). 2.-La TCC es va modificar durant la prova pilot d'un programa de 3 dies a un de 2. 3.- Entregat a: grups de 5 a 16 persones. 4.- Durada: 2 dies (11 h total).	1	195 aleatoritzats (taxa resposta 100%).	Austràlia.	Mitjana=34 anys (DS=9.4, rang=18-45 anys).	55% homes.	Persones aturades de llarga durada de zones desfavorides de Sydney. El 51% va abandonar l'escola abans de completar les qualificacions d'alt nivell. Estatut socioeconòmic baix.	Mitjana=33 mesos (DS=40,0 mesos).	Hi va haver diferències bàsiques entre els grups a l'inici de l'estudi amb nivells més alts d'autoestima i durades més curtes de l'atur en el grup control en comparació amb el grup d'intervenció.
Pleasence & Balmer, 2007												
	1, 4	1.-Cap efecte sobre les mesures d'ansietat. 2.-Cap efecte sobre nombroses mesures d'endeutament, però només el 31% dels participants en el grup d'intervenció realment va rebre assessorament del deute i el 10% del grup control (sense intervenció) va sol·licitar de forma independent l'assessorament del deute.		Assessorament sobre deutes: trucada telefònica gratuïta d'assessors capacitats. 1.-Es va proporcionar assessorament i assistència immediata en relació amb qualsevol problema d'emergència. L'assessorament principal va ser la resolució a llarg termini de problemes com els programes de gestió del deute. Es van proporcionar materials escrits d'autoajuda. Es podien derivar els participants a altres serveis. 2.-Assessorament individualitzat. 3.-Trucada telefònica única.	1	402 aleatoritzats. 234 participants (119 grup intervenció i 115 grup control).	UK.	Mitjana=35 anys (rang no informat).	No informat.			

Nivell	Variable principal	Resultats	Mecanisme	Tipus acció	Disseny	Nombre participants	País	Edat	Sexe	Nivell socio-econòmic	Durada atur	Altres
Spera et al. 1994												
	1, 3	1.-Cap efecte sobre els símptomes d'ansietat als 3 mesos. 2.-Aparent millora de l'ocupació.		Escriure un projecte de transició: 1.-Sessions diàries, privades i divulgatives per a enregistrar pensaments i sentiments personals i profunds sobre l'atur i la seva personalitat i professionalitat. Es va animar als participants a explorar profundament les seves emocions. 2.-20 minuts diaris durant 5 dies.	1	63 en tres grups (41 participants descomptant el grup d'intervenció no aleatoritzat).	USA.	Mitjana=54 anys (rang 40-68 anys).	98% homes.	Professionals directius (se'ls ofería els serveis d'una empresa especialitzada en assistència a l'acomiadament en ser acomiadats de la seva empresa).	Mitjana=5 mesos (mitjana de 20 anys treballant amb el mateix empresari).	
Joseph, 1999; Joseph & Greenberg, 2001												
	1, 3	1.-Cap efecte sobre la depressió. 2.-Més probabilitats d'estar treballant a les 7 setmanes.		Intervenció de visualització guiada: 1.-A continuació de la relaxació muscular guiada per cinta, els participants van seguir d'un recorregut d'imatges guiades: experiència emocional de la pèrdua del lloc de treball i la situació d'atur, assaig de cerca de feina i d'entrevistes de treball, autoestima positiva i replanteig cognitiu. 2.-Sis sessions breus de 20 minuts.	1	76 aleatoritzats.	USA.	Mitjana=46, 8 anys (rang 29-64 anys).	60% homes.	Els participants es van descriure com "treballadors de negocis". Mitjana d'anys en el darrer treball=8,27 anys (rang 0,17 a 30,58 anys).	Duració mitjana d'atur de 2,3 mesos, rang (0-5,8 mesos)	
Hodzic et al. 2015												
2	1, 3	1.-Els autors no presenten una anàlisi dels efectes sobre la salut mental, però el càlcul de la diferència de mitjanes i IC del 95% mostra que no va tenir cap efecte sobre GHQ-12, ni sobre símptomes de depressió, ansietat o estrès (segons Moore et al. 2016). 2.-Aparentment efecte sobre l'ocupació.		Formació de competències emocionals: 1.-Treball grupal per identificar i comprendre emocions d'un mateix i un altre, utilitzar emocions per avaluar la necessitat, regular emocions, gestionar conflictes, treballar de manera pràctica per regular les pròpies emocions i escoltar les emocions dels altres. Inclou videoclips, exercici grupal, discussió i role play. 2.-Durada: 3 dies (5 h per dia). El primer dia i el segon van ser consecutius, mentre que la diferència entre el dia 2 i el dia 3 va ser de dues setmanes.	1	78, aleatoritzats.	Espanya.	Mitjana grup intervenció =32,68 anys (DS=10,34) i del grup control=36, 4 anys (DS=12,02).	13% homes.		Mitjana=16,9 mesos.	Criteris d'inclusió: (a) estar en situació d'atur, (b) motivat/da pel procés d'intervenció, (c) sense coneixement previ sobre la intervenció, (d) no utilitzar el contingut de la intervenció amb finalitats professionals, (e) no tenir previst realitzar tractament psicològic durant la formació i (f) no ser dependent de drogues, alcohol o psicofàrmacs.
Bjorklund et al. 2015												
	1,2,3,4	Els participants van considerar que gràcies al programa havien adquirit rutines diàries i, en definitiva, podrien creure en el futur. Els joves van descriure que ara tenien una estructura, suport econòmic i que podien tornar a la seva vida quotidiana. També van descriure com podien veure noves possibilitats i creure en un mateix.	2,3,4	El centre de recursos és un centre de treball i joventut ubicat en diverses ciutats. L'objectiu del centre és ajudar homes i dones a trobar feina, activitats, programes educatius o altres solucions. Les activitats inclouen cerques diàries de feina, conferències, guia individual, publicant un document de projecte propi, formació de creativitat i visites d'estudi.	4	15	Finlàndia.	18-27 anys.	100% homes.			

Nivell	Variable principal	Resultats	Mecanisme	Tipus acció	Disseny	Nombre participants	País	Edat	Sexe	Nivell socio-econòmic	Durada atur	Altres
McKinlay et al. 2012												
1,4	1,2,3,4	L'estudi analitza la contribució de la infermera que treballa en el programa PATHS. Els stakeholders del programa valoren el paper de la infermera en l'avaluació dels participants, l'anàlisi de riscos, el seguiment i el coaching dels participants. Els participants valoren el treball de la infermera en suport de l'alfabetització en salut, la planificació conjunta de la salut, advocant per la prestació puntual de serveis de salut i d'estil de vida, així com la prestació de suport, entrenament i encoratjament.	2,3,4	Programa "Proporcionar accés a solucions de salut (PATHS)": Programa interdisciplinari i intersectorial de rehabilitació professional basat en l'atenció primària que treballa amb persones que estan desocupades i tenen problemes de salut que dificulten l'ocupació. L'objectiu general del programa PATHS és aconseguir que els participants aconseguixin feina remunerada. Funció de reactivació de la salut i acompanyament. La infermera fa de case manager i en cas necessari proveeix intervencions.	4	1 infermera, 1 col·lega, 6 membres del grup de govern; 3 participants del PATHS.	Nova Zelanda.	Adults.				Els participants del programa PATHS són persones a l'atur amb barreres de salut, problemes per a trobar una altra feina, entre 16-64 anys i que reben algun tipus d'ajuda del govern.
Stjernsward et al., 2013												
1,2,3,4?	1,2,3,4	El programa va proporcionar a les participants eines que atenguessin la seva salut física i mental, el suport professional, millorant la seva situació social. Els resultats assenyalen que la col·laboració entre organitzacions sembla ser beneficiosa per a totes les parts implicades.	2,3,4	L'objectiu del programa era ajudar les dones joves en un procés de rehabilitació i capacitar-les per afrontar els contactes amb autoritats i empresaris. El suport va consistir en TCC i entrenament per iniciar estudis, una formació pràctica o un treball. Els psicoterapeutes van formar als "coaches" en ACT/CBT mindfulness therapy (3x2h). Després, el personal continuava sent entrenat cada setmana (1h1/2). La formació al coach és per a que sàpiga com reaccionar, no per fer les intervencions. El seguiment psicoterapèutic s'ofereix fora de l'àmbit sanitari.	4	7 participants dones, 2 terapeutes dones, 2 coaches dones i un representant de l'AIC home.	Suècia.	Adults.	100% dones			El programa estava dirigit a dones de 18 a 30 anys que rebien un subsidi econòmic i / o estan a l'atur i / o en una baixa mèdica de 3 a 6 mesos a causa de problemes relacionats amb l'estrès o malaltia mental que es pot atendre a l'atenció primària.
Saloniemi et al, 2014												
1	1,2	Millores en salut i benestar entre els participants amb un estatus socioeconòmic més alt, mentre que per als treballadors manuals els canvis van ser neutres o fins i tot perjudicials. Globalment els resultats van ser neutres, però sembla que hi ha el risc que aquests tipus de mesures mantinguin o fins i tot produeixin diferències de salut entre grups socioeconòmics.	2	Formació professional: seguint la pràctica habitual, els cursos van ser organitzats i recomanats per les autoritats laborals i els participants van ser seleccionats d'entre els que hi van participar-hi. La participació o denegació no va afectar les prestacions d'atur. L'objectiu era formar les persones aturades en noves ocupacions, tenint en compte la seva formació i experiència anterior. Els participants es van seleccionar a partir de 26 cursos de tres a 24 mesos. Quatre cursos (cursos avançats de vendes, màrqueting, informàtica i gestió de projectes) van tenir com a objectiu millorar i ampliar els coneixements i qualificacions dels professionals qualificats, mentre que la majoria dels cursos oferien formació professional en ocupacions manuals (per exemple, vendes, logística, construcció i instal·lació elèctrica).	1	212 participants.	Finlàndia.	Mitjana=36 anys.	39% homes.	Tots els estatus socioeconòmics.		Els autors assenyalen que els resultats indiquen que la intervenció de política pública estudiada no té capacitat per reduir les desigualtats en salut basades en la classe social.

Nivell	Variable principal	Resultats	Mecanisme	Tipus acció	Disseny	Nombre participants	País	Edat	Sexe	Nivell socio-econòmic	Durada atur	Altres
Andersen 2008												
	1	Efecte positiu de la participació en la formació sobre el benestar emocional i l'efecte es manté fins i tot després que la participació hagi acabat. Els resultats també demostren que aquest efecte a llarg termini disminueix amb el temps.		Formació per a l'adquisició d'habilitats. Aquesta formació pot ser l'adquisició d'habilitats per a un nou treball (per exemple, obtenir més educació) o habilitats per sol·licitar un treball (per exemple, escriure un CV o una sol·licitud de treball). L'avaluació no distingeix el tipus d'activitat.	5	5,319 enquestats.	Gran Bretanya.	33.56 anys (DS=13.26).	59% homes.	Els grups més prevalents van ser les titulacions professionals més altes, els nivells O o els valors perduts.	No informat.	Disseny transversal tipus panel.
Korpi, 1997												
	1	L'atur té un efecte negatiu inequívoc en el benestar, mentre que els programes d'ocupació semblen ocupar una posició intermèdia. Són clarament millors que l'atur i hi ha suggeriments que són pitjors que l'ocupació. Aquests resultats contenen una evidència d'aquesta jerarquia: l'ocupació, la participació del programa, l'atur amb prestacions per desocupació i l'atur sense beneficis estan associats a nivells d'angoixa progressiva. Pel que fa a l'efecte de l'experiència prèvia, l'atur anterior és relatiu tant a l'ocupació prèvia com a la participació del programa associada a un augment del nivell d'angoixa psicològica, mentre que l'experiència prèvia del programa no es pot separar de l'ocupació anterior.	1, 2, ?	Dos programes principals: Formació en mercat laboral i treball temporal de suport. Ambdós programes tenen una durada d'uns sis mesos, en el primer cas es rep un salari equivalent a la prestació d'atur i en el segon un salari de mercat. Dels aturats que no participaven en programes d'ocupació, durant la primera meitat de la dècada dels vuitanta, aproximadament dos terços van rebre un dels dos tipus de prestacions d'atur: assistència bàsica d'atur i assegurança d'atur voluntària. Una diferència central entre els dos tipus de beneficis es refereix a taxes de reemplaçament. A principis dels anys vuitanta, la ràtio de reemplaçament mitjà es va situar al voltant del 70% entre els treballadors assegurats manuals i molt més baixos entre els destinataris de l'assistència per desocupació. Entre els joves, la cobertura va ser menor i la recepció de l'assistència per desocupació era més freqüent.	3	830	Suècia.	16 a 24 anys.				Mostra aleatòria de prop de 830 enquestats registrats com a desocupats a les agències d'ocupació del Comtat d'Estocolm.
Creed PA, 1998												
		Es van reduir els nivells de depressió (BDI), impotència i angoixa psicològica, van millorar els nivells de satisfacció amb la vida i l'autoestima en contrast amb els controls. No es van identificar canvis significatius durant la intervenció en depressió laboral, culpa o enuig. Les millores en el benestar eren més grans per a aquells que van reportar nivells més elevats de depressió i nivells més baixos de satisfacció amb la vida a l'inici. Els canvis van ser més grans per als participants que tenien expectatives d'ocupació més baixes. Només es van mantenir en el seguiment de tres mesos els beneficis en la satisfacció vital. Els canvis positius en depressió, angoixa psicològica, impotència i autoestima, la millora de les quals es podria atribuir raonablement al curs, s'havien dissipat al final del seguiment.		Els cursos de formació avaluats en aquest estudi van ser els programes de preparació al treball que tenien com a objectiu proporcionar als participants en atur les habilitats necessàries per obtenir i mantenir un treball remunerat. Els cursos incloïen una combinació de capacitació en habilitats laborals (per exemple, conscienciació en informàtica, mecanografia, assistència en comerços) i formació en desenvolupament personal (preparació, comunicació, preparació per entrevistes). Els cursos es van cursar a temps complet per períodes de quatre a set setmanes. La formació es basava en la classe i incloïa conferències, exercicis participants, debats en grup, jocs de rol i projecció de vídeo. No hi havia cap component d'experiència laboral. Tots els cursos van consistir en un mínim del 60 per cent de capacitació en habilitats laborals.	2	133 (intervenció=62, control=71)	Brisbane metropolitana, Austràlia.	Mitjana grup intervenció i control=33 anys.	52% homes en grup intervenció, 56% en grup control.	No s'informa.	Grup control i 89% del grup experimental havien en atur de sis mesos o més.	Els participants en la intervenció van assistir a quatre cursos de formació. Els participants en el control eren elegibles per als programes de formació i es van seleccionar a partir de les sessions d'informació del curs impartides a l'agència d'ocupació.

Nivell	Variable principal	Resultats	Mecanisme	Tipus acció	Disseny	Nombre participants	País	Edat	Sexe	Nivell socio-econòmic	Durada atur	Altres
Creed P, 2001.												
		La formació va millorar l'autoestima dels alumnes. En el primer seguiment es van trobar associacions consistents entre dues dimensions de clima formatiu (personalització i Investigació) amb l'autoestima i l'autoeficàcia en la cerca de feina i també es va identificar una petita associació entre el clima formatiu i els canvis en l'autoestima o l'autoeficàcia. Al segon seguiment va millorar l'autoeficàcia com a resultat de l'assistència al curs i aquests guanys es van mantenir.		La intervenció consisteix en un curs finançat públicament i específicament dissenyat per a persones desocupades. Els cursos es van dur a terme per agències de formació comunitària i van incloure una combinació de capacitació genèrica ocupacional (per exemple, habilitats de teclat i ordinador), formació específica de capacitats ocupacionals (per exemple, emmagatzematge, venda al detall) i formació de desenvolupament personal per ajudar els participants a preparar-se per a entrevistes de treball i treballs imminents (per exemple, preparació, autoconfiança). Els cursos es van impartir a temps complet per períodes de quatre a sis setmanes, i es van realitzar a classe.		162 (109 grup intervenció, 53 grup control).	Sud-est d'Austràlia.	Intervenció =28,58 anys (DS=9,80; rang 17-49 anys). Controls=25.98 anys (DS=8.05; rang 17-47 anys).	39%homes en grup intervenció, 52% en grup control.	No informat.	Intervenció=1 2,82 mesos (DS=11,06); controls=6,88 mesos (DS=5,94).	Les troballes donen suport a la teoria dels factors latents de Jahoda. Les relacions interpersonals de suport i encoratjament de les persones formadores i les participants estan associades a un millor benestar i confiança, la qual cosa implica que els formadors i els proveïdors de formació necessiten conèixer l'associació entre el seu clima de formació i els nivells de benestar per a la formació de les persones participants desocupades.
Creed and Hicks 1999 (rev. Koopmanen)												
2	1	Efectes beneficiosos de la intervenció en comparació amb el grup de llista d'espera sobre l'angoixa psicològica, l'autoestima, l'afecte positiu i l'afecte negatiu.		Intervenció de TCC: Cursos de formació cognitivo-conductuals vs llista d'espera. Un programa de 3 dies que consistia en una sessió de 3 hores i una de 2 hores cada dia (5 hores diàries, amb un total de 15 hores).	1	65	Austràlia.	Mitjana=19 anys (rang=16,9-23,8).	54% homes.		Llarg termini (> = 12 mesos).	Adults rehabilitats a punt per a l'ocupació.
Dambrun & Dubuy, 2014												
1	1	Millora del benestar (autoestima i satisfacció amb la vida) i disminució dels nivells de depressió, ansietat i estrès.		1.-Teràpia curta centrada en els principis de la psicologia positiva. 2.-2 sessions de 30 minuts en 2 setmanes, 1 per setmana més exercicis individuals.	2	21 (12 intervenció, 9 control).	França.	Mitjana grup intervenció= 38 anys, grup control=45 anys.	10 homes, 11 dones.	No informat.	Més d'un any.	
Limm et al. 2015												
1,2	1	L'avaluació als 3 mesos va mostrar que la qualitat de vida relacionada amb la salut (HRQoL) va millorar i l'ansietat i la depressió es van reduir significativament. Es va observar un efecte d'intervenció important per a l'ansietat (p = 0,012). L'efecte va ser de petites a moderat en termes de Cohen's d (ansietat: d = -0.33; SF-12 mental: d = 0,31; depressió: d = -0,25; SF-12 físic: d = 0,19). Es van observar canvis positius especialment en els homes, persones més grans (50+) i persones sense experiència de migració i amb una durada d'atur d'almenys de cinc anys.	1,2	Programa de promoció de la salut basat en un enfocament de formació de formadors. Realitzat per professionals, principalment treballadors/es socials o gestors/es de casos. El programa va comptar amb sessions individuals basades en entrevistes motivacionals i sessions participatives de grups que involucren activitat física. Els professionals dels dos perfils van ser formats per un equip multiprofessional en un taller de tres dies com a "coaches de salut" per oferir el programa de promoció de la salut en el seu lloc de treball. L'equip d'estudi va proporcionar una supervisió contínua. Tant els participants en el grup intervenció com en el grup de control van continuar la seva participació en els programes habituals de tornada al treball durant el període de l'estudi.	2	287 participants (179 grup intervenció i 108 grup control).	Alemanya.	Mitjana=4 4,1 anys.	56.1% dones.	35,2% de baix nivell educatiu (escola abandonada després de menys de deu anys).	Llarg termini=més d'un any. El 53,6% en atur durant almenys cinc anys.	Dos centres de reclutament: Hanover només > 50 anys, Munich no restricció per edat. Hi va haver certa evidència de que els participants del centre amb un model d'entorn de més cura (Munich) es van beneficiar més de la intervenció.

Nivell	Variable principal	Resultats	Mecanisme	Tipus acció	Disseny	Nombre participants	País	Edat	Sexe	Nivell socio-econòmic	Durada atur	Altres
Niedzwiedz et al. 2016												
5	1	1) Una major despesa en PAO es van relacionar amb una menor desigualtat en els símptomes depressius per nivell educatiu. En comparació amb els homes d'educació secundària, l'efecte marginal de tenir una educació baixa va ser de 1,67 (IC del 95%: 1,46 a 1,87) entre els homes en països amb una despesa inferior i 0,85 (IC del 95%: 0,66 a 1,3) en els països amb més despesa. 2) Es va trobar poca evidència d'una associació global entre la despesa en prestacions d'atur i les desigualtats relacionades amb l'ocupació en els símptomes depressius, però el 2012, la despesa en atur va resultar beneficiosa per a la salut mental entre els aturats.	1	Aquest estudi investiga si la despesa en diferents tipus de protecció social (atur, PAO i familiars) altera la magnitud de les desigualtats socials en els símptomes depressius.	5	48.397 persones de 18 països europeus (ones transversals 2006 i 2012 de l'Enquesta social europea).	18 països europeus	Mitjana=42, 88 anys (DS=12,60).	52,49 % dones.	No informat.	No es considera.	
Reine et al. 2011												
5, 2, 1?	1	No es van trobar associacions entre la participació en PAO i símptomes psicològics en cap grup d'edat. No obstant això, a causa dels problemes metodològics, els resultats s'han d'interpretar amb precaució.	2, altres?	PAO sense especificar. Es comparen les persones que n'han fet amb les que no n'han fet.	5	1.083 (alumnes d'últim any d'escola obligatòria amb seguiment als 16, 18, 21 i 30 anys. S'analitzen 381 individus als 21 anys i 281 als 30).	Suècia.	Seguiment als 21 anys i als 30 anys	53,3% homes.	No informat.	No informat.	
Sage 2015												
5, 2, 1?	1,2, 4	1.-La participació en PAO s'associa amb un augment del benestar entre les persones aturades. 2.-No s'observa cap efecte en salut ni capital social.	2, altres?	PAO sense especificar. Es comparen persones aturades que han participat en PAO amb les que no hi han participat i amb les que treballen.	5	> 100.000	UK.	18-65 anys.	No informat.	No informat.	No informat.	
Strandh et al 2015												
1	1	1.-Relació forta i significativa entre l'atur juvenil i símptomes de salut mental als 21 anys (OR = 2,48, CI = 1,57-3,60) i als 43 (OR = 1,71, CI = 1,20- 2.43). 2.-Cap relació significativa entre la participació en programes juvenils als 21 anys (OR = 0,95, IC = 0,72-1,26) o als 43 anys (OR = 1,23; IC = 0,93-1,63).	2	Compara l'exposició a l'atur juvenil i l'exposició a la participació en el programa juvenil entre els 18 i 21 anys en relació amb la salut mental internalitzada immediatament després del final del període d'exposició als 21 anys i dues dècades més tard als 43 anys.	3	1083 a l'inici, 94,3% al final de l'estudi.	Suècia.	Seguiment a l'edat de 18 - 21 - 42.	No informat.			

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona



Connectem?

f **🐦** **G+** **▶** **in**

www.aspb.cat