

**GUIA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE TRASTORNOS DE
ANSIEDAD EN EL ÁMBITO LABORAL
DOCUMENTO PARA EMPRESA**



Elaboró:

Gloria H. Villalobos Fajardo

Psicóloga, PhD Ciencias de la Salud, Mag. Salud y Seguridad

Equipo Salud Mental SURA

ARL-Consultoría Gestión del Riesgo

Revisado por: Sura Colombia

Julio 2019

Contenido	
1. JUSTIFICACIÓN	3
2. MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	4
2.1 Sintomatología de los trastornos de ansiedad	6
2.2 Epidemiología de los trastornos de ansiedad	7
2.3 Comorbilidad	9
2.4 Factores de riesgo y protectores de los trastornos de ansiedad	9
2.5 El trabajo y los trastornos de ansiedad	11
2.6 Intervención de los trastornos de ansiedad en el entorno laboral	14
3. GUÍA DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR Y MANEJAR LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO	23
4.1 Alcances de la guía	23
4.2 Población usuaria de la guía	23
4.3 Proceso para la prevención y manejo de los trastornos de ansiedad en el ámbito laboral	24
4.3.1 Identificación de necesidades	26
4.3.2 Acciones de intervención	28
4.3.2.1 Actividades de prevención primaria	28
4.3.2.2 Actividades de prevención secundaria	30
4.3.2.3 Actividades de prevención terciaria	33
4.3.2.4 Seguimiento y monitoreo	34
4. BIBLIOGRAFÍA	36
5. ANEXOS	42
Anexo 1. Marco de referencia legal de la prevención y manejo de trastornos de ansiedad en el ámbito laboral	42
Anexo 2. Psicoeducación. Aprendiendo de los trastornos de ansiedad.	42
Anexo 3. Psicoeducación. Primeros auxilios psicológicos para aliviar las crisis	42
Anexo 4. Prevención secundaria. Taller Recuperando el control - Manejo de ansiedad.	42
Anexo 5. Orientaciones para la reincorporación al trabajo. Apoyo al personal con trastornos de ansiedad	42

GUÍA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO

1. JUSTIFICACIÓN

La ansiedad se constituye en una reacción adaptativa del ser humano generada a partir de situaciones que se valoran como amenazantes y por tanto su finalidad es salvaguardar la seguridad personal. Ante un riesgo inminente, el individuo responde con una acción que evita el daño (por ejemplo, retirar la mano cuando se siente la estufa caliente) de la que aprende que, ante una situación similar, podrá responder de la misma manera para ubicarse fuera de peligro. Sin embargo, la ansiedad deja de ser un mecanismo de supervivencia cuando la activación y alerta se presentan ante situaciones que no amenazan la vida o cuando la reacción perdura por un tiempo prolongado agotando al organismo, sin generar una solución adecuada.

La presencia de la ansiedad genera un malestar fisiológico y emocional que se convierte incluso en motivación para la acción. Cuando la ansiedad no es adaptativa, sus componentes dejan de ser una respuesta normal y la persona desborda la capacidad de manejarlos, provocando síntomas conductuales y psicológicos que acompañan las alteraciones fisiológicas.

La falta de adaptación de ciertas reacciones ante contextos específicos disminuye también el funcionamiento de la persona, dando lugar a un trastorno mental con diversidad de sintomatología y de etiologías. El trastorno de ansiedad (TA) se encuentra en las clasificaciones diagnósticas con categorías y criterios variados que toman en cuenta los aspectos sociales y factores personales, dando paso a una de las condiciones mentales más experimentadas por la población mundial.

Desde que se incluyeron los trastornos de ansiedad en la lista de enfermedades laborales en Colombia, ha crecido la necesidad y también la preocupación de los empleadores acerca de cómo lograr su detección y prevención, pero más allá, cómo apoyar a quienes viven esta situación, sin importar si su origen es laboral o común, porque son personas que requieren su trabajo, pues éste es también una fuente de salud para los individuos en edad productiva. Además, los costos de una pobre salud mental de los trabajadores pueden ser tan altos, que implican pérdidas económicas y sociales para el sector productivo y para el país.

La necesidad de desarrollar acciones que impacten positivamente el bienestar de la población trabajadora y de incidir en la reducción del número de casos con afectaciones causadas por problemas de ansiedad, motivó a SURA a desarrollar una estrategia en salud integral, con un componente importante en salud mental, del cual hace parte la “Guía para la prevención y manejo de trastornos de

ansiedad en el ámbito laboral”, que se presenta en este documento. Esta iniciativa pretende incrementar la conciencia y el conocimiento sobre la salud mental en el trabajo, fomentar la cultura del cuidado en el trabajo y transformar el estigma del trastorno mental en una oportunidad de aprendizaje y crecimiento social a través del apoyo colectivo.

2. MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) establece varios tipos de ansiedad¹ clasificadas en el DSM V². De ellos, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la fobia social, son los más comunes en el conjunto de la población. El TAG está vinculado estrechamente a la depresión, su principal característica es la preocupación constante extendida a las situaciones más cotidianas que despliegan el cuadro de síntomas típicos de la ansiedad y que afecta el desarrollo de la vida diaria. El trastorno de ansiedad social, o la fobia social, se presenta precisamente en el contacto con otras personas, centrado en la preocupación por la evaluación negativa que pueda existir en el intercambio de esa interacción.

En la clasificación de los trastornos de ansiedad puede encontrarse también el ataque de pánico, consistente en una crisis en la que la intensidad de la ansiedad es muy alta, la sensación central es el miedo a morir y en muchas ocasiones se acompaña de la presencia de agorafobia (miedo a estar solo), considerada como un trastorno de ansiedad específico. La fobia específica o miedo intenso se presenta ante una situación determinada que deriva en la evitación de ésta. De otra parte, la ansiedad por separación y el mutismo selectivo suelen estar presentes en la infancia.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2013), introduce algunos cambios respecto del DSM IV (2000) en la clasificación de los trastornos de ansiedad, así³:

- a) Incluye dos trastornos que anteriormente se encontraban en la sección de “Trastornos con inicio habitual en la infancia, la niñez o la adolescencia”, que son el trastorno de ansiedad por separación y el mutismo selectivo (reservado para edades tempranas), en tanto que la ansiedad por separación puede tener inicio después de los 18 años.
- b) Pese a su estrecha relación con los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo- compulsivo, el estrés postraumático y de estrés agudo han

¹ Tr. por ansiedad de separación; Tr. por mutismo selectivo; Tr. de Pánico.; Agorafobia; Fobia específica; Tr. de ansiedad social; Tr. de ansiedad generalizada; Tr. de ansiedad inducida por sustancias / medicamentos; Tr. de ansiedad atribuible a otras condiciones médicas; otros trastornos específicos de ansiedad; Trastorno de ansiedad no especificado.

² American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association

³ Feliú, M. T. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.

dejado de pertenecer a esta clase diagnóstica para ubicarse, el primero, en una sección diferente y los dos últimos en el capítulo de “Trastornos relacionados con estresores y acontecimientos traumáticos”.

- c) Las crisis de angustia consideran una especificación potencialmente aplicable a cualquier trastorno de angustia y a otros trastornos psicopatológicos. Sin embargo, los tipos de crisis de angustia se han limitado a dos: crisis esperadas e inesperadas, en sustitución de las tres categorías contempladas en el DSM-IV (situacionales, predisuestas situacionalmente y no situacionales/ inesperadas).
- d) El Trastorno de Angustia y la Agorafobia se erigen en diagnósticos independientes, a diferencia de lo que contemplaba el DSM-IV, donde sus posibles relaciones podían dar lugar a tres diagnósticos diferentes (Trastorno de angustia con agorafobia, trastorno de angustia sin agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia). En caso de coexistencia de ambos cuadros clínicos, el trastorno de angustia y la agorafobia deberán codificarse en dos diagnósticos separados. En los criterios diagnósticos para la agorafobia, como para los de fobia específica y trastorno de ansiedad social (denominada fobia social, en la versión precedente del manual diagnóstico), se han producido algunas modificaciones relevantes en cuanto a sus criterios diagnósticos, así: se elimina la necesidad de que las personas mayores de 18 años reconozcan que su miedo-ansiedad es irracional, por el contrario será el clínico quien determine si esa ansiedad es desproporcionada respecto al peligro, a la luz de los factores culturales y de contexto. Se añade el criterio temporal de que dichas alteraciones deben tener una duración mínima de 6 meses.
- e) En el Trastorno de Ansiedad Social, se eliminó la especificación de “generalizada”, y se reemplazó por la de “relacionado solo con la ejecución”, que deberá indicarse cuando el miedo fóbico se limite a hablar o actuar en público.
- f) Los capítulos dedicados a cada uno de los trastornos de ansiedad específicos detallan sus características clínicas y los criterios diagnósticos, pero además presentan información relacionada con los factores de riesgo y el pronóstico, entre otros datos.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) versión 10, organiza los trastornos de ansiedad bajo los códigos F 41.0 a F 41.9, que comprenden trastornos de ansiedad generalizada, trastornos mixto ansioso depresivo, otros trastornos de ansiedad mixtos, trastornos de ansiedad especificados y sin especificación. De igual manera establece trastornos de ansiedad debido a afecciones fisiológicas conocidas, como el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas (códigos F064 y F408-F419) y los trastornos de ansiedad en la niñez (F930-F932). En la Tabla 1 se encuentran los criterios de las clasificaciones comunes en las guías diagnósticas.

Tabla 1. Clasificación común de los trastornos de ansiedad en el DSM V y CIE-10

TRASTORNOS DE ANSIEDAD	CÓDIGO DSM V	CÓDIGO CIE10
Fobia específica	F40.2	300.29
Fobia social	F40.1	300.23
Trastorno de angustia (Ataque de pánico)	F41.0	300.01
Agorafobia	F40.00	300.22
Trastorno de ansiedad generalizada	F41.1	300.02
Trastorno de ansiedad debido enfermedad médica	F06.4	293.84
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	F1x.8	
Trastorno de ansiedad especificado	F41.8	
Trastorno de ansiedad no especificado	F41.9	300.0

La 11ª edición de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 11) incluyó la hipocondriasis y el desorden de ansiedad en los sueños, además, la agorafobia y el trastorno de pánico se separan, al igual que otros trastornos debido a las evidencias respecto de la incidencia, distribución por género y respuesta al tratamiento. Según Kogan (2017)⁴, los cambios en el CIE 11 se justifican en razón a que las guías diagnósticas derivadas de la reestructuración en la clasificación internacional de enfermedades (CIE) precisan que los ataques de pánico pueden ocurrir inmersos en otros trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo. En estos casos, el calificador del trastorno principal precisa que se da "con ataques de pánico". De otra parte, el trastorno de ansiedad por separación puede ser diagnosticado en adultos bajo las guías diagnósticas propuestas. Además, los síntomas no basados en evidencias o los umbrales de duración arbitrarios, se han omitido de las guías diagnósticas de la CIE-11 con el fin de proporcionar una mayor flexibilidad para el juicio clínico y la diversidad cultural.

Cabe resaltar que el CIE 11 se pondrá en uso general en mayo del 2019 y en rigor completo para el año 2022.

2.1 Sintomatología de los trastornos de ansiedad

Independiente de la sintomatología particular de cada trastorno, la ansiedad se describe con un grupo de manifestaciones que se prolongan por más de seis (6)

⁴ Kogan, C (2017). Guías diagnósticas propuestas para los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo en la CIE-11. GCP.Network. Recuperado de: <https://gcp.network/es/perspectives/post/proposed-diagnostic-guidelines-for-anxiety-and-fear-related-disorders-in-the-icd-11>

meses y que se resumen en el conjunto de síntomas que se describen a continuación:

- Síntomas fisiológicos: taquicardia, opresión en el pecho, sensación de ahogo, sudoración excesiva, escalofríos o temblores, molestias digestivas, incluyendo náuseas y vómito. Cambios en los patrones de alimentación, tensión, rigidez muscular u hormigueo. Mareos o desmayos, trastornos del sueño y de la actividad sexual.
- Síntomas psicológicos: sensación de agobio, vacío y de amenaza o peligro e inquietud constante. Se experimenta también una sensación de abstracción y miedo a perder el control. Hay incertidumbre, necesidad de escapar, salir corriendo. También existe presencia de componentes cognitivos, pues la persona tiene dificultades para concentrarse o mantener la atención. La preocupación es constante y excesiva, rumiación, dudas frente a hechos diversos. Se otorga gran peso a los aspectos negativos o desagradables, incluso situaciones diversas se interpretan de manera inadecuada por causa de la susceptibilidad.

Los anteriores síntomas se acompañan de alteraciones conductuales como estar hipervigilante, tensión muscular y expresiones faciales evidentes para los otros, incluyendo cambios en la voz. La persona tiene dificultades para interrelacionarse, carece de facilidad para establecer una conversación fluida, tiene dificultades para expresar las opiniones o resolver situaciones conflictivas.

Es pertinente aclarar la diferencia entre la ansiedad y el miedo. La primera puede concebirse como un episodio de incomodidad o malestar emocional que implica una percepción subjetiva de peligro y que dispara reacciones automáticas de tipo fisiológico sin definirse claramente la causa de dicho estado. Por otro lado, el miedo tiene una reacción fisiológica similar, pero puede identificarse una respuesta específica ante el peligro percibido⁵. Así mismo, es importante recordar que, a pesar de hablar de un cuadro de sintomatología común, cada trastorno de ansiedad se clasifica de acuerdo con un foco de ansiedad específico.

2.2 Epidemiología de los trastornos de ansiedad

Para la Organización Mundial de la salud (2017)⁶, los trastornos de ansiedad están clasificados como el sexto factor que contribuye a la pérdida de salud sin consecuencias mortales a nivel mundial y figura entre las diez causas principales de años vividos con discapacidad. Las cifras de depresión y ansiedad han aumentado en un 50% en los últimos 20 años, encontrándose una población afectada cercana a los 615 millones de personas. Se calcula que la población

⁵ Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., Días, H., Bassi, A., & Morato, S. (2010). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo. *Artículos en PDF disponibles desde 2007 hasta 2013. A partir de 2014 visítenos en www.elsevier.es/rlp*, 39(1), 75-81.

⁶ Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.

mundial con trastornos de ansiedad es del 3,6%, aumentando a un 7,7% en la región de las Américas. Los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres y no existe en este informe una prevalencia importante de acuerdo con grupos etarios, únicamente una reducción en los mayores de 70 años.

En el más reciente informe de la OPS (2018)⁷ sobre la carga de los trastornos de ansiedad en la región de las Américas, los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países analizados. El promedio de la discapacidad causada por los trastornos de ansiedad estuvo en el 4,7%, Colombia obtuvo un resultado del 5,3% al igual que Perú. Brasil se encuentra en el primer lugar con 7,5%, mientras que Canadá mostró la menor tasa de discapacidad (3,4%). En su conjunto, todos los países sudamericanos, salvo Venezuela mostraron resultados más altos que el promedio, mientras que los países del hemisferio norte obtuvieron las tasas más bajas (México: 3,6%, Estados Unidos: 4,1%, y Canadá: 3,4%)

En la Encuesta de Salud Mental 2015⁸ se hace referencia al impacto negativo en la productividad y la afectación en los distintos roles de la persona con trastorno por ansiedad generalizada, a una magnitud comparable a la de la depresión. La prevalencia de trastornos de ansiedad resultó más alta en la zona urbana.

Parte de la recolección de datos de la Encuesta de Salud Mental se hizo mediante un auto reporte en salud mental y para el caso de los trastornos de ansiedad generalizada y fobia social se encontró que, en Colombia, el 52,9 % de las personas ha tenido por lo menos un síntoma de ansiedad, y en correspondencia a la literatura, fue mayor en mujeres (59,3%), que en hombres. En cuanto al grupo etario de las personas entre los 18 y 44 años, el 9% de las mujeres y el 3,3 % de los hombres tienen 5 o más síntomas de ansiedad, los cuales resultan significativos. Para el caso de los adultos mayores de 45 años, los resultados fueron aún mayores (12,4 % de las mujeres y 5,3 % de los hombres).

El inicio de la mayoría de los trastornos de ansiedad se sitúa al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, sin embargo, en las últimas décadas se han podido identificar desde la primera infancia (por ejemplo, ansiedad por separación y mutismo selectivo) que derivan en ansiedad de etapas juveniles. Aunque no hay estimaciones concretas sobre el curso de los trastornos, como se mencionó previamente, su presencia tiende a disminuir a mayor edad. Los estudios que relacionan el nivel educativo y socioeconómico con los trastornos de ansiedad no son concluyentes, por lo que no puede asumirse como un factor epidemiológico esencial.

⁷ Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS.

⁸ Gómez-Restrepo, C., & de Santacruz, C. (2016). La Encuesta Nacional de Salud Mental– ENSM 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 1.

2.3 Comorbilidad

La comorbilidad con otros trastornos mentales, así como la presencia de condiciones médicas ha sido ampliamente trabajada en diversos estudios.

La comorbilidad entre depresión y ansiedad es alta⁹, incluso se estipula el trastorno mixto ansioso depresivo en el CIE-10. Las personas con trastorno de pánico, con o sin agorafobia, así como con trastorno obsesivo compulsivo y ansiedad generalizada, presentan criterios diagnósticos de depresión, dificultando en ocasiones determinar el diagnóstico primario.

El trastorno bipolar (TB) es otra de las comorbilidades comunes, aunque de igual forma, podría decirse que los trastornos de ansiedad son la sintomatología más clara de los trastornos bipolares. “Alrededor de un tercio de los pacientes con TB cumple con los criterios de un trastorno de ansiedad, la mayoría ansiedad social (22,0% durante la vida, 12,7% actual), trastorno de pánico con o sin agorafobia (17,3%, 8,0% respectivamente), trastorno obsesivo compulsivo [TOC] (9,9%; 5,7%), trastorno por estrés postraumático (TEPT) (17,2%, 5,1%), agorafobia sin pánico (8,5%, 4,4%) y trastorno de ansiedad generalizada”.¹⁰ La esquizofrenia y otros trastornos psicóticos también presentan coexistencia.

Las personas con trastornos de ansiedad han demostrado mayor probabilidad de padecer trastorno por déficit de atención e hiperactividad¹¹ y se estipula como un síntoma clásico presente en los trastornos de alimentación¹².

2.4 Factores de riesgo y protectores de los trastornos de ansiedad

Si bien es cierto que no es posible en todos los casos determinar de forma contundente los factores causales de los trastornos de ansiedad, su ocurrencia obedece más bien a la interacción de diversos determinantes. Los factores que

⁹ Ramírez, M. M. S., & Luque, D. A. L. A. (2016). Comorbilidad: Depresión, ansiedad y trastorno de personalidad por dependencia. Estudio de caso único. *CULTURA EDUCACIÓN Y SOCIEDAD*, 2(1).

¹⁰ Stratford, H. J., Cooper, M. J., Di Simplicio, M., Blackwell, S. E., & Holmes, E. A. (2017). Terapia Psicológica para la ansiedad en trastornos del espectro bipolar: una revisión sistemática. *RET: revista de toxicomanías*, (79), 13-32.

¹¹ Abad, J. T. A., & Guijarro, C. (2017). Correlación entre niveles de ansiedad y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de 6 a 8 años. *Killkana Social*, 1(2), 1-6.

¹² Gómez, T. G. (2018). Relación entre ansiedad rasgo de personalidad, con rasgos de los trastornos alimentarios anorexia y bulimia, en una muestra de jóvenes a nivel universitario en un rango de edad de 18 a 30 años, de San José, Costa Rica.

han evidenciado contribuir a la presencia de trastornos de ansiedad son los siguientes:

El sexo femenino; con mayor riesgo atribuido a los procesos hormonales, pero también a influencias de tipo cultural o expectativas de rol.

Entre los factores biológicos más relevantes está el factor genético (Sandín, 1990¹³; González, 2007¹⁴), para el que se ha encontrado hasta un 25% más de probabilidades de presentar ansiedad en los parientes de primer grado de consanguinidad. La vulnerabilidad genética está presente en la mayoría de los trastornos de ansiedad, con mayor incidencia en el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social. Relacionado con esto, se suma el factor psicosocial de historia familiar, asumiendo que el aprendizaje de habilidades y estilos de afrontamiento no fue el adecuado dentro de las pautas y dinámica familiar ^{15, 16}

El consumo de sustancias psicoactivas aumenta también la probabilidad de sufrir algún trastorno de ansiedad, ^{17,18} así como algunas condiciones médicas donde la ansiedad es un síntoma más de la patología ^{19, 20}.

Vivir eventos estresantes se ha relacionado también con la aparición subsecuente del trastorno de ansiedad, por lo que situaciones como duelos, cambios en la situación laboral, jurídica, situación económica, de patrimonio o en relaciones interpersonales puede aumentar la probabilidad de presentar un TA. En general, los estresores psicosociales (laborales, sociales y familiares) se contemplan como factores predisponentes a la activación o mantenedores de los trastornos de ansiedad.

En el estudio del TA, los factores protectores son menos mencionados, probablemente por las diferencias entre cada subtipo de trastorno, sin embargo, el manejo temprano tras la ocurrencia de eventos traumáticos, al parecer evita

¹³ Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 43(3), 343-351.

¹⁴ González Ceinos, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1), 0-0.

¹⁵ García, E. B., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380.

¹⁶ Milne, B. J., Caspi, A., Harrington, H., Poulton, R., Rutter, M., & Moffitt, T. E. (2009). Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 738-747.

¹⁷ Leventhal, A. M., & Zvolensky, M. J. (2015). Anxiety, depression, and cigarette smoking: A transdiagnostic vulnerability framework to understanding emotion-smoking comorbidity. *Psychological bulletin*, 141(1), 176.

¹⁸ Patel, S. (2014). Long-Term Medical Marijuana Use and Anxiety. *UC Merced Undergraduate Research Journal*, 7(2).

¹⁹ Tamayo Martínez, N., Gómez-Restrepo, C., Ramírez, S., & Rodríguez, M. N. (2016). Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 141-146.

²⁰ Marcos, M. L. T., & Selva, J. P. S. (2016). Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 1(3), 100-106.

la cronificación de la sintomatología²¹. El fortalecimiento de las habilidades cognitivas, emocionales y sociales ²² ha demostrado reducción en la presencia de la ansiedad. Pávez, Mena & Vera (2012) consideran que, dado que la felicidad y el optimismo funcionan como factor protector de la ansiedad, ^{23,24} todos los factores que mejoren la salud mental contribuyen a reducir la presencia o el impacto negativo de estos trastornos en las poblaciones.

Los trabajadores con trastornos depresivos o de ansiedad tienen más ausencias en el trabajo, peor desempeño y menor productividad. Los trastornos depresivos y de ansiedad también generan discapacidad sustancial, presentismo laboral (la asistencia presencial al puesto de trabajo, pero con concentración y actividad en otras actividades) y se asocian a condiciones somáticas crónicas.^{25,26}

2.5 El trabajo y los trastornos de ansiedad

De acuerdo con la clasificación de factores psicosociales en el trabajo, los que más se relacionan con los trastornos de ansiedad son:

- Las exigencias laborales; pueden medirse por la cantidad (volumen de trabajo sumado al tiempo que dispone para hacerlo) o bien por el tipo de función (tareas y fuente de trabajo, herramientas, personas etc.). Las exigencias se traducen en: jornadas laborales extensas, planificación inadecuada, uso de herramientas no óptimas, relaciones exigentes con clientes o supervisores, escasas habilidades interpersonales, entre otras. La exigencia es alta cuando se tiene más trabajo del tiempo designado para realizarlo o bien, o cuando la exposición a diferentes características de las tareas, demandan más habilidades o ponen cargas sobre el trabajador (por ejemplo, emocionales). Además, gran cantidad y variedad de funciones y las tareas altamente demandantes desde el punto de vista intelectual lo exponen más a trastornos mentales.

El no estar debidamente calificado para desempeñar un trabajo incide en la presencia de TA, ya que impone una exigencia adicional al trabajador para

²¹ Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, ¿cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.

²² Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas I., Gómez Becerra, I., & Franco Justo, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness.

²³ Pávez, P., Mena, L., & Vera-Villarroel, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2).

²⁴ Wagner, M. F., Pereira, A. S., & Oliveira, M. S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 22(3).

²⁵ Plaisier, I., de Graaf, R., de Bruijn, J., Smit, J., van Dyck, R., Beekman, A., & Penninx, B. (2012). Depressive and anxiety disorders on-the-job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry research*, 200(2-3), 382-388.

²⁶ Bokma, W. A., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J., & Penninx, B. W. (2017). Impact of Anxiety and/or Depressive Disorders and Chronic Somatic Diseases on disability and work impairment. *Journal of psychosomatic research*, 94, 10-16.

poder cumplir con su labor.

- El control del trabajo, la vigilancia de este, los estilos de supervisión y liderazgo también son factores de riesgo. La limitación de la autonomía puede contribuir a desplazar el logro de objetivos en el trabajo y los de la vida privada, lo que genera mayor malestar y por tanto ansiedad.
- El apoyo social y las relaciones interpersonales impactan en la salud mental del trabajador ^{27,28} así como otros factores individuales como el tipo de personalidad (por ejemplo, perfeccionista), y las auto imposiciones que llevan al individuo a sobrecarga y estrés laboral. Las constantes evaluaciones negativas (ausencia de retroalimentación positiva) por parte de los superiores y compañeros también son otra condición relacionada con el trastorno mental.²⁹

Como resultado de la revisión sistemática realizada por Harvey et al. (2017)³⁰ sobre los factores del trabajo que ejercen una influencia importante en el desarrollo de los trastornos mentales, los autores propusieron la conformación de tres grandes subgrupos superpuestos de factores de riesgo derivados del trabajo, que a su vez orientan la intervención, ellos son (ver figura 1):

- Diseño desequilibrado del trabajo que incorpora las demandas de trabajo, la falta de control sobre el trabajo, desbalance entre el esfuerzo y la recompensa y el escaso apoyo social.
- Incertidumbre laboral que considera aspectos como la falta de control sobre el trabajo, la injusticia, los cambios organizativos sin planeación, la inseguridad laboral, y el trabajo temporal.
- La falta de valor y respeto en el lugar de trabajo, que hace referencia al desbalance entre el esfuerzo y la recompensa, la escasa justicia de los procesos y las relaciones, el trabajo temporal y el deficiente apoyo social laboral.

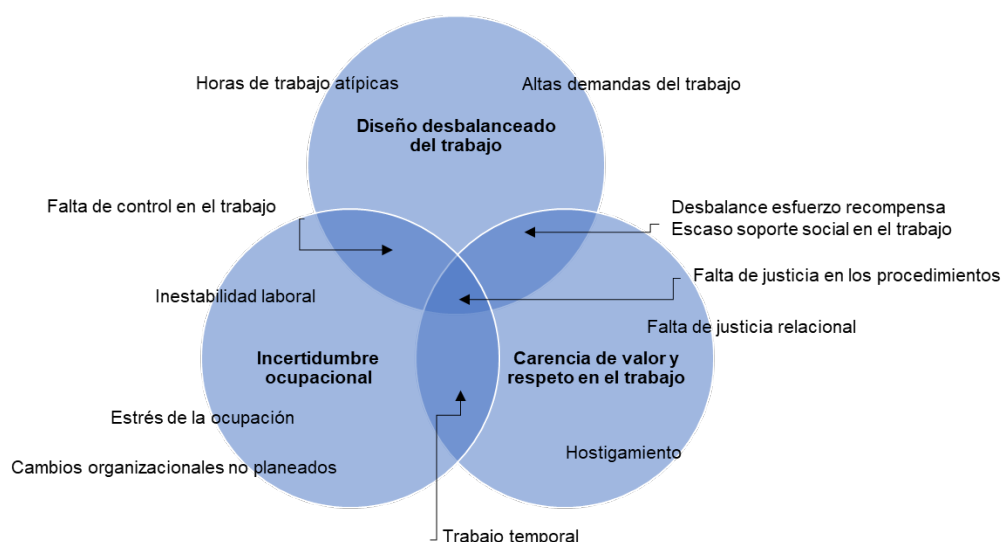
²⁷ Gómez, G. F. V., & Llanos, R. A. (2017). Factores Psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad alrededor del mundo.

²⁸ Céspedes Cabrera, K. M. (2016). Autopercepción del ambiente laboral como factor asociado a ansiedad en el trabajo. Centro de salud materno de castilla. Piura entre mayo y junio 2016.

²⁹ Bogiaizian, D. (2015). Perfiles ansiosos en el ámbito del trabajo.

³⁰ Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*, 74(4), 301-310.

Figura 1. Factores de riesgo del trabajo relacionados con el trastorno mental en el trabajo



Fuente: Harvey et al. 2017

De otra parte, el trabajo también puede ser fuente de bienestar y salud mental a través de los "factores saludables", que a criterio de Lindberg et al. (2017)³¹, son factores y circunstancias laborales que pueden tener un efecto preventivo y/o promocional sobre la salud mental y el bienestar. Estos factores pueden servir como recursos que amortiguan los efectos negativos de diversos riesgos en el trabajo y también pueden ser factores que, por sí mismos, crean beneficios de salud positivos para el individuo y el lugar de trabajo. Los factores positivos son los siguientes:

- Estilo de liderazgo positivo.
- Empoderamiento; autonomía; control en el trabajo; participación
- Posibilidades de desarrollo individual.
- Clima positivo de trabajo.
- Apoyo social del supervisor.
- Comunicación supervisor-empleado.

³¹ Lindberg, P., Karlsson, T., Nordlöf, H., Engström, V., & Vingård, E. (2017). Factors at work promoting mental health and wellbeing at work – a systematic literature review. Presented at the 5th World Congress International Positive Psychology Association, 13-16 July 2017, Montreal, Quebec, Canada. Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:hig:diva-24781>

- Objetivos claros
- Aprecio de parte de supervisores, colegas y clientes.
- Control del tiempo de trabajo, suficiencia para cumplir con la labor.
- Equilibrio esfuerzo-recompensa.
- Trabajo intelectualmente estimulante
- Seguridad en el empleo

La Organización Mundial de la Salud (2018)³² asegura que más de 260 millones de personas tienen trastorno de ansiedad y en la mayoría de los casos, los riesgos que conllevan se deben a una interacción inadecuada entre el tipo de trabajo, el entorno organizativo y directivo, las aptitudes y competencias del personal y las facilidades que se le ofrecen para realizar su trabajo.

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial (2016) estiman que la depresión y ansiedad le cuestan a la economía mundial un trillón de dólares al año, además, por cada dólar invertido en el tratamiento de estos desordenes, se recibe un retorno de cuatro dólares en una mejor salud y habilidad para trabajar,³³ lo cual evidencia la trascendencia del impacto negativo de los trastornos mentales, en particular la ansiedad, así como el efecto de la inversión para su tratamiento.

El Ministerio de Salud y Protección Social (2017)³⁴ asegura que los informes de las administradoras de riesgos laborales, junto con las de las entidades promotoras de salud, evidencian un incremento en las cifras de trastornos de ansiedad y depresión en el ámbito laboral y se concluye incluso que gran parte de la problemática musculoesquelética y de muchos accidentes de trabajo, guarda relación causal también con la exposición psicosocial dentro y fuera del trabajo. El Ministerio hace un llamado para que la comunidad laboral implemente planes y programas que prevengan los problemas de salud mental, mediante el fomento de espacios positivos en el trabajo, la participación de todos los actores involucrados, el entrenamiento para intervenir los trastornos ansiosos, el acceso a primeros auxilios psicológicos, el fomento de competencias que permitan afrontar situaciones complejas, los estilos de vida saludables, el apoyo social, y la consejería psicosocial.

2.6 Intervención de los trastornos de ansiedad en el entorno laboral

El proceso de prevención e intervención en salud mental inicia con la definición y comunicación de una política que reafirma el compromiso de los líderes de la

³² Organización Mundial de la Salud. Salud mental en el lugar de trabajo. Hoja informativa. Octubre de 2017. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

³³ Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P., & Saxena, S. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 415-424.

³⁴ Ministerio de salud y Protección Social (2017) Salud mental, clave para el desarrollo de empresas y trabajadores. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/salud-mental-clave-para-el-desarrollo-de-empresas-y-trabajadores.aspx>

organización para preservar y mejorar la salud psicológica de los colaboradores a través de intervenciones en el lugar de trabajo. Los líderes organizacionales que entienden la importancia de la salud psicológica envían un mensaje claro respecto de la urgencia de estas intervenciones y asignan recursos suficientes para realizar acciones significativas superando las barreras que limitan los cambios.

La siguiente fase de las acciones de intervención consiste en la determinación de los indicadores clave de salud psicológica en la organización (evaluación de factores psicosociales y sus efectos como ausentismo, problemas de salud, utilización de servicios de asistencia psicosocial, accidentes, etc.), y la selección de acciones con sus respectivos objetivos, sea que se trate de promoción de la salud o de acciones de prevención primaria, secundaria o terciaria, para continuar con el proceso evaluación de resultados e implementación de acciones de mejora, y de esta forma sostener las intervenciones más efectivas.

Un equipo de personas encargado de la intervención psicosocial puede hacer más fácil el proceso en cuanto que permite la participación de las personas que demuestran motivación, sin requerir para ello de estructuras organizacionales nuevas. Lo importante es comprender que una organización no logrará intervenir todo lo que quisiera, pero lo que es realmente importante es invertir los esfuerzos y recursos necesarios para crear un cambio positivo.

Para mejorar la efectividad de las diferentes intervenciones se deberán considerar las características demográficas de los colaboradores y las características mismas de la organización (tamaño, sector, ubicación, tipo de empresa, entre otras).

Las intervenciones centradas en la promoción se orientan a mejorar la salud psicológica general de los trabajadores, la prevención primaria se orienta a reducir la probabilidad de afectaciones psicológicas, mientras que la prevención secundaria parte de la identificación e intervención temprana de problemas psicológicos, y la prevención terciaria tiene por objetivo garantizar un tratamiento óptimo para restablecer la salud mental, reducir la discapacidad y apoyar el retorno al trabajo. Por lo general, un programa de intervención de la salud mental combina acciones de diversa naturaleza. Así mismo, las intervenciones pueden ser de carácter individual o colectivo.

La promoción está relacionada con el concepto de salud psicológica positiva, caracterizada por cualidades como la capacidad de resolución de problemas, la autoeficacia, la capacidad de recuperación, la creatividad y el crecimiento espiritual.

El objetivo de la promoción de la salud psicológica es aumentar la capacidad de los individuos para manejar el estrés y los desafíos emocionales, de manera que se reduzca la probabilidad de aparición de trastornos mentales. Curiosamente, se ha encontrado que las personas que sufren problemas de salud psicológica tienen más probabilidades que otras de adoptar conductas de salud positivas. Además, se ha demostrado que las intervenciones de promoción de la salud en

el lugar de trabajo, incluso aquellas que no se centran específicamente en la salud psicológica, demuestran efectos positivos con respecto a la reducción de la depresión y los síntomas de ansiedad en los trabajadores (Gilbert & Bilsker, 2012)³⁵.

Las intervenciones específicas para los trastornos de ansiedad son variadas, sin embargo, hay mayor evidencia de resultados positivos en la terapia cognitivo conductual (TCC) que se utiliza incluso en atención primaria aplicando técnicas como la relajación, el reconocimiento de pensamientos ansiosos y el entrenamiento en resolución de problemas.

La TCC se concentra en la modificación de las respuestas emocionales, de pensamiento y de comportamiento. Así mismo, las terapias cognitivo-conductuales de tercera generación, como el mindfulness, se enfoca en modelos de procesamiento de la información, la identificación de sintomatología y el contexto ambiental.

El desarrollo de la resiliencia o la capacidad de hacer frente con eficacia al estrés de las experiencias difíciles de la vida permite a los individuos superar la adversidad, sin actuar de manera disfuncional o dañina. Cuando los individuos tienen una perspectiva positiva y flexible de sí mismos y de sus capacidades, también tendrán percepciones más positivas de su trabajo y una mayor satisfacción con la vida. Se ha demostrado que numerosos factores disposicionales promueven la resiliencia, entre ellos: (i) la autoeficacia por ser ésta una competencia para resolver los problemas y lidiar con las cargas del trabajo. (ii) El optimismo para el futuro y la creencia en el éxito de los propios comportamientos influyen en la persistencia hacia los resultados. (iii) El fortalecimiento de las emociones positivas y el uso activo de habilidades y recursos para controlar y administrar la vida diaria aumentan el bienestar y la salud mental de la persona. (iv) También se ha demostrado que el humor es una habilidad de afrontamiento efectiva en las relaciones y en situaciones estresantes. (v) Las habilidades de relación interpersonal son igualmente importantes en la capacidad de resiliencia.

Una acción de intervención frente a situaciones provocadoras de estrés y ansiedad es el entrenamiento para la resiliencia. Los componentes más importantes de los programas de construcción de resiliencia son:

- Autorregulación de las respuestas emocionales.
- Solución eficiente de problemas.
- Autoeficacia o confianza en las capacidades y habilidades para enfrentar los desafíos.
- Apoyo social de parte de otros y hacia otros.
- Componentes adicionales del proceso de formación en resiliencia contemplan la comprensión de las fortalezas personales; el manejo del estrés; el desarrollo

³⁵ Gilbert, M., & Bilsker, D. (2012). Psychological health and safety: An action guide for employers. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. the Mental Health Commission of Canada and the Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction.

del pensamiento realista y el manejo del conflicto interpersonal ³⁶.

Para mayor información sobre resiliencia puede consultar el link <https://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>, en esta página el lector encontrará orientaciones acerca de cómo construir resiliencia, algunas de ellas son³⁷:

- Establecer buenas relaciones con familiares, amistades y otras personas importantes en la vida, aceptar y dar apoyo.
- Entender que las dificultades son superables y por tanto la clave está en cambiar la forma en que se interpretan.
- Aceptar que el cambio es parte de la vida y por tanto los esfuerzos deben orientarse hacia las situaciones que son modificables.
- Moverse hacia metas realistas.
- Tomar acciones decisivas en situaciones adversas, porque enfrentar las dificultades es mejor que ignorarlas.
- Aprovechar las adversidades para encontrar oportunidades que lleven a descubrirse a sí mismo.
- Cultivar una visión positiva de sí, desarrollar la capacidad para resolver problemas y confiar en sí mismo.
- Mantener las situaciones en perspectiva del largo plazo, evitando magnificar un evento estresante.
- Mantener la esperanza y el optimismo visualizando lo que se quiere, y no lo que preocupa.
- Cuidar de sí mismo, atender las necesidades y deseos, practicar actividades relajantes y ejercicio diario.

Los adultos resilientes son adaptables y capaces de manejar su vida laboral y personal, así como las demandas del lugar de trabajo y el cambio tecnológico.

En Australia se desarrolló y probó un programa piloto de prevención, consistente en la promoción de la resiliencia en adultos (PAR por sus siglas en inglés). Las once sesiones de una hora de duración se focalizaron en el aprendizaje de estrategias de tipo cognitivo conductual para fortalecer el equilibrio entre la vida laboral y familiar y para promover la salud mental y el bienestar entre los trabajadores. El análisis de los resultados pre y post intervención mostró una reducción significativa de reacciones de estrés, así como incremento de la autoeficacia para el afrontamiento de las situaciones tensionantes, en relación con el grupo de comparación.³⁸

Un importante avance técnico en materia de salud mental en el trabajo es el estándar nacional del Canadá denominado “Psychological Health and Safety in the Workplace – Prevention, promotion and guidance to staged

³⁶ Millear, P. M., Liopsis, P., Shochet, I. M., Biggs, H. C., & Donald, M. (2007). Promoting adult resilience in the workplace: Synthesising mental health and work-life balance approaches.

³⁷ El camino a la Resiliencia. Comas-Díaz, Lillian; Luther, Suniya S.; Maddi Salvatore R.

Recuperado de: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>

³⁸ Millear et al. (2007).

implementation”³⁹, que presenta un enfoque sistemático para desarrollar y mantener la salud psicológica en los sitios de trabajo a través de acciones de promoción y prevención en salud mental orientadas a todas las personas, con o sin trastorno mental. El estándar se asume como voluntario y se focaliza en aspectos que están bajo el control de la organización para mitigar el riesgo, mejorar la relación costo - efectividad de la intervención, facilitar el reclutamiento y la retención del personal y la excelencia y sustentabilidad organizacional, a partir de tres pilares de la salud psicológica que son: prevención de las afectaciones, promoción de la salud y solución de incidentes, problemas o quejas. El contenido del estándar se desarrolló con la participación de empleadores, proveedores de servicios de salud mental, entidades del estado, aseguradoras y expertos.

El estándar considera un conjunto de trece (13) factores psicosociales, doce de los cuales fueron adaptados de “GuardingMinds@Work”⁴⁰, que tienen el potencial de afectar positivamente la salud mental de las personas en sus lugares de trabajo, alrededor de los cuales se deben generar conversaciones y procesos de mejora. Dada la importancia de estos 13 factores, los mismos se listan a continuación, por cuanto las acciones que se realicen sobre ellos pueden ayudar en la prevención y manejo de casos de ansiedad en los sitios de trabajo.

- Cultura organizacional caracterizada por confianza, honestidad y justicia.
- Apoyo psicológico y social de colegas y supervisores frente a las necesidades de los trabajadores.
- Liderazgo y apoyo efectivos que ayudan a los colaboradores a saber qué deben hacer y cómo contribuye su trabajo a la organización.
- Respeto en las relaciones entre las personas en el trabajo.
- Adecuada combinación entre las competencias interpersonales y emocionales de los trabajadores y los requisitos del puesto.
- Estímulo al desarrollo y crecimiento de las habilidades interpersonales, emocionales y laborales de los individuos.
- Reconocimiento y recompensa, que incluye la expresión de aprecio al trabajador por sus esfuerzos, de forma justa y en el debido momento.
- Implicación y participación del trabajador en los aspectos relevantes de su labor.
- Gestión de la carga de trabajo para atenderla en el tiempo destinado para tal fin.

³⁹ Canadian Standards Association. (2013). Psychological health and safety in the workplace—Prevention, promotion, and guidance to staged implementation. *Ottawa, Ontario, Canada*: Retrieved from: www.mentalhealthcommission.ca

⁴⁰ GuardingMinds@Work es un desarrollo técnico efectuado en Canadá que contiene numerosos recursos destinados a empleadores y trabajadores para enfrentar el estrés, fue desarrollado por investigadores del “Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction” (CARMHA) de la Facultad de Ciencias de la Salud de “Simon Fraser University” de Vancouver (Canadá), quienes fueron comisionados para estos fines por el “Great-West Life Centre for Mental Health in the Workplace”, fundado por “Great-West Life Assurance Company”. Su contenido es el resultado de un proceso de investigación útil para todo tipo de organización, sin importar el tamaño o el sector económico al que pertenezca. Para más información puede consultarse la página web en la siguiente dirección: <https://www.guardingmindsatwork.ca/about/about>

- Compromiso expresado de los trabajadores, que se expresa en que se siente conectado con su trabajo y dispone sus esfuerzos para hacerlo de forma satisfactoria.
- Reconocimiento de la necesidad de balance entre las demandas del trabajo, la familia y la vida personal.
- Protección psicológica, de manera que los trabajadores se sienten tranquilos y eliminan el temor de hacer preguntas, buscar retroalimentación, reportar problemáticas y dar sugerencias.
- Protección de la seguridad física a través de acciones que cuidan de la salud y la seguridad de las personas.

La revisión de literatura realizada por Rhoades y Eisenberger (2002) reitera la importancia de algunas variables mencionadas anteriormente como elementos que explican el soporte organizacional percibido, que a su vez contribuye al bienestar de los individuos; tales variables son: justicia, soporte de los supervisores, recompensas y adecuadas condiciones de trabajo⁴¹.

De otra parte, la psicoeducación como mecanismo de intervención para reducir el estrés ha mostrado beneficios importantes en ciertos grupos, como lo registran los hallazgos de Van Daele et al. (2012), quienes identificaron que intervenciones cortas son más efectivas que las prolongadas, principalmente en población femenina.⁴²

Las intervenciones psicosociales basadas en mindfulness (atención plena) constituyen una técnica versátil e ideal para procesos de atención primaria en casos de estrés, ansiedad o depresión (Hervás, Cebolla y Soler, 2016)⁴³. El objetivo de las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) es el entrenamiento de una habilidad psicológica que se puede entender como un estado o también como un rasgo estable, que implica centrar la conciencia deliberadamente en el momento presente, en el que surgen actitudes como: curiosidad, apertura, aceptación hacia el elemento de observación y autorregulación de la atención. Los hallazgos referidos por los autores señalan que el mindfulness es una capacidad estable, que se puede entrenar y en la medida en que se practique se convierte en un rasgo. Algunas prácticas del mindfulness implican la “meditación de escaneo corporal, la meditación sentado, comiendo o caminando, así como la comunicación consciente”. También se incluyen ejercicios de yoga y psicoeducación sobre la fisiología del estrés y la forma de responder a éste.

Hervás, Cebolla y Soler (2016) analizaron diversos estudios respecto de la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness y hallaron que tienen numerosas aplicaciones, especialmente en personas con sintomatología ansiosa-depresiva, así como también en casos con síntomas somáticos o de

⁴¹ Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of applied psychology*, 87(4), 698.

⁴² Van Daele, T., Hermans, D., Van Audenhove, C., & Van den Bergh, O. (2012). Stress reduction through psychoeducation: a meta-analytic review. *Health Education & Behavior*, 39(4), 474-485.

⁴³ Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115-124.

dolor crónico, incluso aplicada de manera remota (on-line), sin embargo, aún se requiere mayor investigación para precisar el tipo de personas en las que es más eficaz esta técnica.

Una guía de gran ayuda desarrollada en Australia por Reavley et al. (2013) resume de forma muy clara la evidencia disponible respecto de la eficacia clínica de varios tratamientos psicológicos para los trastornos de ansiedad. A continuación, se presenta la tabla 2 que resume los hallazgos, indicando con signos positivos (+) el grado de evidencia disponible y con signos de interrogación la carencia de evidencia publicada.⁴⁴

Tabla 2. Resumen de las terapias psicológicas que tienen evidencia de utilidad en los trastornos de ansiedad

Intervención psicológica	Trastorno de ansiedad generalizada	Desorden de estrés postraumático	Fobia social	Trastorno de pánico y agorafobia	Fobias específicas	Trastorno obsesivo compulsivo
Tensión muscular	?	?	?	?	+ para fobia a la sangre y las heridas	?
Terapia comportamental (terapia de exposición)	?	+++	++	++	+++	+++
Terapia cognitivo conductual	+++	+++	+++	+++	+++	+++
Terapia psicológica mediante computador	+	++	++	++	++	+
Terapia de desensibilización mediante movimiento ocular y reprocesamiento	?	+++	?	?	?	?

⁴⁴ Reavley NJ, Allen NB, Jorm AF, Morgan AJ, Ryan S, Purcell R. (2013). *A guide to what works for anxiety*. 2nd Edition. Beyondblue: Melbourne.

Intervention psicológica	Trastorno de ansiedad generalizada	Desorden de estrés postraumático	Fobia social	Trastorno de pánico y agorafobia	Fobias específicas	Trastorno obsesivo compulsivo
Terapia de exposición narrativa	?	++	?	?	?	?
Terapia psicodinámica	+	?	+	+	?	?
Terapia de exposición a realidad virtual	?	+	?	+	+++	?

A continuación, se explican brevemente las técnicas terapéuticas mencionadas en la tabla anterior:

- La aplicación de tensión muscular enseña a las personas a incrementar el nivel de presión arterial mediante la tensión de los músculos cuando presencian sangre o heridas, casos en los cuales las personas tienden a desmayarse por la fobia que provocan.
- La terapia comportamental para la ansiedad se basa en la exposición con diferentes aproximaciones a los hechos o situaciones provocadoras de ansiedad.
- La terapia cognitivo conductual se apoya en la búsqueda de patrones de pensamiento y comportamiento que ayudan a las personas a manejar las respuestas ansiosas y por tanto desarrolla estrategias de afrontamiento.
- La terapia por computador es una forma de terapia cognitivo conductual, pero a través de internet. También utiliza el teléfono, el correo y los mensajes de texto como parte del soporte terapéutico.
- La terapia EMDR (por sus siglas en inglés: Eye Movement Desensitization and Reprocessing) fue desarrollada para tratar los síntomas derivados de experiencias traumáticas. Involucra la resignificación de experiencias de vida en ciclos cortos que se combinan con el movimiento rítmico ocular u otro tipo de estímulos rítmicos.
- La terapia de exposición narrativa se focaliza en la forma como las personas piensan acerca de sí mismas y sus situaciones de vida en términos de narrativas o historias.
- Terapia psicodinámica se basa en patrones inconscientes (pensamientos y sentimientos) en la mente y en los roles que tienen en los problemas psicológicos.

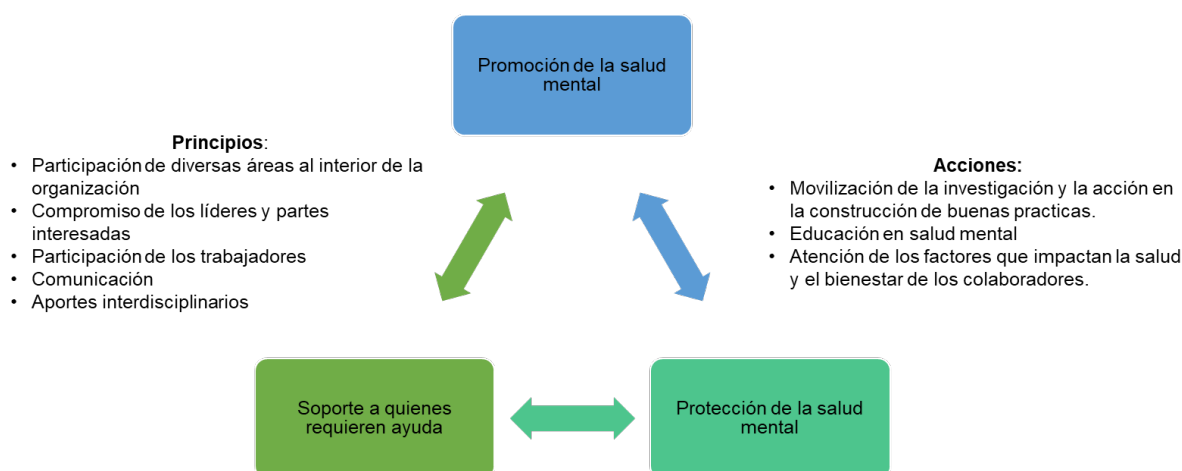
En resumen, podría afirmarse que la intervención de estados o trastornos de ansiedad en el entorno laboral requiere de un enfoque integral que se focalice en tres grandes componentes: (i) protección de la salud mental mediante el control de los factores de riesgo para los problemas mentales, (ii) promoción de

la salud mental a través del desarrollo de aspectos positivos del trabajo, fomento de las fortalezas y capacidades de los trabajadores, así como practica de hábitos saludables y de bienestar y (iii) soporte a quienes requieren ayuda sin importar el origen de su problemática, usando para ello varias de las técnicas mencionadas hasta ahora (figura 2).

El enfoque integral debe movilizar la investigación y la acción hacia los tres elementos anteriores, incluida la educación en salud mental al interior de los centros de trabajo. Este enfoque combina los aportes de la medicina, la salud pública y la psicología para optimizar la gestión y el manejo de los problemas de salud mental en el trabajo⁴⁵.

El enfoque integrado implica también la participación de diversas áreas al interior de la organización (talento humano, salud y seguridad en el trabajo y otras que puedan apoyar el proceso). El enfoque integrado supone también reconocer que es necesario atender un amplio rango de factores que impactan la salud y el bienestar de los colaboradores. Así mismo, el enfoque integral se apoya en tres principios para desarrollar una estrategia eficaz en salud mental: compromiso de los líderes y partes interesadas al interior del centro de trabajo, participación significativa y continua comunicación.⁴⁶

Figura 2. Enfoque integrado para la prevención y el manejo de los casos de ansiedad en el trabajo



Finalmente, el anexo 1 contiene un breve marco de referencia legal de la “Guía de actuación para prevenir y manejar los trastornos de ansiedad en el trabajo”,

⁴⁵ LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., & Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC psychiatry*, 14(1), 131.

⁴⁶ Beyond Blue Limited and Mentally Healthy Workplace Alliance. (SF) Developing a workplace mental health strategy. A how-to guide for organisations. Serie “Heads Up initiative”. Retrieved from: https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/393615_1117_bl1833_acc-2.pdf?sfvrsn=f5cf264d_4

el cual deberá ser tomado en cuenta teniendo claridad de las actualizaciones que se presenten posteriores a la fecha de publicación de la presente guía.

3. GUÍA DE ACTUACIÓN PARA PREVENIR Y MANEJAR LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO

4.1 Alcances de la guía

La guía será utilizada para aplicar estrategias en prevención primaria y secundaria a partir de los resultados de la evaluación del riesgo de presencia de trastornos de ansiedad. Las acciones de intervención que proponen podrán complementarse con las sugeridas en la Guía para la promoción de la salud mental, la prevención y la actuación frente a trastornos mentales en el ámbito laboral, así como en otros desarrollos y materiales técnicos de la estrategia SURA en salud Integral, componente de salud mental.

La rehabilitación y reintegración de trabajadores con estos trastornos se gestionará juntamente con los servicios de salud externos y se apoyará en los lineamientos del modelo SURA de Reincorporación Socio Laboral Basada en la Rehabilitación Integral y en la “Guía para la reincorporación e inclusión laboral luego de una incapacidad o ausencia por un problema o un trastorno mental”.

4.2 Población usuaria de la guía

La guía para la prevención y manejo de los trastornos de ansiedad está diseñada para ser aplicada por las divisiones de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo, así como por los profesionales de la salud y los asesores en prevención y promoción de la salud. Son beneficiarios del contenido de la guía los empleadores y compañeros de un trabajador que presenta riesgo de trastorno de ansiedad, así como el mismo trabajador que lo padece y aquellos sobre los que es necesario hacer acciones de prevención.

Objetivos

Objetivo general:

Proporcionar a la empresa y al personal de trabajadores, el conocimiento básico sobre los trastornos de ansiedad para intervenir de manera efectiva ante la identificación de los casos, y fomentar entornos saludables que prevengan la aparición o el agravamiento de estos.

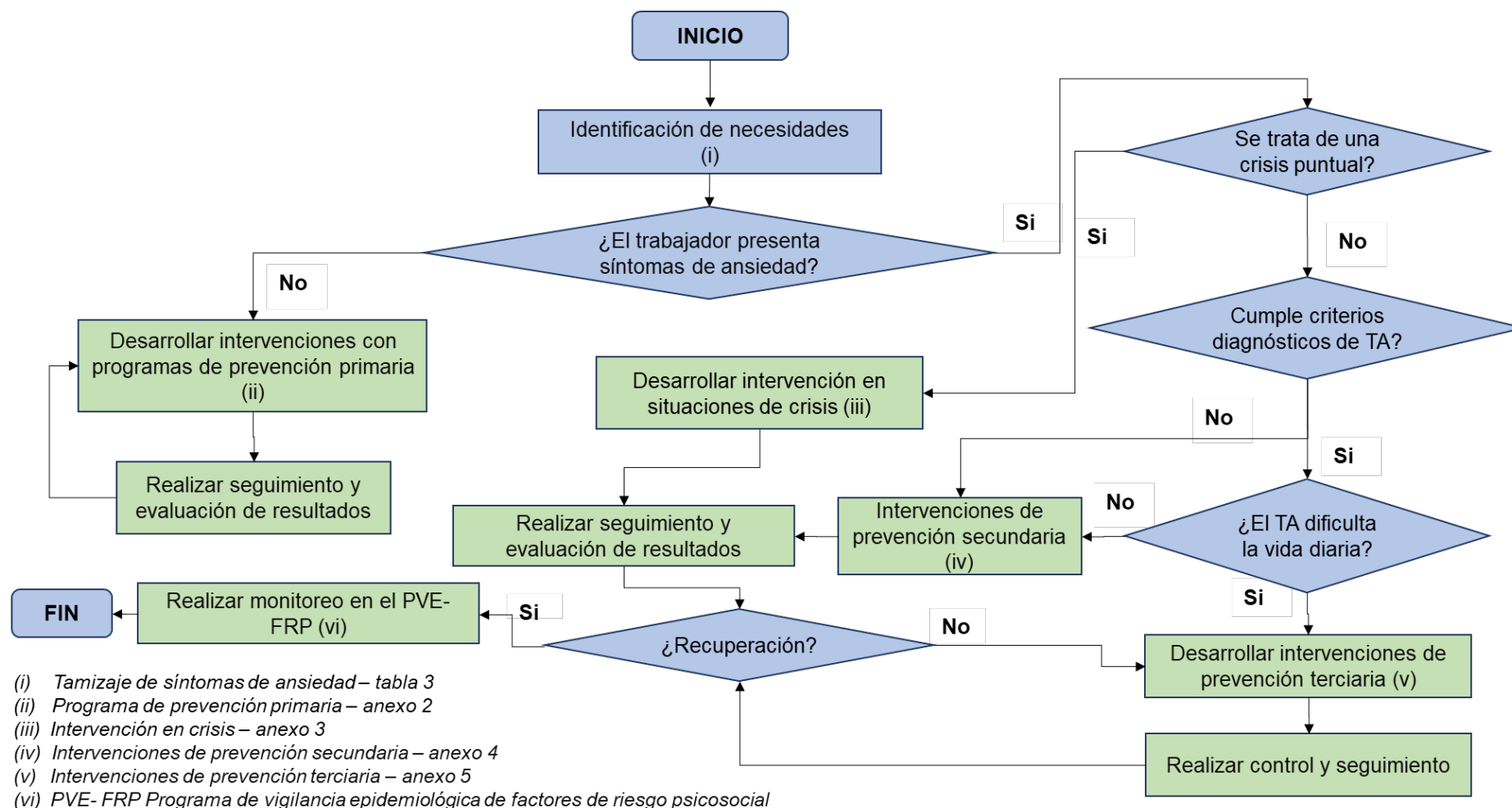
Objetivos específicos:

- Detectar tempranamente los factores de riesgo y signos de trastornos de ansiedad en los trabajadores.
- Orientar sobre las estrategias de intervención y manejo de los casos de acuerdo con los diversos tipos de trastornos que se presenten entre los trabajadores.
- Promover programas e iniciativas de salud y autocuidado para favorecer la salud mental de los trabajadores.

4.3 Proceso para la prevención y manejo de los trastornos de ansiedad en el ámbito laboral

El desarrollo de las acciones de prevención y manejo de los trastornos de ansiedad en el entorno de trabajo se realizará mediante varias actividades que se describen a continuación y se ilustran en figura 3.

Figura 3. Flujograma del protocolo de intervención frente a presencia de trastornos de ansiedad



4.3.1 Identificación de necesidades

Las áreas de Gestión del Talento Humano y Seguridad y Salud en el Trabajo se encargarán de identificar los posibles casos de trabajadores que serán objeto de la atención con la presente guía. Para ello se efectuará una evaluación de necesidades que implica los siguientes pasos:

- a) Identificación de trabajadores en los procesos de evaluación de factores de riesgo psicosocial y estrés, así:
 - Trabajadores que presentan alto o muy alto riesgo psicosocial, sea intra o extralaboral (según la Batería para la identificación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de Trabajo o su equivalente con otras herramientas de evaluación de factores Psicosociales).
 - Trabajadores que presentan alto o muy alto nivel de estrés (según la Batería para la identificación de factores de riesgo psicosocial del Ministerio de Trabajo o su equivalente con otras herramientas de evaluación de síntomas de estrés o de identificación de efectos adversos en salud).
- b) De los trabajadores detectados en la fase anterior, se identificarán aquellos que según la evaluación médica ocupacional presenten síntomas sugestivos ansiedad (ver tabla 3). La identificación de los casos es una labor a cargo exclusivamente de profesionales idóneos (médico o psicólogo) y la información corresponde a la historia clínica y por tanto es confidencial.
- c) Adicional los casos identificados según los criterios de los literales “a” y “b”, se podrán detectar otros que resulten a través de las siguientes fuentes de información:
 - Evaluación médica ocupacional periódica con varios síntomas de ansiedad (tabla 3)
 - Casos identificados en el Programa de vigilancia epidemiológica para el control de los factores de riesgo psicosocial y la prevención de las enfermedades relacionadas” (PVE-FRP), con síntomas sugestivos de ansiedad.
 - Evaluación médica en los servicios de salud a los que acude el trabajador con impresión diagnóstica de ansiedad por la importancia de los síntomas, o con diagnóstico de trastorno de ansiedad (en cualquiera de sus modalidades).
 - Reporte de jefes, compañeros de trabajo, de encargados de actividades en salud y seguridad, o de bienestar, o reporte del mismo trabajador. En estos casos se pedirá una evaluación complementaria por parte del médico ocupacional de la empresa, o por el médico del servicio asistencial

al que acude el trabajador o por el Psicólogo ocupacional o clínico que asesore a la empresa o que trate al trabajador, para explorar la existencia de síntomas de ansiedad (la tabla 3 sugiere un listado de síntomas relevantes).

Tabla 3. Principales síntomas de ansiedad

Síntomas físicos no explicados por otras causas médicas	Síntomas psicológicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos)
• Vegetativos: Sudoración, sequedad en la boca, mareos, inestabilidad. • Neuromusculares: Temblor, aumento de la tensión muscular, cefaleas, parestesias, dolores. • Cardiovasculares: Palpitaciones – taquicardia, dolor precordial, fluctuaciones de la presión arterial. • Respiratorio: Disnea • Digestivos: Molestias digestivas, náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, entre otros. • Genitourinario: Aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, problemas en la esfera sexual.	• Preocupación excesiva o desproporcionada • Intranquilidad, inquietud • Nerviosismo, sobresaltos • Miedos irracionales • Ideas catastróficas • Deseo de huir • Temor a perder la razón o el control • Sensación de muerte inminente • Dificultad para conciliar el sueño • Dificultad para concentrarse • Olvidos frecuentes • Sensación de que algo grave puede ocurrir • Irritabilidad, inquietud, desasosiego. • Conductas de evitación ante ciertas situaciones. • Inhibición o bloqueo psicomotor • Obsesiones, compulsiones

Como resultado de la evaluación de necesidades se clasifican los trabajadores en dos grandes grupos, el criterio de clasificación será la magnitud, frecuencia de los síntomas, y afectación de la funcionalidad emocional y comportamental del individuo según la evaluación realizada por el médico (ocupacional o asistencial) o el psicólogo asistencial o el que asesore a la empresa:

- Los trabajadores que no presentan síntomas de ansiedad significativos según la evaluación médica o psicológica.
- Los trabajadores que si presentan síntomas de ansiedad significativos según la evaluación médica o psicológica.

4.3.2 Acciones de intervención

Una vez identificados los grupos de trabajadores, se dará curso a las actividades de intervención, sean primarias secundarias o terciarias. Cada organización evaluará la factibilidad de realizar las acciones de prevención con sus propios recursos, o en su defecto podrá acudir a recursos externos.

4.3.2.1 Actividades de prevención primaria

Las acciones de prevención primaria son intervenciones que se desarrollan para toda la población de trabajadores con el fin de reducir o eliminar factores que tienen alta probabilidad de generar trastornos de ansiedad (TA). Su objetivo a largo plazo será evitar que existan casos entre quienes actualmente no presentan señales.

Para lograr este fin, la promoción de un entorno mentalmente saludable es una de las herramientas que consolida los esfuerzos de la organización mediante diferentes estrategias individuales y grupales, según sean las características de la empresa y de los factores de riesgo identificados, para ofrecer protección a los trabajadores frente a las amenazas para su salud.

Las actividades de prevención se orientarán a:

- Aumentar y visibilizar los factores protectores.
- Aumentar la fortaleza emocional.
- Sensibilizar y educar y a los trabajadores para la identificación y manejo de los síntomas de ansiedad (Anexo 2)
- Fomentar la cultura de entornos saludables gracias a la reducción de la exposición a factores de riesgo psicosocial en la organización y la promoción de estilos de vida saludables tales como: actividad física, manejo del tiempo, aprovechamiento de espacios para el ocio, calidad de sueño, alimentación adecuada, entre otras.
- Intervenir rápidamente luego de que se presente un evento vital en la organización o en la vida de un trabajador.

Algunos materiales de prevención primaria en salud mental que se pueden utilizar para el caso de los trastornos de ansiedad se encuentran disponibles en la “Guía para la promoción de la salud mental, la prevención y la actuación frente a trastornos mentales en el ámbito laboral” publicada por SURA como parte de los recursos de la “Estrategia en salud mental”. En particular se sugiere consultar tres anexos que contienen ayudas de formación⁴⁷.

⁴⁷ Anexo 1 que presenta un material educativo básico para guiar el desarrollo de programas de hábitos saludables en todos los niveles de la empresa.

Anexo 2 que contiene un material psicoeducativo de utilidad para comprender el trastorno mental y las acciones para superarlo.

Son igualmente útiles los materiales de formación diseñados por OIT y que conforman el programa SOLVE (segunda edición), los cuales están disponibles en https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203378.pdf

Psicoeducación:

La psicoeducación consiste en proporcionar información para explicar aspectos importantes referentes a la identificación y manejo de trastornos de ansiedad, incluidas las características de éstos, las consecuencias sobre la salud, la sintomatología común y las estrategias de manejo.

La psicoeducación busca que los trabajadores y directivos tomen conciencia de la importancia de identificar las señales y factores de riesgo que pueden conllevar a un trastorno de ansiedad, así como reconocer el impacto positivo que tiene la conservación de una buena salud mental sobre la persona y el bienestar organizacional, incluidos los costos, la productividad, el clima de relaciones, entre otros.

La educación en técnicas de relajación, respiración, autocontrol, habilidades sociales y manejo de la ansiedad son opciones de preferencia para hacer prevención primaria de la ansiedad.

Enseñanza de técnicas preventivas:

Algunas técnicas preventivas permiten reforzar los factores que ayudan a los trabajadores a afrontar situaciones complejas que pueden derivar en trastornos de ansiedad con opciones como las técnicas de gestión de emociones y de manejo adecuado del tiempo.

La regulación emocional genera fortaleza y conciencia sobre el vínculo de las emociones con los pensamientos y los comportamientos, la cual se complementa con estrategias de afrontamiento.

Promoción de estilos de vida saludables:

A nivel individual existe evidencia de la importancia de afrontar situaciones complejas con estilos de vida saludables por su capacidad de amortiguar las consecuencias de la presencia de TA, entre ellos: una alimentación saludable y balanceada, el ejercicio regular, el sueño reparador, la eliminación del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias que alteren el estado de ánimo.

Anexo 4 que presenta una propuesta de intervención educativa para sensibilizar sobre la importancia de superar los estigmas.

De otra parte, deberán emprenderse acciones para reducir la exposición a factores de riesgo psicosocial en la organización, las cuales contemplan aspectos relacionados con ajustes en el contenido de trabajo, control de la monotonía, incremento del sentido de la función, control de la sobrecarga, control de la presión y los horarios en el trabajo, la formación y capacitación, el fomento de la cultura de diálogo y respeto en la organización, entre otros.

4.3.2.2 Actividades de prevención secundaria

Las acciones de prevención secundaria se dirigen a la detección precoz de trabajadores que enfrentan importantes factores de riesgo psicosocial, y su objetivo se centra en limitar el impacto de los trastornos de ansiedad una vez están presentes, siempre que sean aún manejables porque no afectan de forma significativa la vida cotidiana. Las acciones de este nivel contemplan la intervención inmediata y buscan impedir la severidad de los TA. Una de las condiciones que puede provocar una reacción intensa de estrés o ansiedad es la vivencia de un evento vital negativo, por ejemplo, un desastre, de allí la importancia de identificar si la ansiedad que padece el trabajador es una reacción ante una crisis.

La atención en situaciones de crisis (individual u organizacional), hace referencia a un proceso de identificación de condiciones que pueden predisponer a la persona a desarrollar un trastorno de ansiedad tras haber vivido o haber sido testigo de alguna condición traumática en la empresa, o con algún miembro de ella. Cabe precisar que también ocurren crisis por eventos vitales ocurridos en la vida extralaboral, por ejemplo, una separación, la enfermedad de un ser querido, un fallecimiento, una pérdida, entre muchos otros.

Los primeros auxilios psicológicos pueden ser de enorme ayuda en situaciones de crisis, para ello se sugiere consultar el anexo 3.

En el evento de que no se trate de una situación de crisis que explique claramente el estado de ansiedad, se procederá con una valoración inicial del caso para indagar sobre la presencia de síntomas de ansiedad (tabla 4), para dar paso a la orientación más conveniente para el trabajador y la organización. Esta evaluación deberá hacerla únicamente un profesional idóneo, sea médico o psicólogo (del área de seguridad y salud en el trabajo o de un servicio externo) y los resultados deberán manejarse de forma confidencial y permitirán definir si es necesario avanzar en evaluaciones adicionales y si se implementan acciones de intervención al interior de la organización.

Tabla 4. Preguntas de tamizaje exploratorio para trastornos de ansiedad

Pregunta	SI	NO
¿Ha experimentado alguno de estos síntomas en los últimos 6 meses continuos?		
¿Preocupación excesiva sobre varias actividades o situaciones diarias?		
¿Le resulta difícil controlar esa preocupación constante?		
¿Junto con las preocupaciones se asocian alguno de estos síntomas?:		
▪ Irritabilidad.		
▪ Fatigabilidad fácil		
▪ Inquietud o impaciencia		
▪ Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco		
▪ Tensión muscular		
▪ Alteraciones del sueño		
¿La preocupación o los síntomas mencionados afectan significativamente la vida laboral o social?		
¿Existe alguna condición médica que puedan explicar o generar estos síntomas?		
¿Los síntomas son el efecto del consumo de alguna sustancia psicoactiva?		

En el entorno laboral se pueden desarrollar acciones de entrenamiento para el manejo de la sintomatología ansiosa, que se focalizan en evitar su intensificación y por tanto son estrategias prácticas como la que ilustra en el anexo 4. Las habilidades de relajación y respiración para controlar y prevenir los altos niveles de activación fisiológica que suelen presentarse en situaciones de ansiedad son también muy útiles, en particular en estadios tempranos en los que la presencia de sintomatología leve de ansiedad no interfiere con el funcionamiento del individuo en su vida laboral o personal.

La elaboración de materiales educativos, campañas y programas de salud mental organizacional, son elementos complementarios de este tipo de prevención, así como la mejora en el acceso a tratamientos y servicios de salud.

Si la presencia de la sintomatología ha tenido una duración de seis (6) meses o más y el trabajador la califica como moderada o intensa, e incluso afecta de forma importante su vida cotidiana, es necesario que el área de Seguridad y Salud en el Trabajo oriente la derivación a servicios externos de salud para manejo terapéutico. Se recomienda que el médico de la empresa remita al trabajador para que sea atendido en la EPS en la que se encuentra afiliado. Esta remisión debe quedar documentada. A estos efectos se dan las siguientes orientaciones:

a) Objetivo de la remisión:

Identificar y presentar un resumen de la historia clínica del trabajador (paciente) que a juicio del profesional que lo atiende en la empresa se debe remitir para atención o diagnóstico a un servicio de salud, para que de acuerdo con el nivel de resolución dé respuesta a las necesidades del trabajador.

b) Responsable de la remisión:

El responsable del diligenciamiento de la remisión es el profesional médico o psicólogo del servicio de salud o seguridad de la empresa, o de un servicio asesor.

c) Orientaciones sobre el contenido de la remisión:

- Fecha y hora en la cual se diligencia la remisión.
- Información del prestador de servicios de salud (EPS) a la que está afiliado el trabajador.
- Datos del trabajador que se remite: Apellidos y nombres, tipo documento de identificación y número, fecha de nacimiento, dirección de residencia habitual y teléfono, departamento y municipio
- Datos de la persona responsable del paciente (en caso de requerir apoyo)
- Datos del profesional que solicita la referencia y servicio al cual se remite: nombres, profesión, teléfonos, cargo, institución.
- Nombre del servicio para el cual se solicita la referencia: consulta externa, urgencias, hospitalización y en caso pertinente la especialidad.
- Sustentación de la pertinencia de la remisión: Información clínica relevante: información de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes de diagnóstico; resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión.
- Firma de la remisión.

d) Condiciones de la remisión:

- La remisión se hace con el fin de que el prestador del servicio de salud conozca la información clínica del trabajador y proceda de conformidad.
- La remisión debe constar por escrito para dar formalidad a la acción de la empresa de procurar la ayuda pertinente para el trabajador que requiere una atención especializada, porque las condiciones de salud escapan de las capacidades de las acciones de prevención que puede realizar la empresa.
- En la historia clínica del trabajador debe quedar constancia de la remisión, a fin de hacer el seguimiento médico que corresponda, en el marco del programa de vigilancia epidemiológica de factores psicosociales (ver Guía para la implementación del programa de vigilancia epidemiológica para el control de los factores de riesgo psicosocial y la prevención de las enfermedades relacionadas" (PVE-FRP).)

- El trabajador debe conocer que la remisión del médico o psicólogo de la empresa no compromete a la EPS para su atención, pero que en todo caso él deberá gestionar las citas para que sea atendido y posteriormente deberá informar al profesional remitente acerca del curso de acción que se siga en su EPS.
- En caso de una crisis que requiera la atención del trabajador por el servicio de urgencias de la EPS, la empresa deberá disponer lo necesario para facilitar el acceso, así como la prestación de los primeros auxilios médicos o psicológicos si fueran pertinentes.

En esta fase, un médico o un psicólogo de un servicio externo especializado (sea la EPS u otro debidamente habilitado) harán una exploración del caso contando con el consentimiento informado de parte del trabajador, usando para ello algunas herramientas para detección de sintomatología más específica de manejo por parte de los especialistas .

Una vez conocidos los resultados se definirá si se avanza con un proceso de evaluación más profunda hasta confirmar la existencia de un trastorno de ansiedad que se diagnosticará con criterios técnicos vigentes para reconocer el tipo de TA que presenta el trabajador. Como elemento adicional de evaluación de los casos, los médicos deberán considerar:

- La existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias
- La existencia de un trastorno mental que explique la ansiedad
- La existencia de factores desencadenantes de crisis de ansiedad (si se presentan)

Si las actividades establecidas no repercuten en la mejora de los síntomas de ansiedad, se implementarán las actividades de prevención terciaria, con el apoyo de instituciones y profesionales idóneos.

El informe de los profesionales de la salud que evaluaron al trabajador orientará el proceso a seguir para realizar una intervención desde la organización, así como la pertinencia de la atención clínica individual, que formará parte de un proceso de rehabilitación propio de la prevención terciaria. El acompañamiento y seguimiento al trabajador afectado con importantes síntomas, o con diagnóstico de un trastorno de ansiedad, es esencial para minimizar los riesgos y la cronificación de la situación.

4.3.2.3 Actividades de prevención terciaria

Las acciones de prevención terciaria incluyen las intervenciones orientadas a minimizar los efectos de los trastornos de ansiedad presentes en los trabajadores, éstas deben realizarse con el apoyo de servicios de salud externos y se complementarán con actividades de apoyo al interior de la organización.

Se contemplarán las acciones para el apoyo de trabajadores cuando se reincorporan a la organización, reduciendo la incapacidad y fomentando la rehabilitación tras su ausencia por un trastorno de ansiedad o por una crisis. A los efectos anteriores es conveniente revisar la “Guía para la reincorporación e inclusión laboral luego de una incapacidad o ausencia por un problema psicosocial o un trastorno mental”.

Para facilitar el seguimiento y reintegro de un trabajador que presenta ausencias por trastornos de ansiedad, deberán tenerse en cuenta factores como:

- La duración de la incapacidad y la necesidad de asistencia a consultas especializadas en horarios laborales.
- Establecer el contacto con el trabajador, sus familiares cercanos y con el profesional tratante (previo consentimiento informado del trabajador) para acordar el plan de la reincorporación y las acciones específicas que deben realizarse en función de su recuperación.
- Realizar psicoeducación con los compañeros del trabajador y estimular el apoyo social.
- Realizar acompañamiento y seguimiento a las condiciones laborales, funciones y tiempos de entrega de trabajos o deberes.

El anexo 5 presenta unas orientaciones para facilitar la reincorporación del trabajador luego de una ausencia por crisis o trastorno de ansiedad.

El seguimiento y la verificación de la adaptación del trabajador luego de su ausencia por trastornos de ansiedad es de gran importancia, en consecuencia, en todos los casos debe dejarse constancia de los resultados obtenidos y del plan de acción que sea pertinente.

4.3.2.4 Seguimiento y monitoreo

El seguimiento del proceso de prevención y manejo de la problemática de ansiedad implica de una parte el monitoreo de la efectividad de las acciones de intervención, sean ellas de promoción de la salud o de prevención primaria, secundaria o terciaria; para ello deberán estimarse los efectos mediante la verificación del logro de los objetivos propuestos, aspecto que se puede estimar mediante cambios en los síntomas que dieron lugar a la intervención.

En segundo lugar, el monitoreo de los casos con crisis implica un trabajo de acompañamiento y verificación de que las situaciones que precipitaron la crisis se encuentran bajo control, para de esta manera orientar el caso a acciones de intervención de nivel previo, por ejemplo, si se ha hecho intervención terciaria y los síntomas han mejorado, se deben aplicar acciones de nivel secundario y luego de nivel primario. Igual consideración aplica para los casos con diagnóstico

de trastorno de ansiedad. En todos los eventos deberá considerarse que el plan de intervención esté ajustado a las necesidades particulares.

Finalmente, los casos que presentan crisis o que tienen diagnóstico de trastorno de ansiedad deberán formar parte de la población bajo vigilancia epidemiológica de factores psicosociales, por cumplir los criterios de inclusión. Se recomienda revisar la Guía para la implementación del programa de vigilancia epidemiológica para el control de los factores de riesgo psicosocial y la prevención de las enfermedades relacionadas” (PVE-FRP).

La evaluación de las intervenciones puede hacerse mediante la estimación de indicadores que permiten evaluar el cumplimiento de los objetivos (Tabla 5).

Tabla 5. Resumen de indicadores de las acciones de prevención de los trastornos de ansiedad en el ámbito laboral

Tipo de Intervención	Indicador	Método de cálculo
Primaria	Cobertura	Número de trabajadores que reciben la educación / población objetivo
	Cumplimiento	Número de actividades de formación realizadas/ actividades planeadas
	Resultado	Número de trabajadores que demuestran sensibilización o conocimiento en relación con el tema de la formación / total de trabajadores cubiertos
Secundaria	Cobertura	Número de trabajadores que se invitan al entrenamiento
	Cumplimiento	Número de trabajadores que asisten a la actividad de prevención /población objetivo
	Resultado	Número de trabajadores que reducen los síntomas de ansiedad / total de trabajadores intervenidos
Terciaria	Proceso	Número de trabajadores que reciben apoyo médico o psicológico /población que necesita el servicio
	Incidencia	Número de trabajadores que se incluyen en los programas de reincorporación / total de trabajadores que lo requiere
	Resultado	Disminución en días de ausencia por trastornos de ansiedad comparado con el total de días antes de la intervención
	Resultado	Número de casos exitosos de reincorporación al trabajo / total de trabajadores en proceso de reincorporación

4. BIBLIOGRAFÍA

Abad, J. T. A., & Guijarro, C. (2017). Correlación entre niveles de ansiedad y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños de 6 a 8 años. *Killkana Social*, 1(2), 1-6.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association

Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., Días, H., Bassi, A., & Morato, S. (2010). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo. *Artículos en PDF disponibles en www. Elsevier. es/rfp*, 39(1), 75-81.

Beyond Blue Limited and Mentally Healthy Workplace Alliance. (SF) Developing a workplace mental health strategy. A how-to guide for organisations. Serie "Heads Up initiative". Retrieved from: https://www.headsup.org.au/docs/default-source/resources/393615_1117_bl1833_acc-2.pdf?sfvrsn=f5cf264d_

Boada Mojica, J. D. R., & Moreno Angarita, M. (2013). Las ARP y el Manual Guía sobre Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales: una aproximación reflexiva Una aproximación reflexiva.

Bogiaizian, D. (2015). Perfiles ansiosos en el ámbito del trabajo

Bokma, W. A., Batelaan, N. M., van Balkom, A. J., & Penninx, B. W. (2017). Impact of Anxiety and/or Depressive Disorders and Chronic Somatic Diseases on disability and work impairment. *Journal of psychosomatic research*, 94, 10-16.

Canadian Standards Association. (2013). Psychological health and safety in the workplace—Prevention, promotion, and guidance to staged implementation. *Ottawa, Ontario, Canada: Retrieved from: www.mentalhealthcommission.ca*

Céspedes Cabrera, K. M. (2016). Autopercepción del ambiente laboral como factor asociado a ansiedad en el trabajo. Centro de salud materno de castilla. Piura entre mayo y junio 2016.

Circular Unificada de la Dirección General de Riesgos Profesionales, Colombia, Bogotá, Colombia, 22 de abril de 2004.

Código sustantivo del Trabajo, Ministerio del Trabajo de Colombia, Bogotá, Colombia, junio de 2007. Última actualización: 30 de noviembre de 2018.

Davidson, J. R., Potts, N. L., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, K. R., Smith, R. D., & Wilson, W. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *The Journal of clinical psychiatry*.

Decreto Ley 1295 del Ministerio de Gobierno, Colombia, Bogotá Colombia, 22 de junio de 1994.

Decreto 1477 del Ministerio de Trabajo de Colombia, Bogotá, Colombia, 5 de agosto de 2014.

Decreto 472 del Ministerio del Trabajo, Colombia, Bogotá, Colombia, 17 de marzo de 2015.

Decreto 1072 del Ministerio de Trabajo de Colombia, Bogotá, Colombia, 26 de mayo de 2015.

Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, ¿cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.

Feliú, M. T. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 62-69.

García, E. B., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380.

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M. A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., ... & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 8.

Gilbert, M., & Bilsker, D. (2012). Psychological health and safety: An action guide for employers. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. the Mental Health Commission of Canada and the Centre for Applied Research in Mental Health & Addiction.

Gómez-Restrepo, C., & de Santacruz, C. (2016). La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 1.

Gómez, G. F. V., & Llanos, R. A. (2017). Factores Psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad alrededor del mundo.

Gómez, T. G. (2018). Relación entre ansiedad rasgo de personalidad, con rasgos de los trastornos alimentarios anorexia y bulimia, en una muestra de jóvenes a nivel universitario en un rango de edad de 18 a 30 años, de San José, Costa Rica.

González Ceinos, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1).

Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*, 74(4), 301-310.

Heinze, G., & Camacho, P. V. (2010). Guía clínica para el manejo de la ansiedad. *Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales* ed. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y salud*, 27(3), 115-124.

Kogan, C (2017). Guías diagnósticas propuestas para los trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el miedo en la CIE-11. GCP. Network. Recuperado de: <https://gcp.network/es/perspectives/post/proposed-diagnostic-guidelines-for-anxiety-and-fear-related-disorders-in-the-icd-11>

LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., & Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: developing an integrated intervention approach. *BMC psychiatry*, 14(1), 131.

Leventhal, A. M., & Zvolensky, M. J. (2015). Anxiety, depression, and cigarette smoking: A transdiagnostic vulnerability framework to understanding emotion–smoking comorbidity. *Psychological bulletin*, 141(1), 176.

Ley 100 del Congreso de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 23 de diciembre de 1993.

Ley No. 1122 del Congreso de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, enero 9 de 2007.

Ley 1438 del Congreso de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 19 de enero de 2011.

Ley No 1562 del Ministerio de Salud y protección Social de Colombia, Bogotá, Colombia, 11 de julio de 2012.

Ley 1616. Congreso de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, 21 de enero de 2013.

Ley 5269 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Bogotá, Colombia, 22 de diciembre de 2017.

Lindberg, P., Karlsson, T., Nordlöf, H., Engström, V., & Vingård, E. (2017). Factors at work promoting mental health and wellbeing at work—a systematic literature review. In *5th World Congress International Positive Psychology Association*.

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological medicine*, 16(1), 135-140.

Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical care*, 46(3), 266-274.

Marcos, M. L. T., & Selva, J. P. S. (2016). Estado de Ansiedad y Burnout en trabajadores sanitarios de Albacete. *Journal of Negative and No Positive Results: JONNPR*, 1(3), 100-106.

Millear, P. M., Lioassis, P., Shochet, I. M., Biggs, H. C., & Donald, M. (2007). Promoting adult resilience in the workplace: Synthesising mental health and work-life balance approaches.

Milne, B. J., Caspi, A., Harrington, H., Poulton, R., Rutter, M., & Moffitt, T. E. (2009). Predictive value of family history on severity of illness: the case for depression, anxiety, alcohol dependence, and drug dependence. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 738-747.

Mills, S. D., Fox, R. S., Malcarne, V. L., Roesch, S. C., Champagne, B. R., & Sadler, G. R. (2014). The psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder-7 Scale in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 20(3), 463-468.

Ministerio de salud y Protección Social (2017) Salud mental, clave para el desarrollo de empresas y trabajadores. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/salud-mental-clave-para-el-desarrollo-de-empresas-y-trabajadores.aspx>

Montón, C., Pérez Echeverría, M. J., Campos, R., García Campayo, J., & Lobo, A. (1993). Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*, 345-9.

Organización Mundial de la Salud. Salud mental en el lugar de trabajo. Hoja informativa. Octubre de 2017. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

Organización Mundial de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS.

Patel, S. (2014). Long-Term Medical Marijuana Use and Anxiety. *UC Merced Undergraduate Research Journal*, 7(2).

Pávez, P., Mena, L., & Vera-Villarreal, P. (2012). El rol de la felicidad y el optimismo como factor protector de la ansiedad. *Universitas Psychologica*, 11(2).

Plaisier, I., de Graaf, R., de Bruijn, J., Smit, J., van Dyck, R., Beekman, A., & Penninx, B. (2012). Depressive and anxiety disorders on-the-job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry research*, 200(2-3), 382-388.

Ramírez, M. M. S., & Luque, D. A. L. A. (2016). Comorbilidad: Depresión, ansiedad y trastorno de personalidad por dependencia. Estudio de caso único. *Cultura educación y sociedad*, 2(1).

Reavley NJ, Allen NB, Jorm AF, Morgan AJ, Ryan S, Purcell R. (2013). *A guide to what works for anxiety*: 2nd Edition. *Beyondblue*: Melbourne.

Resolución 518 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Bogotá, Colombia, 24 de febrero de 2015.

Resolución No. 4886 del Ministerio de Salud y Protección Social, Colombia, Bogotá, Colombia, 7 de noviembre de 2018.

Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: a review of the literature. *Journal of applied psychology*, 87(4), 698

Samra, J., Gilbert, M., Shain, M., & Bilsker, D. Center for Applied Research in Mental Health and Addiction (CARMHA) (2012). *The Great-West Life Centre for Mental Health in the Workplace. Psychological Support - Facilitator's Guide*.

Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 43(3), 343-351.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.

Stratford, H. J., Cooper, M. J., Di Simplicio, M., Blackwell, S. E., & Holmes, E. A. (2017). Terapia Psicológica para la ansiedad en trastornos del espectro bipolar: una revisión sistemática. *RET: revista de toxicomanías*, (79), 13-32.

Tamayo Martínez, N., Gómez-Restrepo, C., Ramírez, S., & Rodríguez, M. N. (2016). Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015.

Terol-Cantero, M. C., Cabrera-Perona, V., & Martín-Aragón, M. (2015). Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 31(2), 494-503.

The Cleveland Clinic Foundation. Diaphragmatic Breathing. Retrieved from: http://www.psychology.uga.edu/sites/default/files/CVs/Clinic_Diaphragmatic_Breathing.pdf. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 141-146.

Van Daele, T., Hermans, D., Van Audenhove, C., & Van den Bergh, O. (2012). Stress reduction through psychoeducation: a meta-analytic review. *Health Education & Behavior*, 39(4), 474-485.

Vázquez, O. G., Benjet, C., Juárez García, F., Castillo, E. R., Rosas, A. R., Ponce, J. L. A., . & Aguilar, S. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*, 38(4), 253-258.

Vélez, D. M. A., Maquet, Y. G., & López, P. L. (2013). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión Estado Rasgo (IDER) con una

muestra de población general colombiana. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(1), 71-84.

Villa G., I. C., Zuluaga Arboleda, C. & Restrepo Roldán, L. F. (2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 31 (3), 532-545.

Wagner, M. F., Pereira, A. S., & Oliveira, M. S. (2014). Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(3).

Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas I., Gómez Becerra, I., & Franco Justo, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness.

5. ANEXOS

Anexo 1. Marco de referencia legal de la prevención y manejo de trastornos de ansiedad en el ámbito laboral

Anexo 2. Psicoeducación. Aprendiendo de los trastornos de ansiedad.

Anexo 3. Psicoeducación. Primeros auxilios psicológicos para aliviar las crisis

Anexo 4. Prevención secundaria. Taller Recuperando el control - Manejo de ansiedad.

Anexo 5. Orientaciones para la reincorporación al trabajo. Apoyo al personal con trastornos de ansiedad

“Todos los derechos reservados. El presente documento, su diseño y contenido técnico, es para uso exclusivo de los usuarios/clientes de Suramericana S.A., razón por la cual se encuentra prohibido cualquier uso diferente, así como su comercialización, reproducción y transmisión sin el permiso previo y escrito de la misma. © Propiedad Intelectual de Suramericana S.A., (Julio de 2019).”