

Depresión

Protocolo de prevención y
actuación en el entorno laboral

DEPRESIÓN. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN EL ENTORNO LABORAL.

© Derechos reservados

La reproducción total o parcial de este documento puede realizarse previa autorización del Ministerio del Trabajo.

AUTOR INSTITUCIONAL

Ministerio del Trabajo

COAUTOR

Pontificia Universidad Javeriana

LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN

Bogotá, D. C., Colombia, diciembre de 2015.

LUGAR Y FECHA DE PUBLICACIÓN

Bogotá, D. C., Colombia, 2016.

SUPERVISORES

María Marcela Soler Guío y Laureano Peñaranda Saurith
Dirección de Riesgos Laborales
Ministerio del Trabajo

ISBN

978-958-716-953-9

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Depresión

Protocolo de prevención y
actuación en el entorno laboral



LUIS EDUARDO GARZÓN
MINISTRO DEL TRABAJO

LUIS ERNESTO GÓMEZ LONDOÑO
VICEMINISTRO DE EMPLEO Y PENSIONES

ENRIQUE BORDA VILLEGAS
VICEMINISTRO DE RELACIONES LABORALES E INSPECCIÓN

MARTHA ELENA DIAZ MORENO
SECRETARIA GENERAL

ANDREA TORRES MATIZ
DIRECTORA DE RIESGOS LABORALES

DIRECTORA

GLORIA HELENA VILLALOBOS FAJARDO
Psicóloga, Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional,
PhD en Ciencias de la Salud

COORDINADORA GENERAL

ANGÉLICA MARÍA VARGAS MONROY
Psicóloga, Especialista en Higiene y Salud Ocupacional,
Magíster en Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO

GLORIA MARÍA LÓPEZ GIRALDO
Psicóloga, Especialista en Administración de Salud Ocupacional

ESMERALDA MARTÍNEZ CARRILLO
Psicóloga, Especialista en Higiene y Salud Ocupacional

JEIMMY MONSALVE RANGEL
Trabajadora Social, Especialista en Salud Ocupacional

MARÍA CAMILA MONTALVO VILLEGAS
Médico, Psiquiatra

ÁNGELA MARÍA ORTIZ LUNA
Psicóloga, Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional

CARLOS HUMBERTO TORRES REY
Médico, Epidemiólogo, Magíster en Salud Ocupacional y Ambiental

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Caracterización de la problemática en salud	7
1.2 Relación de factores psicosociales con el efecto, tipos de factores psicosociales causales y tipos de ocupaciones en que suelen ocurrir	8
2. MARCO DE REFERENCIA	9
2.1 Marco de referencia legal	9
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	10
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	12
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	13
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	14
5.1 Objetivos de la estrategia	14
5.2 Población objeto de la estrategia	14
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	14
5.4 Implementación de la estrategia	15
5.4.1 Actividades de prevención primaria	15
5.4.2 Actividades de prevención secundaria	16
5.4.3 Actividades de prevención terciaria	18
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	20
6. GLOSARIO	21
7. BIBLIOGRAFÍA	24
8. ANEXOS	27

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización de la problemática en salud

La depresión es una enfermedad común entre la población colombiana. Los datos de la reciente Encuesta Nacional de Salud Mental muestran que es uno de los cinco factores principales asociados a ausencias del trabajo y baja productividad; de hecho, en una muestra de 108 personas con depresión mayor y distimia (depresión crónica) de diferentes regiones del país, se encontró que el 60 % de ellas presentaron ausentismo en el último mes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). Además, la depresión es un factor de riesgo para sufrir otras enfermedades médicas o empeorar los desenlaces médicos de los individuos con enfermedades comórbidas. A menudo las personas con depresión también experimentan preocupaciones constantes que les producen ansiedad, y esta a su vez puede ocasionar síntomas físicos como dolor, palpitaciones cardiacas o molestias abdominales (Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, 2013).

La presencia de síntomas tales como: poca energía, fatiga, problemas de sueño o apetito, estado de ánimo triste o ansioso en forma persistente, irritabilidad, falta de interés o de placer en actividades que solían ser interesantes o placenteras, múltiples síntomas inespecíficos sin causa física definida (por ejemplo, dolores y malestares, palpitaciones, aletargamiento) y de dificultades para llevar a cabo sus actividades

1. INTRODUCCIÓN

sociales y laborales, orientan hacia el diagnóstico de depresión. Sin embargo es necesario avanzar hacia la confirmación o no de un trastorno depresivo para lo cual es necesario realizar una evaluación completa del trabajador afectado.

Respecto a la etiología de la depresión hay aproximaciones de tipo biológico, genético y psicosocial; éstas últimas son las más relacionadas con el trabajo, particularmente asociada a factores tales como:

- Pérdida o riesgo de pérdida del empleo.
- Continuo cambio de los puestos de trabajo y de las tareas.
- Constante introducción de nuevas tecnologías (que hacen que el sujeto se sienta incompetente o insuficiente).
- Permanente demanda de cualificación y aprendizaje de nuevas habilidades y competencias.
- Sentimiento de pérdida de control sobre sus actividades cotidianas y sus planes a largo plazo.

1.2 Relación de factores psicosociales con el efecto, tipos de factores psicosociales causales y tipos de ocupaciones en que suelen ocurrir

La distinción entre sentimientos de tristeza normal, síndrome de desgaste profesional y los trastornos depresivos propiamente dichos, no siempre es fácil, menos aún si faltan protocolos de actuación adecuados y las propias condiciones laborales impiden una intervención oportuna. Si bien es cierto que contar con un empleo tiene efectos protectores frente a la depresión (brinda seguridad económica, integración social y redes de apoyo), también es en el lugar de trabajo donde pueden gestarse muchos de los elementos que desencadenan un episodio depresivo (exceso de demandas, estrés, acoso, violencia, amenaza de desempleo, expectativas no satisfechas y dificultades para conciliar el trabajo con la vida personal o familiar).

Cuando existe un cuadro de depresión, generalmente se acompaña de conductas de aislamiento y frecuentes conflictos interpersonales, lo que dificulta el acercamiento oportuno a las personas afectadas. Adicionalmente existe un alto riesgo de abandono del puesto de trabajo, tendencia a ser evaluado negativamente y a ser evitado por los compañeros. No obstante, puede ocurrir que por el contrario, las personas con depresión estén sobre-implicadas en el trabajo para neutralizar sus sentimientos de tristeza, incapacidad y culpa, con lo cual los síntomas pasarán desapercibidos durante algún tiempo (Mingote-Adán *et al.*, 2009).

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

La ley 1438 de 2011 consigna el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público, que en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyentes y equitativos, en los que el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Asimismo el artículo 12 de la misma ley, ordena adoptar la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial / transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana.

La Ley 1616 de 2013 incluye la obligación de realizar acciones para la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en ámbitos laborales y reitera la obligación de los empleadores respecto de la inclusión del monitoreo de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo como parte de las acciones del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, sistema que está regulado a través del Decreto 1072 de 2015.

2. MARCO DE REFERENCIA

El Decreto 1477 de 2014 adopta la tabla de enfermedades laborales vigente a la fecha de elaboración de este protocolo, e incluye “episodios depresivos” (Código de la décima versión de la clasificación internacional de enfermedades – CIE 10: F32) como una enfermedad laboral asociada a factores de riesgo psicosocial que puede presentarse en cualquier trabajador y puesto de trabajo, cualquier actividad laboral en la que exista exposición a los agentes causales y se demuestre relación con el perjuicio de salud. Las enfermedades asociadas a estos factores de riesgo incluyen entre otras: trastornos psicóticos agudos y transitorios, depresión, episodios depresivos, trastorno de ansiedad generalizada, reacciones a estrés grave, entre otros (Tabla 1)

Tabla 1. Factores de riesgo ocupacional a tener en cuenta para la prevención de la Depresión.

Factores de riesgo ocupacional	Ocupaciones / Industrias	Enfermedades (CIE 10)
<ul style="list-style-type: none">• Gestión organizacional• Características de la organización del trabajo• Características del grupo social de trabajo• Condiciones de la tarea• Carga física• Condiciones del medio ambiente de trabajo• Interfase persona-tarea.• Jornada de trabajo	<ul style="list-style-type: none">• Puede presentarse en cualquier trabajador y puesto; su gravedad dependerá de la exposición a los agentes causales presentes en el ámbito laboral. Esta enfermedad se presenta principalmente en trabajadores de los sectores de servicios, educativo e industrial. Secretarías, empleados con funciones técnico- administrativas, administradores, contadores, maestros, médicos, enfermeras, entre otros.	<ul style="list-style-type: none">• Episodios depresivos (F32)

Fuente: Decreto 1477 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

Para la elaboración del presente protocolo de intervención, se consideró la necesidad, ya normativizada para el país, de la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, definida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

2. MARCO DE REFERENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) han diseñado una Guía de Intervención Humanitaria en el marco del Programa de acción para cerrar la brecha en salud mental (mhGAP). La guía está disponible en inglés desde inicios de 2015 bajo el título *Mental Health Gap Action Programme Humanitarian Intervention Guide mhGAP-HIG*. El objetivo de la guía es ofrecer herramientas para que los trabajadores de salud no especializados puedan identificar, evaluar y tratar mejor las necesidades de salud mental en las personas afectadas por emergencias; los contenidos incluyen un módulo sobre evaluación y tratamiento de la depresión, el cual es de fácil consulta y útil para complementar las acciones de sensibilización e información.

En el contexto de la Atención Primaria (con énfasis en la promoción y prevención), la OMS publicó en 2004 el manual *“Promoviendo la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica”*, el cual se complementó en el 2005 con la guía para la *“Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas”*.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El protocolo de prevención y actuación frente a la depresión en el entorno laboral es un documento informativo que pretende apoyar las actividades de información y sensibilización que realiza la empresa. Ofrece elementos para que empleadores y trabajadores establezcan acciones de prevención de la depresión y también aporta elementos para la organización de acciones de recuperación y rehabilitación en casos de trabajadores con depresión.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo para la prevención y manejo de la depresión está diseñado para ser utilizada por las áreas de gestión del talento humano, el área de gestión de salud y la seguridad en el trabajo, así como por jefes y líderes de las diversas áreas o procesos de la organización. Son también usuarios de estos protocolos los profesionales de la salud y los asesores en prevención y promoción de la salud, así como quienes apoyan o acompañan programas para reducir los efectos en la salud derivadas de situaciones de depresión.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Prevenir, identificar, evaluar e intervenir los casos de depresión que se presenten en el ambiente laboral, a través de un conjunto de intervenciones de tipo psicosocial.

Específicos

- Implementar actividades dirigidas a prevenir los casos de depresión.
- Orientar las acciones encaminadas a la recuperación y reincorporación al trabajo de los trabajadores afectados por la depresión.

5.2 Población objeto de la estrategia

La población objeto de este protocolo son los trabajadores que pueden verse afectados por la depresión.

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

A pesar de ser la depresión una enfermedad prevalente dentro de la población trabajadora, habitualmente no se

reconoce ni se trata de forma eficaz, especialmente en las fases tempranas. Si las causas de la depresión están vinculadas con el contexto laboral, la prevención primaria y secundaria ayudará efectivamente a su control. En el caso de la prevención terciaria, el papel de la organización es de coordinación con la entidad promotora de salud (EPS) y la administradora de riesgos laborales (ARL) a la que se encuentre vinculado el trabajador.

Limitaciones

La principal limitación de la estrategia es la no inclusión de los aspectos especializados de la atención a los casos de depresión, por tratarse de una actividad a cargo de los servicios de salud y no de la empresa en la que labora el trabajador que padece la depresión.

5.4 Implementación de la estrategia

Como primera actividad, los responsables de la atención de los factores psicosociales en la empresa analizan los resultados de la evaluación de los mismos y sus efectos en la salud de las personas, y con base en ello toman las decisiones de prevención primaria, secundaria o terciaria con los diferentes grupos de interés.

5.4.1 Actividades de prevención primaria

La prevención primaria se orienta a desarrollar actividades tendientes a fortalecer a los trabajadores mediante la aplicación de estrategias generales de entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés, técnicas de relajación, estilos de vida saludable, círculos de salud, mejoramiento de la capacidad de afrontamiento, fortalecimiento de la capacidad de resiliencia, promoción de la salud mental, entre otras. Son también actividades de prevención primaria las que se realizan en jornadas informativas de psicoeducación

Actividades de psicoeducación

Las diferentes instancias de cualquier empresa, independientemente de su tamaño y del sector al cual pertenezca, deben tener información clara y relevante acerca de los efectos que pueden ocasionar los factores de riesgo psicosocial deficientemente intervenidos en la salud de los trabajadores, frente a los cuales se planean y desarrollan las actividades de psicoeducación.

Las áreas encargadas de planear y divulgar las actividades de psicoeducación son la de gestión del talento humano y la de seguridad y salud en el trabajo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

La psicoeducación aporta información, sensibiliza sobre la problemática y orienta para la prevención. Existen múltiples medios para impartir la psicoeducación, entre ellos, el uso de medios electrónicos, plegables, charlas, talleres, películas, carteleras en sitios de acceso público, entre otras.

Los contenidos del plan de psicoeducación deben incluir la explicación de los síntomas depresivos, los eventos traumáticos, las crisis y el manejo del duelo. Adicionalmente deben considerar elementos relacionados con la responsabilidad en el autocuidado y la elección de estilos de vida saludables.

5.4.2 Actividades de prevención secundaria

Proceso de detección y valoración

Es importante examinar siempre la presencia de factores de riesgo para depresión tales como: historia previa de episodios depresivos, historia familiar de depresión, factores psicosociales (de género, edad, desempleo, separación conyugal, alcohol), consultas frecuentes a servicios de salud, enfermedad médica concomitante, reducción de la autonomía y la funcionalidad y enfrentamiento de situaciones de cambio o conflicto.

Ante la presencia de síntomas depresivos debe realizarse un tamizaje con la formulación de dos preguntas cuya respuesta puede ser sí o no (Tabla 2).

Tabla 2. Preguntas de tamizaje para depresión en atención primaria

Durante el último mes		
¿Se ha sentido frecuentemente desanimado, deprimido o con pocas esperanzas?	SI	NO
¿Ha sentido frecuentemente poco interés o placer al hacer cosas que antes disfrutaba?	SI	NO

Para establecer la existencia de un episodio depresivo, deben tenerse en cuenta los criterios diagnósticos establecidos en la CIE -10 y el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V), en el marco de la consulta especializada de psiquiatría.

Siempre que se observe que la persona no presenta mejoría o que sus síntomas empeoran, o incluso si se presentan intentos de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas o síntomas psicóticos, debe remitirse inmediatamente al trabajador a

consulta especializada de salud mental. En tales casos es importante que el profesional que atiende al trabajador indague sobre ideación suicida, gestos o intentos suicidas, comportamientos riesgosos y factores que aumentan el riesgo de suicidio.

El profesional tratante deberá analizar el caso a la luz de los criterios de diagnóstico de los episodios depresivos para establecer la severidad de los mismos (Anexo 2); ello permitirá definir las pautas de manejo subsiguientes y tomar decisiones sobre tratamiento ambulatorio u hospitalario, así como una posible restricción de la actividad laboral. Si están presentes los siguientes criterios de hospitalización: intento o plan estructurado de suicidio, síntomas psicóticos, comportamientos de riesgo o conductas autolesivas, compromiso del estado general, consumo abusivo de alcohol u otras sustancias psicoactivas, deficiente red de apoyo y violencia intrafamiliar, debe inmediatamente remitirse al servicio de urgencias de la EPS.

De forma simultánea a las actividades dirigidas al trabajador con diagnóstico de depresión, la empresa debe implementar acciones encaminadas a generar cambios organizacionales que permitan gestionar los factores de riesgo psicosocial que han sido clasificados como altos y muy altos, con el propósito de prevenir la ocurrencia y recurrencia de la enfermedad. Algunas de las actividades de intervención en el trabajo son:

- Realizar el análisis psicosocial de los puestos de trabajo con el propósito de establecer la carga y demandas del trabajo, así como para adecuarlas a las características psicofisiológicas del trabajador a quien se le ha diagnosticado un episodio depresivo.
- Mejorar las redes de comunicación y promover la participación de los trabajadores en la organización. Las técnicas dirigidas al aumento de la participación de los empleados incluyen la identificación de estresores y de modos para aliviarlos y proponer mejoras.
- Incremento de la comunicación y del apoyo social, clarificación de roles, funciones y mejora de estrategias de comunicación.
- Aumentar los recursos o habilidades de comunicación y negociación en los trabajadores.
- Formar en técnicas de autorregulación o control, solución de problemas, afrontamiento y resiliencia entre otros.
- Desarrollar mesas de salud con la participación de la EPS y la ARL, con el objeto de establecer tratamientos e intervenciones tempranas y de esta manera evitar el progreso de la enfermedad a situaciones crónicas de difícil manejo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.4.3 Actividades de prevención terciaria

Las actividades que se desarrollan para apoyar la rehabilitación y reincorporación al trabajo de la persona con diagnóstico de depresión deben incluir los siguientes aspectos:

- Fortalecimiento de redes de apoyo social.
- Comunicación permanente y ágil con el trabajador y su familia, así como con la EPS y la ARL a las que está afiliado para diseñar un plan de intervención conjunto.
- Comunicar a los demás trabajadores las medidas que se adoptarán como parte del proceso de recuperación y reincorporación al puesto de trabajo así como las modificaciones necesarias de acuerdo a su evolución y al plan de intervención.

Los trabajadores con depresión evolucionan favorablemente si solicitan ayuda médica oportuna y se vinculan de manera responsable a un plan de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico (Anexo 4). Su reincorporación a la vida laboral exige el control de factores estresores y un manejo y seguimiento coordinado entre la ARL y la EPS.

El área de gestión del talento humano, con el soporte del área de seguridad y salud en el trabajo se encargan de:

- Apoyar y coordinar los procesos de reincorporación de los trabajadores diagnosticados con depresión.
- Contactar al trabajador en la primera fase de su incapacidad o ausencia laboral (si existiera), para acordar mecanismos de contacto (personal, por teléfono o correo electrónico) durante el periodo de recuperación y hasta su reincorporación al trabajo.
- Mantener una actitud flexible, conciliadora y de escucha durante este proceso.
- Atender a las preferencias del trabajador sobre la persona de la empresa con quien desea mantener diálogo acerca de su enfermedad, sin que sean necesariamente sus supervisores directos.
- Acordar con la persona afectada si sus compañeros de trabajo recibirán información sobre su enfermedad y de qué manera lo harán, asesorándose para ello de profesionales en salud mental.
- Explicar a los demás trabajadores con claridad, franqueza y respeto acerca de los cambios en las cargas, puestos y actividades de trabajo que se acuerden con el empleado afectado.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

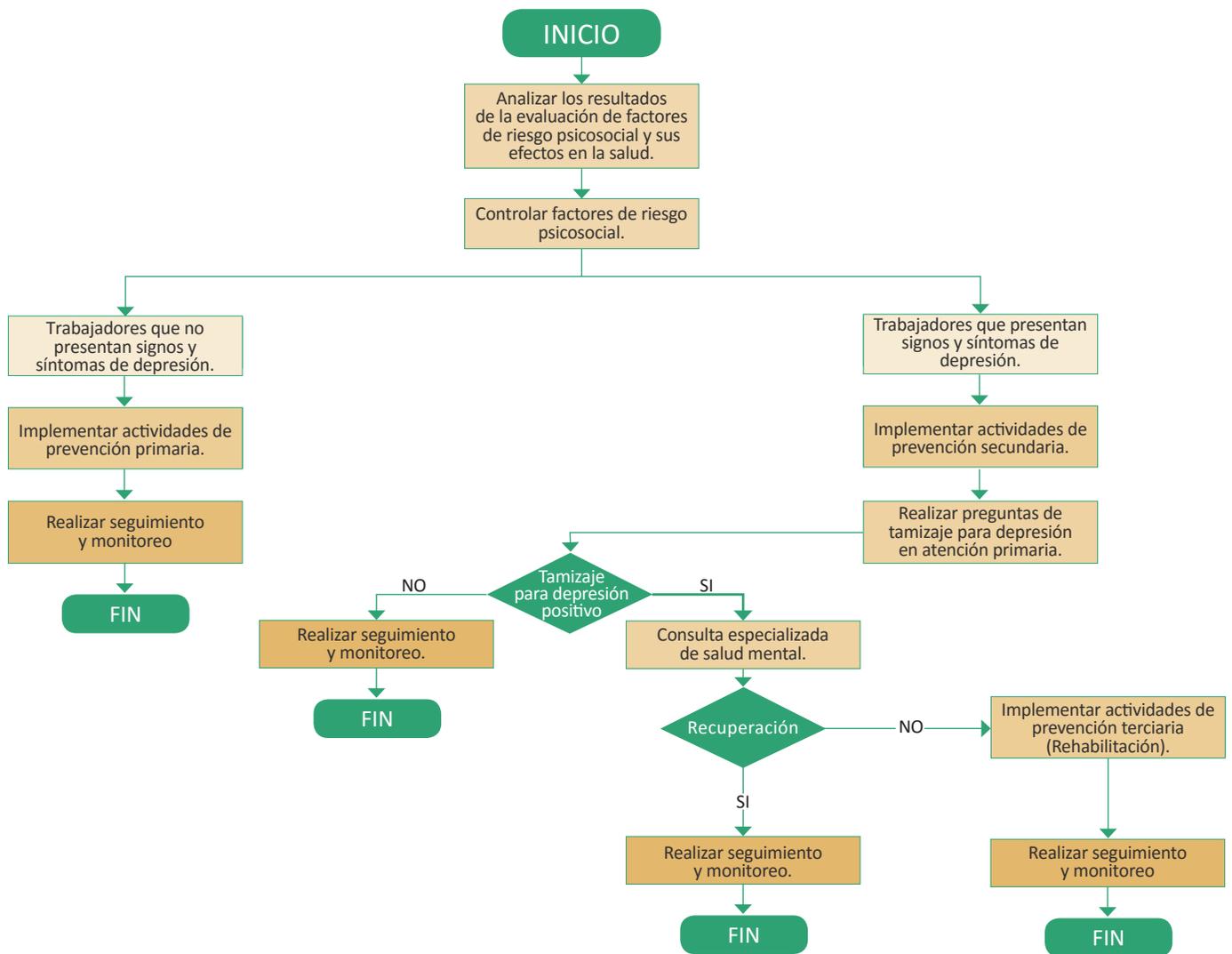
- Resolver o canalizar las inquietudes que los demás trabajadores tengan sobre la reincorporación del trabajador afectado y los cambios que se implementarán.
- Comunicar al trabajador y a sus supervisores directos aquellas medidas que se pondrán en práctica para facilitar su recuperación.
- Mantener una actitud flexible en cuanto a los cambios en el trabajo que serán necesarios para la recuperación del trabajador, tales como horarios de trabajo flexibles y graduales, cambios en el puesto de trabajo, adaptación de horarios y funciones a las necesidades de asistencia a psicoterapia y a los medicamentos prescritos para garantizar su continuidad y seguridad, entre otros.
- Priorizar siempre la recuperación de la persona afectada sin detrimento de las políticas vigentes de la empresa.
- Explicar al trabajador quién ha asumido sus tareas, cuáles han quedado pendientes y cómo se han cumplido sus responsabilidades.
- Aclarar e informar siempre que sea necesario, acerca de las funciones y responsabilidades del empleado afectado, para que los médicos y demás profesionales tratantes puedan disponer de esa información y debatirla con el trabajador si es necesario.
- Ofrecer información al trabajador sobre el apoyo que puede ofrecerle las dependencias de salud y bienestar de la empresa, así como los servicios prestados por la EPS y la ARL.
- Mantener contacto directo con el trabajador que está en tratamiento para comunicarle todos los cambios ocurridos en el lugar de trabajo durante su ausencia.
- Comprender y estar alerta a los indicadores de recaída en una enfermedad mental.
- Evaluar periódicamente el plan de reincorporación y ser flexible con los cambios propuestos, identificando los apoyos familiares y la red de apoyo del trabajador afectado.
- Dialogar con el médico o psicólogo que esté tratando al trabajador, siempre con previo consentimiento de este.

De otra parte, la ARL está encargada de orientar y prestar los servicios de rehabilitación del trabajador calificado con enfermedad de origen laboral, en el marco de los programas de rehabilitación integral y de acuerdo con la normatividad vigente.

La figura 1 presenta el flujograma del proceso de intervención psicosocial en los casos de depresión.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Figura 1. Flujograma del protocolo de actuación frente a casos de depresión



5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

La intervención implica también la observación, y si es necesario, la valoración, seguimiento y monitoreo de las alteraciones de salud de los trabajadores con síntomas o con diagnóstico de depresión.

Para evaluar la estrategia de intervención se deben definir e implementar los indicadores que se citan en el anexo 1.

6. GLOSARIO

Depresión: trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, s.f.).

Psicoeducación: hace referencia a la educación que se ofrece tanto a las personas que sufren de un trastorno psicológico como a sus familiares. Incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo (Rascón-Gasca *et al.*, 2013).

Rehabilitación: conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al trabajador como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador y su entorno, que le

6. GLOSARIO

permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida (Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Reintegro laboral sin modificaciones: cuando las condiciones individuales corresponden al perfil de exigencias del puesto de trabajo y las condiciones de trabajo no representen riesgo para el trabajador, este podrá ser reintegrado a su mismo puesto de trabajo (Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Reintegro laboral con modificaciones: cuando el trabajador, para su desempeño en el mismo puesto de trabajo, requiere modificaciones tales como: reasignación de tareas, límites de tiempos, asignación de turnos u horarios específicos, entre otros. En los casos en los que se necesitan modificaciones de diseño o procesos previos al reintegro, se precisa la evaluación del puesto de trabajo y la ejecución de las adaptaciones del ambiente de trabajo (Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Reubicación laboral temporal: cuando el trabajador no cuenta con incapacidad médica y aún está en tratamiento o precisa tiempo para su recuperación funcional, debe ser reubicado de manera temporal en un puesto de menor complejidad o exigencia, mientras se restablece la capacidad individual y las condiciones de trabajo no representen riesgo para el trabajador (Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Reubicación laboral definitiva: en aquellos casos en los que la capacidad residual del trabajador no corresponde a las exigencias del trabajo que venía desempeñando, debe considerarse la opción de reubicar al trabajador en otro puesto de trabajo, previa identificación y evaluación respectiva (Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Reconversión de mano de obra: esta se dará en aquellos casos en los que la capacidad funcional del trabajador no le permite volver a ejercer la profesión u oficio para el cual estaba capacitado, requiriendo un nuevo aprendizaje que le permita reincorporarse al medio laboral. (Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Remisión: estado sin síntomas ni signos, o con mínima intensidad, sin recuperación funcional total (Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, 2013).

Recuperación: estado asintomático o con signos y síntomas mínimos, pero con recuperación funcional total (Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, 2013).

Recaída: los síntomas emergen nuevamente; empeoran antes de que se haya logrado la recuperación (Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, 2013).

Recurrencia: reactivación de los síntomas tras un período de recuperación (Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, 2013).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón-Prada, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (1): 113-126. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80615420009.pdf>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Masson. Washington, D. C. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Decreto 1477 de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/normatividad-agosto-decretos-2014/3708-decreto-1477-del-5-de-agosto-de-2014.html>
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia. Disponible en: <http://abj.org.co/web3/images/normatividad/Decreto-1072-de-2015-unico-Reglamentario-del-Sector-Trabajo.pdf>
- Gómez-Restrepo, C. (2008). Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (1): 100-112. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000500008

- Lara, M. A. (2003). Intervención psicosocial para mujeres con depresión. *Perinatol Reprod Hum* 17(4): 219-229. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=20361&id_seccion=32&id_ejemplar=2092&id_revista=7
- Ley 1438 de 2011. Congreso de la República. República de Colombia. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
- Ley 1616 de 2013. Congreso de la República. República de Colombia. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Mingote-Adán, J. C., Gálvez-Herrer, M., del Pino-Cuadrado, P. y Gutiérrez-García, M. D. (2009). El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo* 55 (214): 41-63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0465-546X2009001100004&lng=es&nrm=iso
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto mayor. Guías de práctica clínica en el SNS. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. España. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_424_Dep_Adult_compl.pdf
- Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales (2010). Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. 3ª Edición. Bogotá, D. C., Colombia. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2013). Guía de Práctica Clínica No. 22. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Bogotá: Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Bogotá, D. C., Colombia. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Depresion/GPC_Prof_Sal_Depre.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.a.). Depresión. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>

7. BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. (2011). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Ginebra, Suiza. Disponible en: <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiahGAP.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). Evaluación y manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés: Módulo de la guía de intervención mhGAP. Washington, D. C. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102869/1/9789275318294_spa.pdf
- Rascón-Gasca, M., Hernández-Durán, V., Casanova-Rodas, L., Alcántara-Chabelas, H. y Sampedro-Santos, A. (2013). Guía psicoeducativa para el personal de salud que brinda atención a familiares y personas con trastornos mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/guia_psicoeducativa.pdf
- Vallejo-Ruiloba, J. y Leal-Cercós, C. (2005). Tratado de Psiquiatría. Volumen II. ARS Médica. Barcelona, España.

8. ANEXOS

Anexo1. Tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Implementar actividades dirigidas a prevenir los casos de depresión.	Realizar actividades de psicoeducación.	Cobertura	Número trabajadores formados / Total de trabajadores a formar.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
		Cumplimiento	Número de actividades de Psicoeducación realizadas / Total de actividades programadas.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de trabajadores que aprueban la evaluación asociada a la formación en psicoeducación.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
Orientar las acciones encaminadas a la recuperación y reincorporación al trabajo de los trabajadores afectados por la depresión.	Atención de trabajadores con depresión.	Proceso	Número de trabajadores que recibieron apoyo médico o psicológico / Total de trabajadores objeto de atención.	Seguridad y salud en el trabajo	Trimestral Semestral Anual

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Orientar las acciones encaminadas a la recuperación y reincorporación al trabajo de los trabajadores afectados por la depresión.	Atención de trabajadores con depresión.	Incidencia	Número de trabajadores a quienes se diagnosticó depresión como consecuencia de la exposición a factores de riesgo psicosocial en un periodo de tiempo determinado / Total de trabajadores de la empresa en el mismo periodo de tiempo.	Seguridad y salud en el trabajo	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Disminución en el número de días de ausencia por problemas de depresión, comparado con el total de días antes de la intervención.	Seguridad y salud en el trabajo	Trimestral Semestral Anual

Anexo 2. Criterios diagnósticos para depresión según el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales).

Trastorno de depresión mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es a) estado de ánimo deprimido o b) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas.
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autoreproche o culpa por estar enfermo).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Trastorno de depresión mayor

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: los criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el criterio A y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos.

Especificar gravedad

- Leve
- Moderado
- Grave
- Con características psicóticas

Especificar curso

- En remisión parcial
- En remisión total
- No especificado

Trastorno de depresión mayor

Para un episodio que se considera recurrente, debe haber un intervalo mínimo de dos meses consecutivos entre los episodios, durante el cual no se cumplan los criterios para un episodio de depresión mayor.

Especificar

- Con ansiedad.
- Con características mixtas.
- Con características melancólicas.
- Con características atípicas.
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo .
- Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
- Con catatonía.
- Con inicio en el periparto.
- Con patrón estacional (solo episodio recurrente).

8. ANEXOS

Anexo 3. Criterios diagnósticos para la depresión según la CIE 10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud).

Episodios depresivos – F 32

En los episodios depresivos típicos el enfermo que los padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- La disminución de la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Una perspectiva sombría del futuro.
- Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión.

La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Episodios depresivos – F 32

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacado y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas “somáticos” son: pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras, pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual, empeoramiento matutino del humor depresivo, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas), pérdida marcada de apetito, pérdida de peso (del orden del 5 % o más del peso corporal en el último mes), pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente a menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Incluye:

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena (F32.0, F32.1 o F32.2).
- Depresión reactiva (F32.0, F32.1 o F32.2).
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos).

Un enfermo con un episodio depresivo leve suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica

Durante un episodio depresivo grave deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio.

Episodios depresivos – F 32

El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

- **F32.00 Sin síndrome somático:** se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos o ningún síntoma de síndrome somático.
- **F32.01 Con síndrome somático:** se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síntomas de síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes, además, ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Anexo 4. Tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos

Terapia breve

Es una técnica flexible y dinámica en la que predomina lo directivo sobre lo interpretativo para que pueda ser aplicada en pocas sesiones. Se basa en la identificación y descripción del problema y de sus posibles soluciones, al tiempo que se consideran los intentos previos de resolución y su eficiencia, llegando finalmente a establecer, como meta del tratamiento, las intervenciones más realistas y menos riesgosas para resolver el problema definido.

Para conceptualizar la terapia breve se han propuesto las siguientes características: metas claramente definidas, tiempo limitado y papel activo del terapeuta, por lo cual es muy importante que la terapia breve esté centrada en un problema, y que mediante unas pocas intervenciones se pueda restituir el funcionamiento del sujeto tanto como sea posible. Debe ser aplicada por psicólogo o profesional que acredite idoneidad en esta técnica terapéutica.

Psicoterapia de apoyo

La psicoterapia de apoyo se caracteriza, en términos generales, por estar orientada al refuerzo y mantenimiento de las estrategias defensivas y adaptativas del individuo frente al medio y a las circunstancias que lo acompañan. Este tipo de terapia hace énfasis en la movilización de las fortalezas del paciente para mejorar su autoestima y permitirle afrontar positivamente una crisis vital. La psicoterapia de apoyo se recomienda en el manejo de una gama muy amplia de trastornos mentales, por lo que su duración, intensidad y frecuencia depende de cada situación específica. En términos generales, los componentes de esta técnica terapéutica son los siguientes: formulación del caso, encuadre, escucha y alianza terapéutica. Debe ser aplicada por psicólogo o profesional que acredite idoneidad en esta técnica terapéutica.

Psicoeducación

La psicoeducación supone la entrega de información al individuo respecto de los elementos referidos a su problemática, capacitándolo en el desarrollo de estrategias que le permitan afrontar las situaciones conflictivas. El objetivo de esta técnica es entrenar a la persona en la observación de pensamientos, imágenes, respuestas fisiológicas y conductas, así como en la reinterpretación de sus reacciones para que pueda hacer uso de las estrategias cognitivas de manejo y reforzar las iniciativas propias de resolución y afrontamiento. Mediante la psicoeducación, se espera que la persona entienda mejor su trastorno y pueda manejarlo.

8. ANEXOS

Es una técnica muy útil en trastorno de ansiedad, depresión, estrés agudo y estrés postraumático. Debe ser aplicada por psicólogo o profesional que acredite idoneidad.

Terapia de grupo

Los grupos terapéuticos se emplean con frecuencia en el tratamiento de personas cuyos trastornos pueden manejarse beneficiosamente mediante ejercicios grupales de sensibilización, apoyo, autoayuda, catarsis y apoyo terapéutico. Fundamentalmente, se espera que los individuos tengan un espacio para hablar y comprender sus dificultades, intercambiando experiencias y estrategias de afrontamiento con otros que están en circunstancias similares. Adicionalmente, las terapias de grupo pueden contribuir a mejorar las relaciones interpersonales, las habilidades comunicativas, las actitudes de empatía, y la conciencia sobre las alternativas o repertorios de resolución. Debe ser aplicada por psicólogo o profesional que acredite idoneidad.

