

Promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora

Guía técnica general

Promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora

Guía técnica general



**PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES
Y SUS EFECTOS EN POBLACIÓN TRABAJADORA. GUÍA TÉCNICA GENERAL.**

© 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

SUPERVISORES

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

ISBN

978-958-716-899-0

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos



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

INTRODUCCIÓN	2
1. OBJETIVOS DE LA GUÍA	5
1.1 Objetivo general	5
1.2 Objetivos específicos	5
2. ALCANCE DE LA GUÍA	6
3. POBLACIÓN USUARIA DE LA GUÍA	8
4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y SUS EFECTOS EN POBLACIÓN TRABAJADORA	9
4.1 Marco de referencia	9
4.2 Premisas fundamentales para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos	19
4.3 Roles y responsabilidades generales para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos	22
4.4 Detección de necesidades de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos	35
4.5 Acciones y protocolos de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos	44
4.6 Seguimiento, medición y mejora continua de la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos	95
5. GLOSARIO GENERAL	99
6. BIBLIOGRAFÍA	112

INTRODUCCIÓN

El abordaje de los factores psicosociales supone el estudio de las condiciones de trabajo y las condiciones individuales de los trabajadores con la finalidad de fomentar el bienestar y la calidad de vida de una población particular y prevenir el desarrollo de enfermedades y de efectos organizacionales adversos.

La exposición a factores de riesgo psicosocial tanto crónicos como de alto riesgo puede causar alteraciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y del comportamiento, tales como trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, musculares, dermatológicos, inmunológicos, alteraciones del sistema nervioso, trastornos del sueño, depresión, ansiedad, trastornos alimenticios y farmacodependencia.

En el trabajo se encuentran también efectos como alta rotación, ausentismo, incremento en el número de accidentes, dificultades para mantener la concentración, afectaciones al desempeño laboral, entre otros.

Cuando se piensa en intervenir las condiciones generadoras de estrés, es necesario considerar que el ser humano actúa como mediador de dicha respuesta, por tanto cualquier estrategia de intervención debe diseñarse de forma participativa, pues son las personas las que les dan forma y las incorporan en su cotidianidad.

De otra parte, la intervención psicosocial considera la acción tanto sobre los factores de riesgo como en los efectos en la salud, en especial los asociados al estrés, que aparecen cuando las exigencias del entorno superan la capacidad de los individuos para hacerles frente o para mantenerlas bajo control.

Intervenir factores psicosociales supone no solo prevenir efectos indeseables en la salud de las personas, sino incidir favorablemente en el desarrollo individual, en la calidad de vida y en la satisfacción y reducir las situaciones de riesgo mediante acciones concretas que involucran a los individuos, los grupos y las comunidades (Hernández y Valera, 2001, pág. 55).

Para que la intervención sea efectiva, es requisito que el compromiso gerencial se evidencie a través de la definición de políticas, la asignación de recursos, el reconocimiento de responsabilidades y la participación, en el marco de los sistemas de gestión de seguridad y salud de cada centro de trabajo.

Esta guía técnica hace parte de un conjunto de documentos que tienen el propósito de contextualizar y orientar la intervención psicosocial en el ámbito laboral. Es así como, de forma complementaria a esta guía, se podrán encontrar los siguientes documentos:

- Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral (34 acciones).
- Protocolos de estrategias de intervención de factores psicosociales por sector económico (administración pública, defensa, educación, financiero, transporte, y salud y asistencia social).
- Protocolos de estrategias de actuación ante los principales efectos de los factores de riesgo psicosocial (acoso laboral, *burnout*, depresión, trastorno de estrés postraumático, estrés agudo y duelo).

El uso de la presente guía y de los protocolos, requiere del juicio de cada organización y de los profesionales que lideran la intervención en el contexto específico, así como de su adaptación a la realidad de cada centro de trabajo. Las acciones y estrategias de intervención que se presentan no pretenden ser exhaustivas, pese a la amplia variedad de alternativas que ofrecen, por tanto dejan abiertas las posibilidades para nuevos desarrollos y para ajustes, según las necesidades de cada organización y de cada grupo que se intervenga.

Las acciones de intervención que se reseñan en los protocolos específicos se describen siguiendo las fases del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) por

INTRODUCCIÓN

tratarse de una estructura de gran utilidad para la gestión de la intervención y de su mejoramiento. Así mismo, los contenidos de los protocolos contemplan la normativa vigente en materia de seguridad y salud en el trabajo, y diversos niveles de prevención e intervención.

El desarrollo de la guía y de los protocolos que la complementan implicó realizar una revisión de información nacional e internacional sobre promoción, prevención e intervención de factores psicosociales y sus efectos. Se seleccionaron y consultaron más de 250 documentos técnicos, los cuales fueron localizados a partir de la definición de términos de búsqueda formulados en español e inglés. Posteriormente, un grupo interdisciplinar conformado por psicólogos, trabajadores sociales y médicos diseñaron y desarrollaron la guía y los protocolos específicos.

Estos documentos fueron sometidos a la revisión de un grupo de expertos durante una reunión de discusión pública. Es así como la guía y los protocolos específicos fueron revisados por 54 expertos representantes de universidades, entidades promotoras de salud (EPS), administradoras de riesgos laborales (ARL), cajas de compensación familiar, instituciones y profesionales independientes prestadores de servicios de seguridad y salud en el trabajo, sindicatos, juntas de calificación de invalidez, Fuerzas Armadas y algunos sectores económicos (administración pública, financiero, hidrocarburos, transporte, salud y educación).

Con base en los comentarios y aportes de los expertos que revisaron los documentos, estos fueron ajustados y complementados. Los documentos finales, incluyendo la presente guía, han sido revisados, publicados y divulgados por la Dirección de Riesgos Laborales del Ministerio del Trabajo de Colombia.

1. OBJETIVOS DE LA GUÍA

1.1 Objetivo general

El objetivo general de esta guía es orientar a los empleadores, trabajadores, instituciones de la seguridad social y prestadores de servicios en seguridad y salud en el trabajo, en los criterios básicos para establecer, coordinar, implementar y hacer seguimiento a las acciones y estrategias para la intervención de los factores psicosociales, así como para la promoción de la salud y la prevención de efectos adversos en los trabajadores y en las organizaciones.

1.2 Objetivos específicos

- Presentar el marco de referencia conceptual y legal, así como los principios de la intervención psicosocial y sus efectos.
- Precisar los roles de empleadores, trabajadores y organismos de la seguridad social en cuanto a la intervención psicosocial y sus efectos.
- Identificar las vías de detección de necesidades y el procedimiento general para realizar acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos.
- Presentar las acciones y protocolos de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos.

2. ALCANCE DE LA GUÍA

La Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora parte por definir sus objetivos y población usuaria, y presenta de forma detallada, si bien no exhaustiva, el marco de referencia legal de la intervención psicosocial así como el enfoque conceptual de la misma.

El contenido de la guía presenta con detalle las premisas de la intervención, las cuales sientan las bases para orientar los planes de acción.

Una sección de la guía presenta los roles y responsabilidades generales de los diversos actores de la organización y fuera de ella, relacionados con la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos.

La guía incluye también el procedimiento para la detección de necesidades de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos.

Uno de los componentes principales de la guía es la presentación de las acciones y los protocolos de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos, componentes estos que se presentan bajo tres enfoques según sea el uso que de ellos se requiera:

2. ALCANCE DE LA GUÍA

- Como herramientas de promoción de la salud y los factores protectores, así como su utilidad en la intervención de los factores de riesgo y la prevención y atención de los efectos adversos en la salud de las personas.
- Como componentes del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).
- Como mecanismos de intervención de las dimensiones que se contemplan en la *Batería de instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial*.

El componente de seguimiento, medición y mejora continua de la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos se desarrolla como un capítulo que contiene orientaciones generales, las cuales deben ajustarse para cada acción de intervención en cada contexto particular.

La guía concluye con un glosario general y las referencias para ampliar la consulta de información.

Cabe aclarar que la *Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora* no es un programa de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial; su alcance se centra en proveer acciones y estrategias de intervención, las cuales son solo un componente de los programas de vigilancia.

3. POBLACIÓN USUARIA DE LA GUÍA

Los usuarios de la *Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora* son los empleadores, trabajadores, instituciones de la seguridad social y prestadores de servicios en seguridad y salud en el trabajo encargados de asesorar y apoyar la ejecución de las acciones de promoción de la salud, intervención de los factores psicosociales y prevención de los efectos adversos en la salud de las personas y en las organizaciones.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y SUS EFECTOS EN POBLACIÓN TRABAJADORA

4.1 Marco de referencia

4.1.1 Aspectos legales internacionales y nacionales

A continuación se presenta el conjunto de normas de carácter supranacional y nacional que dan marco a la intervención de los factores psicosociales en el contexto de la seguridad y la salud en el trabajo. Es importante que el lector tenga presente que la normativa actual puede cambiar, por tanto deberán acogerse todas aquellas que en adelante se amplíen, modifiquen o se sustituyan, así como las que surjan en relación con la seguridad y la salud en el trabajo, los factores psicosociales y las de carácter laboral que sean pertinentes al objeto de la intervención psicosocial.

Normas supranacionales

En lo que respecta a las normas supranacionales, que son de obligatorio cumplimiento en Colombia, se encuentran:

La Decisión 584 de 2004 o Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Comunidad Andina de Naciones

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

(CAN), que fija las normas fundamentales en materia de seguridad y salud en el trabajo y contribuye a impulsar en los países miembros la adopción de directrices sobre sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo.

De otra parte, el artículo 11 de la Decisión 584 de 2004, de la CAN, define que “en todo lugar de trabajo se deberán tomar medidas tendientes a disminuir los riesgos laborales. Estas medidas deberán basarse, para el logro de este objetivo, en directrices sobre sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo y su entorno como responsabilidad social y empresarial. Para tal fin, las empresas elaborarán planes integrales de prevención de riesgos que comprenderán al menos las siguientes acciones”:

“k) Fomentar la adaptación del trabajo y de los puestos de trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental, teniendo en cuenta la ergonomía y las demás disciplinas relacionadas con los diferentes tipos de riesgos psicosociales en el trabajo”.

El artículo 26 de la misma Decisión establece que “El empleador deberá tener en cuenta, en las evaluaciones del plan integral de prevención de riesgos, los factores de riesgo que pueden incidir en las funciones de procreación de los trabajadores y trabajadoras, en particular por la exposición a los agentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos y psicosociales, con el fin de adoptar las medidas preventivas necesarias”.

La segunda norma de carácter supranacional que aplica al objeto de la presente Guía es la Resolución 957 de 2005 de la CAN, denominada *Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo*, que permite aplicar la Decisión 584 de 2004 y retoma de esta varios de los contenidos mencionados en los párrafos anteriores.

Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ratificados en Colombia

En segundo lugar, respecto de los convenios de la OIT ratificados en Colombia, conviene citar a continuación los de mayor importancia como marco de referencia de la intervención psicosocial:

El Convenio C161 de 1985, ratificado en Colombia a partir del año 2001, referente a los servicios de salud en el trabajo, para los que establece funciones esencialmente preventivas y de asesoramiento al empleador y los trabajadores acerca de: “(i) los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

trabajo seguro y sano que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo; y (ii) la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental”.

De otro lado, el Convenio C111 sobre la discriminación (empleo y ocupación) emitido en 1958 y ratificado en Colombia desde 1969, establece que todo Estado se obliga a formular y llevar a cabo una política nacional que promueva la igualdad de oportunidades y de trato en materia de empleo y ocupación, con el objeto de eliminar cualquier discriminación a este respecto.

Normativa colombiana

El marco legal que en Colombia justifica la actuación de las empresas en la atención de los factores psicosociales incluye:

Resolución 2646 de 2008 que establece disposiciones y define responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. El artículo 4 de la Resolución 2646 de 2008 enfatiza en la sinergia de los factores intralaborales, extralaborales e individuales, aspecto que se deberá considerar en el proceso de intervención.

Ley 1090 de 2006 que reglamenta el ejercicio de la profesión de psicología en Colombia, e incluye el código deontológico y ético, que señala como principio general el buen uso de métodos de evaluación y la confidencialidad de la información recolectada en el ejercicio de esta disciplina.

Diversas normas se han formulado para prevenir el hostigamiento y todas las formas de discriminación, así como para fomentar la equidad; entre ellas cabe mencionar:

La Ley 1010 de 2006 a través de la cual se adoptan medidas para “prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo”, se constituye en el mecanismo para la protección del trabajo en condiciones dignas y para la protección de la salud mental de los trabajadores a través de la armonía entre quienes comparten un mismo ambiente laboral.

La Resolución 0652 de 2012 establece la conformación y funcionamiento del comité de convivencia laboral en entidades públicas y privadas, y determina las responsabilidades del empleador y de las administradoras de riesgos laborales (ARL) frente al desarrollo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Respecto de la responsabilidad de los empleadores públicos y privados, la Resolución 0652 del 2012 en su artículo 11 establece que las áreas responsables de la gestión humana y de los programas de salud ocupacional (hoy sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo)¹, deben “desarrollar las medidas preventivas y correctivas de acoso laboral, con el fin de promover un excelente ambiente de convivencia laboral, fomentar relaciones sociales positivas entre todos los trabajadores de empresas e instituciones públicas y privadas y respaldar la dignidad e integridad de las personas en el trabajo”. Así mismo, el artículo 12 establece que las “Administradoras de Riesgos Profesionales llevarán a cabo acciones de asesoría y asistencia técnica a sus empresas afiliadas, para el desarrollo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral”².

En la misma línea de las normas anteriores, la Resolución 1356 de 2012 precisa algunas condiciones del comité de convivencia laboral, define el número de trabajadores para su conformación, los requerimientos de los postulantes y la periodicidad de sus reuniones.

La Ley 1257 de 2008, entre otras, dicta los principios para la sensibilización, prevención y sanción de las formas de violencia y discriminación contra las mujeres. En especial el párrafo del artículo 12 hace referencia a que tanto las ARL como los empleadores, en lo concerniente a cada uno de ellos, “adoptarán procedimientos adecuados y efectivos para: (1) Hacer efectivo el derecho a la igualdad salarial de las mujeres. (2) Tramitar las quejas de acoso sexual y de otras formas de violencia contra la mujer contempladas en esta ley. Estas normas se aplicarán también a las cooperativas de trabajo asociado y a las demás organizaciones que tengan un objeto similar. (3) El Ministerio de la Protección Social velará porque las administradoras de riesgos profesionales (hoy ARL) y las Juntas Directivas de las empresas den cumplimiento a lo dispuesto en este párrafo”.

1. Ley 1562 de 2012, artículo 1: Definiciones. “Salud Ocupacional: Se entenderá en adelante como Seguridad y Salud en el Trabajo, definida como aquella disciplina que trata de la prevención de las lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo, y de la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Tiene por objeto mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo, así como la salud en el trabajo, que conlleva la promoción y el mantenimiento del bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones”.

2. Entiéndase administradoras de riesgos profesionales como administradoras de riesgos laborales.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

La Ley 1752 de 2015 que modifica la ley 1482 de 2011, tiene como objetivo sancionar penalmente la discriminación contra las personas con discapacidad y sanciona también los actos de discriminación y hostigamiento por razones de raza, etnia, religión, nacionalidad, ideología política o filosófica, sexo u orientación sexual, discapacidad y demás razones de discriminación.

De otra parte, el Decreto 4463 de 2011, que reglamenta parcialmente la Ley 1257 de 2008, establece entre los objetivos del “Programa de Equidad Laboral con Enfoque Diferencial y de Género para las Mujeres”, la necesidad de “Establecer lineamientos de sensibilización y pedagogía con perspectiva de enfoque diferencial y de género sobre la Ley 1010 de 2006, que adopta medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo”.

El Decreto 1072 de 2015, Capítulo 7 -referente a la equidad de género en el empleo-, retoma el contenido del Decreto 4463 de 2011 y sienta criterios respecto de las acciones necesarias para promover el reconocimiento social y económico del trabajo de las mujeres (equidad de género), y establece que las administradoras de riesgos laborales (ARL) deben llevar a cabo acciones de asesoría a sus empresas afiliadas para el desarrollo de medidas preventivas de la violencia contra la mujer en el ámbito laboral, en el marco de las actividades de fomento de estilos de vida y trabajos saludables y teniendo en cuenta criterios para la prevención e intervención de los factores de riesgo psicosocial.

En lo concerniente a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, el Decreto 1108 de 1994, sistematiza, coordina y reglamenta algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y fija además los criterios para adelantar programas educativos y de prevención sobre dicha materia; en su artículo 44 define la prevención integral como el proceso de promoción y desarrollo humano y social a través de la formulación y ejecución de un conjunto de políticas y estrategias tendientes a evitar, prevenir y contrarrestar las causas y consecuencias del problema de la droga.

También en materia de prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la Ley 1566 de 2012 se refiere a la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas. Particularmente estipula que las “Administradoras de Riesgos Profesionales, a través de los programas de salud ocupacional, implementen el proyecto institucional preventivo del consumo, abuso y adicción a las sustancias, en el ámbito laboral”. Especifica que estas entidades deben apoyar la ejecución de programas de prevención del consumo indebido de dichas sustancias, así como

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

informar, formar y capacitar al talento humano, siguiendo los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

En lo concerniente a las enfermedades de origen laboral, la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en entornos laborales, es pertinente citar las siguientes normas:

El Decreto 1477 de 2014 expide la *Tabla de Enfermedades Laborales* vigente a la fecha de publicación de esta guía, la cual amplía el número de enfermedades que pueden derivarse de la exposición a factores de riesgo psicosocial.

En el año 2013 se publica la Ley 1616 de salud mental, que 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 al monitoreo de los factores de riesgo psicosocial como parte de las acciones del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (regulado a través del Decreto 1072 de 2015).

Finalmente, también hace parte del referente normativo legal en Colombia el Decreto 1072 de 2015 que deroga el decreto 1443 de 2014 y recopila normas reglamentarias preexistentes en un instrumento jurídico donde se describe la estructura del sector trabajo, funciones, integrantes, responsabilidades, funcionamiento y control.

En lo que respecta a la atención en salud, también se dispone de varias normas que dan contexto a la intervención psicosocial, entre ellas se reseñan las siguientes:

La Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Esta ley establece en el parágrafo 1 del artículo 11, referente a sujetos de especial protección, el derecho al acceso prioritario a tratamientos psicológicos y psiquiátricos para las víctimas de cualquier tipo de violencia sexual. El parágrafo 2 del mismo artículo refiere que para las víctimas de la violencia y del conflicto armado, el Estado desarrollará el programa de atención psicosocial y salud integral.

El artículo 5 de la Ley Estatutaria de Salud detalla las obligaciones del Estado y cita, entre otras, la referente a la formulación y adopción de políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales (literal c), así como la de realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas (literal g).

Orientaciones internacionales

De otra parte, en el ámbito internacional son numerosos los pronunciamientos en favor de la salud y la seguridad de los trabajadores. Así por ejemplo, el *Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017* (OMS, 2007) está basado en los principios y objetivos necesarios para mantener la salud física y mental en los centros de trabajo, incluida la prevención de peligros ocupacionales, la realización de intervenciones esenciales de salud pública y el acceso a los servicios de salud, y contempla opciones de ejecución destinadas a realzar la seguridad y la productividad de los trabajadores en todos los Estados Miembros.

El *Plan de acción sobre salud mental 2013–2020* de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), tiene por objetivo principal establecer los lineamientos para garantizar la salud mental de la población a través de la cobertura sanitaria universal, con énfasis particular en la promoción y prevención. Algunos apartes establecen:

“El plan de acción abarca así mismo la salud mental, concebida como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (OMS, 2013, pág. 7).

“Fomentar los programas de participación laboral y de retorno al trabajo de los afectados por trastornos mentales y psicosociales” (OMS, 2013, pág. 32).

“Fomento de unas condiciones de trabajo seguras y propicias, prestando atención a las mejoras organizativas del entorno laboral, la capacitación de los directivos en materia de salud mental, la organización de cursos de gestión del estrés y los programas de bienestar laboral, y la lucha contra la estigmatización y la discriminación” (OMS, 2013, pág. 33).

4.1.2 Marco conceptual de la intervención psicosocial

Cada vez adquiere mayor fuerza en el contexto organizacional el concepto de calidad de vida, partiendo de la concepción de la integralidad existente entre el individuo y su entorno extra e intralaboral. La OMS (1995) enfatiza en la percepción que el individuo posee sobre el entorno en el que transcurre su existencia y en el que trabaja, en el marco de su cultura, valores y normas y la relación que estas guardan con sus expectativas individuales. El entorno es por tanto un concepto extendido que incluye el componente ambiental, la familia y otros grupos sociales, así como las condiciones de empleo y de trabajo.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

En esa misma línea, la OMS enfatiza cada vez más en la importancia de generar ambientes de trabajo saludables, al punto que en 2010 publica un marco de referencia que busca su aplicabilidad a nivel mundial (OMS, 2010).

La integración de los conceptos de calidad de vida y de ambientes de trabajo saludables, ha permitido a los directivos de las organizaciones visualizar con más claridad los beneficios de las acciones que propenden por el bienestar, en cuanto que tienden a disminuir los índices de rotación, ausentismo y accidentalidad y se alcanzan mejores resultados al contar con trabajadores motivados y con mayor grado de realización personal y profesional. Esta visión permite superar la clásica aproximación a los factores psicosociales desde un enfoque de “riesgo” y privilegia una visión positiva de prevención e intervención.

En la Resolución 2646 de 2008 se entienden los factores psicosociales como “los aspectos intralaborales, los extralaborales o externos a la organización y las condiciones individuales o características intrínsecas del trabajador, los cuales en una interrelación dinámica, mediante percepciones y experiencias, influyen en la salud y el desempeño de las personas”. La misma Resolución diferencia entre los factores de riesgo psicosocial como las “condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo” y los factores protectores como las “condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador”.

El modelo comprensivo de los factores psicosociales en Colombia es amplio, y considera la integralidad de las condiciones de trabajo, las extralaborales y las individuales, tal como se describe con suficiencia en la *Batería de instrumentos de evaluación de factores de riesgo psicosocial* (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010), así como en publicaciones previas (Resolución 2646 de 2008; Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2004).

La intervención de los factores psicosociales puede hacerse desde dos enfoques: a) el control de los factores de riesgo y b) el fortalecimiento de los factores protectores. Sin embargo, es también viable hacer intervención en los individuos a través del desarrollo de formas de afrontamiento que contribuyen a transformar las percepciones y las reacciones frente a las condiciones psicosociales.

La intervención psicosocial puede realizarse a través de acciones focalizadas en los núcleos problemáticos más importantes o en las condiciones protectoras; sin embargo, también puede plantearse como una estrategia que contempla acciones

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

en diferentes frentes y cuyo resultado es el producto de la sinergia de acciones, y no de acciones aisladas.

Una de las más importante tendencias en la intervención psicosocial está enmarcada en los desarrollos de la psicología positiva³, que centra el cuidado de la salud de las personas y de la misma organización a través del impulso de las fortalezas de cada uno, marco en el cual la salud psicosocial se convierte en un valor organizacional.

La psicología positiva tiene un abordaje holístico que concibe la integralidad entre el trabajador y la organización. Bajo esta perspectiva se impulsan conductas organizacionales positivas como el compromiso de los colaboradores⁴, el sentimiento de motivación y la capacidad para realizar una actividad que resulta desafiante⁵, la felicidad en el trabajo, el optimismo y la conciliación trabajo/vida privada entre otras.

Para desarrollar la estrategia de fortalecimiento de los factores psicosociales positivos, se refuerza inicialmente el compromiso organizacional a través de una política de organización socialmente saludable. Luego se establece un plan de trabajo a partir de un diagnóstico que incluye la medición subjetiva del factor psicosocial, la información objetiva de sus impactos (ausentismo, rotación, accidentes, desempeño, etc.) y la identificación de las características positivas de la organización y de sus trabajadores, así como las prácticas saludables más notables que los caracterizan.

Varias de las acciones de intervención que se plantean en los protocolos están concebidos con el enfoque de factores psicosociales protectores, sin embargo todas las propuestas ofrecen la versatilidad de ser utilizadas para atender una condición de riesgo, o para fortalecer los aspectos psicosociales positivos.

Finalmente, la intervención puede también orientarse a la salud y por esta razón el enfoque contempla acciones o estrategias tanto de promoción de la salud como de prevención y actuación frente a la enfermedad.

3. Marisa Salanova y su grupo de trabajo.

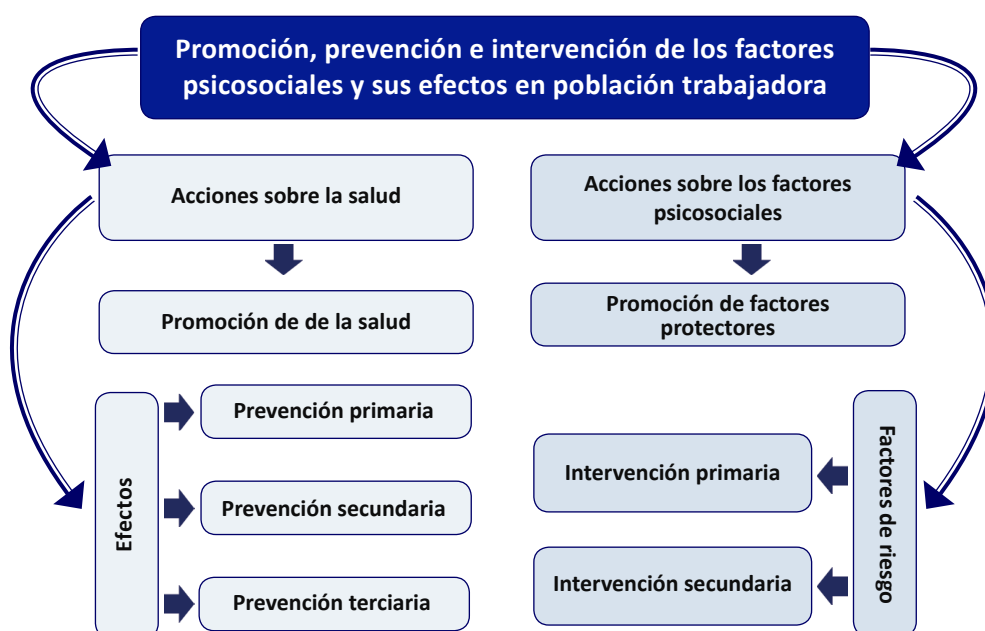
4. El compromiso o *engagement* es un estado afectivo positivo de plenitud que se caracteriza por el vigor, la dedicación -actitud entusiasta y orgullosa- y la absorción en el trabajo.

5. El trabajador permanece totalmente concentrado, se esfuerza al máximo, desarrolla su potencial para conseguir el mejor resultado, sintiendo que controla la situación.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

En conclusión, la *Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora* fue diseñada con el abordaje conceptual de la promoción de la salud y de los factores psicosociales protectores; la intervención primaria y secundaria de los factores de riesgo psicosocial y la prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad y los efectos adversos causados por factores de riesgo psicosocial (Figura 1).

Figura 1. Modelo de promoción, prevención e intervención de factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora



La promoción de la salud y la promoción de los factores psicosociales protectores se sustenta en el fortalecimiento de los procesos que permiten a las personas incrementar el control sobre su salud y su ambiente psicosocial.

La intervención primaria de los factores de riesgo psicosocial se concentra en intervenir el factor de riesgo mismo, mientras que la intervención secundaria se focaliza en acciones sobre los individuos para dotarlos de herramientas o estrategias que les faciliten el manejo de los factores de riesgo.

Las acciones o estrategias de prevención primaria en salud se orientan a disminuir la incidencia de una enfermedad o un efecto indeseado, en tal sentido se entienden como "medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o trastorno de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo" (OMS, 1998).

Cabe precisar, que si bien es cierto que algunas acciones de prevención primaria en salud se centran en la protección de la salud a través de la intervención ambiental, para el caso de esta guía las mismas se asumen como intervención primaria de los factores de riesgo psicosocial.

Las acciones o estrategias de prevención secundaria en salud se orientan a disminuir la prevalencia de una enfermedad, reduciendo su evolución y duración e incluyen la vigilancia de la salud y la intervención sobre el desarrollo de los efectos adversos.

La prevención terciaria en salud pretende disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas, reduciendo las limitaciones funcionales que provocan las enfermedades, por tanto comprenden acciones de rehabilitación y reinserción al trabajo y a la sociedad.

4.2 Premisas fundamentales para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos

Cuando se planea la intervención de los factores psicosociales o de sus efectos en una población particular, existen consideraciones mínimas que se deben tener presentes y que facilitan el éxito de las mismas; en este sentido cabe destacar las referidas en la Resolución 2646 de 2008, así como las que se describen a continuación:

Énfasis en la promoción de la salud con un enfoque dual, que implica acciones de fortalecimiento sobre los determinantes de la salud y sobre los factores psicosociales protectores, tanto en el individuo como en el ambiente laboral y extralaboral.

Construcción de los pilares de la promoción de la salud mediante políticas organizacionales centradas en el bienestar y la salud, creación de ambientes de apoyo, fortalecimiento de la participación y desarrollo de habilidades de autogestión.

Desarrollo de acciones de ***prevención mediante la transformación de las causas*** de la enfermedad y de los efectos adversos en el trabajo, lo cual implica transformar sistemáticamente tanto los factores psicosociales, como otros de carácter no psicosocial.

Claridad en el abordaje de los factores psicosociales y sus efectos, desde la evaluación hasta el seguimiento de la intervención. En tal sentido, la intervención debe expresar explícitamente sus objetivos, alcances y personas involucradas en el seguimiento y en la evaluación de los logros. Es por tanto necesario desarrollar mecanismos para mantener la retroalimentación del avance de las estrategias de intervención, contando para ello con información de tipo cualitativo y cuantitativo que permita la evaluación de su impacto.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Comunicación permanente respecto de las ideas para la intervención y de sus posibles impactos sistémicos sobre otros aspectos, tanto psicosociales como organizacionales y sociales. La retroalimentación favorece el aprendizaje de la organización y permite superar dificultades, potenciar los recursos y alcanzar los objetivos propuestos en la intervención. La comunicación continua permite fortalecer la comprensión de los aspectos culturales en el propósito de realizar acciones factibles según la realidad de la organización. Adicionalmente, toda estrategia de intervención de factores psicosociales (ya sea para eliminar, disminuir el riesgo o para promover un factor protector) o de sus efectos, requiere de un esquema de comunicación tanto previo, como simultáneo y posterior a la intervención, con el fin de ajustar expectativas, asegurar la participación y compartir los resultados.

Confidencialidad respecto de la información sensible que se utiliza y que surge con la gestión del riesgo psicosocial, exigencia que implica definir protocolos para la custodia y el acceso a la información. En tal sentido, las intervenciones primarias que suelen ser masivas, manejan información relativamente pública, mientras que las intervenciones secundarias y terciarias por lo general implican datos restringidos y por tanto su acceso supone consentimiento informado.

La continuidad de las acciones de intervención tiene una doble aproximación: de una parte, aquellas que se diseñan para que tengan una duración limitada y que implican un proceso de verificación de su impacto que se extiende más allá de su estricta duración; y de otra, las que se diseñan para que se mantengan de forma permanente en el tiempo y que suponen un monitoreo continuo de su desarrollo, de su impacto y de los aspectos que las favorecen o limitan por su naturaleza cambiante (por ejemplo el presupuesto).

La intervención sobre los aspectos psicosociales implica un **abordaje interdisciplinar** que se beneficia del conocimiento y perspectiva de diferentes instancias y personas, tanto internas como externas a la organización para el diseño, orientación y desarrollo de las actividades, o para su acompañamiento y evaluación y además es el camino para un abordaje comprensivo de la intervención, por cuanto aprovecha las lecturas complementarias de la realidad y de la forma de transformarla.

La **sinergia de esfuerzos interinstitucionales** es condición para optimizar los recursos y multiplicar los beneficios en favor de la población trabajadora. Si bien la responsabilidad de la intervención de los factores psicosociales y sus efectos es del empleador, es preciso anotar que las administradoras de riesgos laborales tienen la responsabilidad de desarrollar acciones de promoción y prevención y

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

prestar asistencia técnica para el diseño y la implementación de los programas de promoción y prevención en materia de factores psicosociales y sus efectos. Por su parte, las empresas promotoras de salud (EPS) y sus respectivas instituciones prestadoras de servicios (IPS), tienen la misión de ofrecer los mejores servicios de salud que sean factibles y que contribuyan a promover la salud y a resolver los motivos de consulta de los usuarios. Finalmente, las cajas de compensación familiar tienen la misión de contribuir en el desarrollo humano, familiar, laboral y social de los trabajadores y sus familias.

Ética en el actuar de los individuos y de la organización en su conjunto, como premisas que implican la práctica de valores como el respeto, la expresión franca de las necesidades que requieren intervención urgente, el cumplimiento de acuerdos, el cuidado esencial de la dignidad y la salud de otros, la procura del bien común y la definición y comunicación clara de las posibilidades de cambio de la realidad psicosocial. Un marco ético amplio de la salud ocupacional está contenido en el *Código internacional de ética para los profesionales de la salud ocupacional* de la Comisión Internacional de Salud Ocupacional (2003).

La **participación y el compromiso** de las personas y de las directivas de la organización son condiciones imperativas para que las estrategias que se implementen resulten viables, se conserven en el tiempo y se incorporen en la cultura organizacional. Algunos hechos que evidencian el compromiso de la dirección de una empresa con la intervención psicosocial pueden ser la declaración explícita de su atención a las políticas de seguridad y salud, de bienestar, o de gestión del talento humano, así como la disponibilidad de recursos y la participación visible en las distintas fases de la intervención. De otra parte la inclusión de los resultados de las acciones que atienden los factores psicosociales en el conjunto de los indicadores de gestión de la organización, revelan la importancia que se confiere a estos asuntos.

Así mismo, la apertura de espacios de **participación de los trabajadores** para el diseño y ejecución de las acciones de intervención es otro escenario que da cuenta del compromiso con el bienestar psicosocial de las personas en el contexto del trabajo.

La **perspectiva holística** de las acciones de intervención es igualmente requisito para asegurar sus mayores beneficios. En otras palabras, una intervención particular debe reconocer su relación con otras acciones organizacionales, e inclusive debe adaptarse a la caracterización sociodemográfica y ocupacional de los trabajadores y a la realidad organizacional específica. Es también pertinente integrar la intervención psicosocial a la gestión de la seguridad y la salud en el trabajo, así como a la del talento humano.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Las estrategias de intervención involucran la **definición de objetivos y metas** desde corto hasta largo plazo, lo cual implica su estructuración soportada en la combinación de acciones de diversa naturaleza, pero con un hilo conductor común.

La **priorización** de las acciones de intervención de los factores de riesgo psicosocial debe tener en consideración la asociación estadística entre la exposición y los efectos negativos sobre el trabajo y los trabajadores (resultado del análisis epidemiológico de la información de salud y de exposición a diferentes factores de riesgo), así como aquellas condiciones de trabajo propias de la actividad económica de la empresa, cuya intervención es recomendada por la literatura científica.

Las **actividades educativas** o formativas con los trabajadores pueden ser de utilidad para modificar sus conocimientos, actitudes y respuestas frente a ciertas situaciones. Las acciones de formación deben formar parte de un programa continuo y realizarse de manera paralela con la modificación de las condiciones de trabajo, y deben además considerar las mejores técnicas disponibles que se adecúen a los fines de la educación de adultos. En este sentido, los procesos de inducción, reinducción, entrenamiento y capacitación serán de utilidad para facilitar el conocimiento y la motivación de los trabajadores sobre los factores que afectan su salud y su bienestar.

La realidad histórica y la cultura de cada organización orientan la **factibilidad de la intervención**, habida cuenta que es claramente reconocido que las diversas realidades exigen formas de aproximación también diversas.

Las acciones de intervención psicosocial deben estar **integradas a los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo**, y en caso de existir, también a los programas de mejoramiento continuo y de calidad en las empresas.

Finalmente, la **atención de eventos agudos** requiere de la implementación de programas de intervención en crisis.

4.3 Roles y responsabilidades generales para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos

A continuación se presentan los roles fundamentales que los diferentes actores involucrados deben cumplir para la intervención de los factores psicosociales y sus efectos. En este sentido se describen responsabilidades del empleador, los responsables del SG-SST, los trabajadores, las entidades de la seguridad social y de ellas se desglosan roles de las administradoras de riesgos laborales, las cajas de

compensación familiar, las empresas promotoras de salud y las IPS y finalmente se citan algunos roles de los Ministerios de Salud y Trabajo.

La descripción de los roles considera tanto la aplicación de los principios generales de la intervención como los mandatos de las diferentes normas vigentes en el país. Cabe resaltar que las obligaciones legales pueden tener cambios, por tanto aplicarán todas las normas que en adelante se amplíen, modifiquen o se sustituyan, así como aquellas que surjan en relación con la seguridad y la salud en el trabajo, los factores psicosociales y las normas de carácter laboral que sean pertinentes al objeto de la intervención psicosocial.

4.3.1 Roles del empleador

Además de evaluar e identificar los factores psicosociales que requieren intervención o fortalecimiento, el empleador debe definir las necesidades prioritarias, y de manera interdisciplinaria establecer las acciones, estrategias y los planes para su intervención.

La alta dirección de las organizaciones suele encargarse de definir las políticas de atención de los factores psicosociales, aprobar los planes, destinar los recursos para su implementación, proporcionar el apoyo a las iniciativas de mejoramiento de las condiciones psicosociales y de salud de sus colaboradores, y finalmente hacer seguimiento a los resultados y retroalimentarlos como parte del ciclo de mejoramiento.

Si bien el área o persona encargada del SG-SST tiene la responsabilidad de diseñar, implementar, hacer seguimiento y evaluar los planes de intervención de los factores psicosociales, la alta dirección conjuntamente con otras unidades de la organización se encargará de apoyar estas actividades (por ejemplo el área de gestión del talento humano o quien cumpla con el rol de gestionar los procesos de selección, inducción, entrenamiento, desarrollo y bienestar al personal, ya que varias de las intervenciones se centran en estos procesos).

A continuación se presentan de forma resumida las obligaciones que las normas establecen para los empleadores en materia de gestión de la seguridad y la salud de los trabajadores y que por ende son aplicables a la intervención en el terreno psicosocial.

El Código Sustantivo del Trabajo en su artículo 57 refiere obligaciones especiales del empleador, de las cuales se retoman las siguientes por su aplicación al campo de la seguridad y la salud en el trabajo:

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

- Procurar a los trabajadores locales apropiados y elementos adecuados de protección contra los accidentes y enfermedades profesionales en forma que se garanticen razonablemente la seguridad y la salud.
- Prestar inmediatamente los primeros auxilios en caso de accidente o de enfermedad. A este efecto en todo establecimiento, taller o fábrica que ocupe habitualmente más de diez (10) trabajadores, deberá mantenerse lo necesario, según reglamentación de las autoridades sanitarias.
- Pagar la remuneración pactada en las condiciones, períodos y lugares convenidos.
- Guardar absoluto respeto a la dignidad personal del trabajador, a sus creencias y sentimientos.

Según el artículo 21 del Decreto 1295 de 1994, las obligaciones más relevantes del empleador en cuanto a la seguridad y salud en el trabajo son:

- c) Procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo.
- d) Programar, ejecutar y controlar el cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, y procurar su financiación.
- e) Notificar a la entidad administradora a la que se encuentre afiliado, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales.
- g) Facilitar la capacitación de los trabajadores a su cargo en materia de salud ocupacional.

Parágrafo. Son además obligaciones del empleador las contenidas en las normas de salud ocupacional y que no sean contrarias a este decreto.

El artículo 26 de la Ley 1562 de 2012 establece que el empleador debe:

- g) Facilitar los espacios y tiempos para la capacitación de los trabajadores a su cargo en materia de salud ocupacional y para adelantar los programas de promoción y prevención a cargo de las Administradoras de Riesgos Laborales.

Parágrafo 2°. Referente al teletrabajo, las obligaciones del empleador en Riesgos Laborales y en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST son las definidas por la normatividad vigente.

De acuerdo con el Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, artículo 2.2.4.6.8., las obligaciones de los empleadores en materia de atención de

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

los factores psicosociales están enmarcadas en el conjunto de responsabilidades que le asigna esta norma para el desarrollo del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), que de forma resumida comprenden las siguientes⁶:

Obligaciones de los empleadores (artículo 2.2.4.6.8). El empleador está obligado a la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, acorde con lo establecido en la normatividad vigente.

Dentro del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) en la empresa, el empleador tendrá, entre otras, las siguientes obligaciones:

- Definir, firmar y divulgar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Asignar y comunicar las responsabilidades en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) a todos los niveles de la organización.
- Rendir cuentas al interior de la empresa por parte de quienes tengan responsabilidades en el SG-SST.
- Definir recursos financieros, técnicos y el personal necesario para el diseño, implementación, revisión, evaluación y mejora de las medidas de prevención y control, para la gestión eficaz de los peligros y riesgos en el lugar de trabajo y para que los responsables del SG-SST y el comité paritario o vigía puedan cumplir con sus funciones.
- Cumplir los requisitos normativos aplicables en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- Gestionar los peligros y riesgos para prevenir daños en la salud de los trabajadores y/o contratistas, en los equipos e instalaciones.
- Diseñar y desarrollar un plan de trabajo anual para alcanzar cada uno de los objetivos propuestos en el SG-SST.
- Implementar y desarrollar actividades de prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, así como de promoción de la salud en el SG-SST, de conformidad con la normatividad vigente.
- Asegurar la adopción de medidas eficaces que garanticen la participación de todos los trabajadores y sus representantes ante el comité paritario o vigía de seguridad y salud en el trabajo.

6. Los textos completos se encuentran en el Decreto 1072 de 2015, disponible en: <http://decreto1072.co/>

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

- Informar a los trabajadores y/o contratistas y a sus representantes sobre el desarrollo de todas las etapas del SG-SST y evaluar las recomendaciones emanadas de estos para el mejoramiento del sistema de gestión.
- Garantizar la capacitación de los trabajadores en los aspectos de seguridad y salud en el trabajo de acuerdo con las características de la empresa, la identificación de peligros, la evaluación y valoración de riesgos relacionados con su trabajo.
- Involucrar los aspectos de Seguridad y Salud en el Trabajo, al conjunto de sistemas de gestión, procesos, procedimientos y decisiones en la empresa.
- Identificar la normatividad nacional aplicable del Sistema General de Riesgos Laborales, la cual debe quedar plasmada en una matriz legal que debe actualizarse en la medida que sean emitidas nuevas disposiciones aplicables a la empresa.

De otra parte, el Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, artículo 2.2.4.6.11., define las siguientes obligaciones de los empleadores referentes a los programas de capacitación en aspectos de seguridad y salud en el trabajo:

- Definir los requisitos de conocimiento y práctica en seguridad y salud en el trabajo necesarios para sus trabajadores y adoptar y mantener disposiciones para que los trabajadores los cumplan con el fin de prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
- Desarrollar un programa de capacitación que proporcione conocimiento para identificar los peligros y controlar los riesgos relacionados con el trabajo, hacerlo extensivo a todos los niveles de la organización incluidos los contratistas, los trabajadores cooperados y los trabajadores en misión.
- Revisar el programa de capacitación por lo menos una (1) vez al año, con la participación del comité paritario o vigía de seguridad y salud en el trabajo y la alta dirección de la empresa y emprender acciones de mejora.
- Proporcionar a los nuevos trabajadores una inducción sobre los aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, incluida la información de la identificación y el control de peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

Así mismo, el artículo 2.2.4.6.14 del Decreto 1072 de 2015 establece que el empleador debe establecer mecanismos eficaces para:

- Recibir, documentar y responder adecuadamente a las comunicaciones internas y externas relativas a la seguridad y salud en el trabajo.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

- Garantizar que se dé a conocer el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) a los trabajadores y contratistas.
- Disponer de canales que permitan recolectar inquietudes, ideas y aportes de los trabajadores en materia de seguridad y salud en el trabajo para que sean consideradas y atendidas por los responsables en la empresa.

En lo que hace referencia al seguimiento de las acciones del SG-SST, el Decreto 1072 de 2015 en su artículo 2.2.4.6.29., establece que el empleador debe realizar una auditoría anual, la cual será planificada con la participación del comité paritario o vigía de seguridad y salud en el trabajo.

El artículo 2.2.4.6.31. del Decreto 1072 de 2015 puntualiza la necesidad de que la alta dirección adelante una revisión del SG-SST por lo menos una (1) vez al año, de conformidad con las modificaciones en los procesos, resultados de las auditorías y demás informes que permitan recopilar información sobre su funcionamiento, con el fin de analizar la gestión y los resultados y tomar acciones de mejora o definir nuevas prioridades y objetivos estratégicos.

Finalmente, el artículo 2.2.4.6.36. del Decreto 1072 de 2015 refiere lo concerniente a las sanciones por incumplimiento a lo establecido en este decreto y demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan.

4.3.2 Roles de los responsables del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

El área responsable del SG-SST juega un papel fundamental en la motivación de otros actores organizacionales frente a la intervención psicosocial. Su enfoque le permite orientar los esfuerzos hacia el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo de las personas. El rol del responsable del SG-SST implica también el diseño de planes de intervención, la implementación de los mismos con recursos internos o externos, el seguimiento y la evaluación de los resultados de dichos planes.

De acuerdo con el Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, artículo 2.2.4.6.8., la Dirección de la Seguridad y Salud en el Trabajo–SST en las empresas debe garantizar la disponibilidad de personal responsable de la seguridad y la salud en el trabajo, cuyo perfil deberá ser acorde con lo establecido con la normatividad vigente y los estándares mínimos que determine el Ministerio del Trabajo. Así mismo la Dirección de la Seguridad y Salud en el Trabajo debe atender, entre otras, las siguientes obligaciones:

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

- a) Planear, organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, y como mínimo una (1) vez al año, realizar su evaluación.
- b) Informar a la alta dirección sobre el funcionamiento y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, y;
- c) Promover la participación de todos los miembros de la empresa en la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.

De otra parte el artículo 2.2.4.6.13. establece que el responsable del SG-SST tendrá acceso a todos los documentos y registros del sistema, exceptuando el acceso a las historias clínicas ocupacionales de los trabajadores cuando no tenga perfil de médico especialista en seguridad y salud en el trabajo.

4.3.3 Roles de los trabajadores

Los actores más importantes de la intervención psicosocial son los trabajadores y sus delegados, por su participación en el diseño, la implementación y el seguimiento de la intervención.

El artículo 22 del Decreto 1295 de 1994 establece las siguientes obligaciones de los trabajadores respecto del cuidado de su salud:

- a) Procurar el cuidado integral de su salud.
- b) Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- c) Colaborar y velar por el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores en este decreto.
- d) Participar en la prevención de los riesgos profesionales a través de los comités paritarios de salud ocupacional, o como vigías ocupacionales.
- e) Los pensionados por invalidez por riesgos profesionales, deberán mantener actualizada la información sobre su domicilio, teléfono y demás datos que sirvan para efectuar las visitas de reconocimiento.

El artículo 27 de la Ley 1562 de 2012 precisa que los trabajadores deben:

- d) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) de la empresa y asistir periódicamente a los programas de promoción y prevención adelantados por las administradoras de riesgos laborales.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Parágrafo. Referente al teletrabajo, las obligaciones del teletrabajador en Riesgos Laborales y en el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST son las definidas por la normatividad vigente.

El artículo 2.2.4.6.10 del Decreto 1072 de 2015 establece las siguientes responsabilidades de los trabajadores:

- Procurar el cuidado integral de su salud.
- Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
- Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definidas en el plan de capacitación del SG-SST.
- Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

El artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo cita, entre otras, la siguiente obligación especial del trabajador que se destaca por su relación con el objeto de la presente guía:

“Observar con suma diligencia y cuidado las instrucciones y órdenes preventivas de accidentes o de enfermedades profesionales”. A propósito de las responsabilidades del trabajador en materia de seguridad y salud, la renuencia sistemática a aceptar las medidas preventivas o el grave incumplimiento de las instrucciones, reglamentos y determinaciones de prevención de riesgos pueden ser causales de despido justificado en los términos prescritos en el artículo 62 del Código Sustantivo de Trabajo y en el artículo 91 del Decreto 1295 de 1994.

4.3.4 Roles de las instituciones de la Seguridad Social

El artículo 2 de la Ley 1438 de 2011 establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud está orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos a través de acciones de salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en el marco de una estrategia de atención primaria en salud. Para lograr lo anterior el Estado unifica el Plan de Beneficios para todos los residentes y pretende además garantizar la universalidad del aseguramiento y la prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, entre otras disposiciones.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

De otra parte, la Ley 1566 de 2012 por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”, establece en su artículo 2 que “toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser atendida en forma integral por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos”.

Finalmente, varias de las instituciones de la seguridad social tienen roles fundamentales frente a la gestión de los factores psicosociales; por ejemplo, en materia de salud mental la Ley 1616 de 2013 establece que las ARL y las EPS en conjunto tienen la misión de promover la salud y prevenir el trastorno mental.

4.3.5 Roles de las administradoras de riesgos laborales

Las ARL tienen la responsabilidad de proporcionar a las empresas la capacitación y asistencia técnica necesaria para el desarrollo de las acciones de seguridad y salud en el trabajo, incluido el diseño, montaje y operación del sistema de vigilancia epidemiológica, conforme a la actividad económica (Circular Unificada de 2004).

Así mismo, la Circular Unificada establece que las ARL “deben desarrollar hacia sus empresas afiliadas, como mínimo las actividades básicas para la protección de la salud de los trabajadores establecidas en los artículos 19, 35⁷ y 80⁸ del Decreto 1295 de 1994”.

La Ley 1562 de 2012 por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional, establece en el artículo 11 lo referente a los servicios de promoción y prevención que las ARL deben proporcionar a sus afiliados, así:

7. Artículo 35. Servicios de prevención que la empresa afiliada tiene derecho a recibir por parte de la entidad administradora de riesgos profesionales.

8. Según el artículo 80 del Decreto 1295 de 1994, son funciones de las ARL, entre otras, el garantizar a sus afiliados la prestación de los servicios de salud a que tienen derecho, la realización de actividades de prevención, asesoría y evaluación de riesgos profesionales, el promover y divulgar programas de medicina laboral, higiene industrial, salud ocupacional y seguridad industrial; y establecer las prioridades con criterio de riesgo para orientar las actividades de asesoría de que trata el artículo 39 del Decreto 1295 de 1994.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Actividades básicas con cargo al cinco por ciento (5 %) del total de la cotización, que para el caso de la intervención de los factores psicosociales son de particular interés las siguientes⁹:

- a) Programas, campañas y acciones de educación y prevención dirigidas a garantizar que sus empresas afiliadas conozcan, cumplan las normas y reglamentos técnicos en salud ocupacional, expedidos por el Ministerio del Trabajo.
- b) Programas, campañas y acciones de educación y prevención, dirigidas a garantizar que sus empresas afiliadas cumplan con el desarrollo del nivel básico del plan de trabajo anual de su Programa de Salud Ocupacional.
- c) Asesoría técnica básica para el diseño del Programa de Salud Ocupacional y el plan de trabajo anual de todas las empresas.
- d) Capacitación básica para el montaje de la brigada de emergencias, primeros auxilios y sistema de calidad en salud ocupacional.
- e) Capacitación a los miembros del comité paritario de salud ocupacional en aquellas empresas con un número mayor de 10 trabajadores, o a los vigías ocupacionales, quienes cumplen las mismas funciones de salud ocupacional, en las empresas con un número menor de 10 trabajadores.
- f) Fomento de estilos de trabajo y de vida saludables, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos de las empresas.
- g) Investigación de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales que presenten los trabajadores de sus empresas afiliadas.

En segundo lugar la misma Ley establece que con cargo al noventa y dos por ciento (92 %) del total de la cotización, la Administradora de Riesgos Laborales destinará como mínimo el diez por ciento (10 %) para lo siguiente:

- a) Desarrollo de programas regulares de prevención y control de riesgos laborales y de rehabilitación integral en las empresas afiliadas.
- b) Apoyo, asesoría y desarrollo de campañas en sus empresas afiliadas para el desarrollo de actividades para el control de los riesgos, el desarrollo de los

9. Entiéndase que lo referente al “Programa de Salud Ocupacional” hoy corresponde al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

sistemas de vigilancia epidemiológica y la evaluación y formulación de ajustes al plan de trabajo anual de las empresas. Los dos objetivos principales de esta obligación son: el monitoreo permanente de las condiciones de trabajo y salud, y el control efectivo del riesgo.

- c) Las administradoras de riesgos laborales deben desarrollar programas, campañas, crear o implementar mecanismos y acciones para prevenir los daños secundarios y secuelas en caso de incapacidad permanente parcial e invalidez, para lograr la rehabilitación integral, procesos de readaptación y reubicación laboral.
- d) Diseño y asesoría en la implementación de áreas, puestos de trabajo, maquinarias, equipos y herramientas para los procesos de reinserción laboral, con el objeto de intervenir y evitar los accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

Respecto de la forma como las ARL apoyarán a las empresas para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, el parágrafo 2° de artículo 11 de la Ley 1562 de 2012 establece:

“En todas las ciudades o municipios donde existan trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales las administradoras de riesgos laborales deben desarrollar las actividades de promoción y prevención con un grupo interdisciplinario capacitado y con licencia de salud ocupacional propio o contratado bajo su responsabilidad. Para ampliar la cobertura, la ejecución de dichas actividades podrá realizarse a través de esquemas de acompañamiento virtual y de tecnologías informáticas y de la comunicación, sin perjuicio del seguimiento personal que obligatoriamente respalde dicha gestión”.

El artículo 11 (parágrafo 3) de la Ley 1562 de 2012 establece que: “La Entidad Administradora de Riesgos Laborales deberá presentar al Ministerio de Trabajo un plan con programas, metas y monto de los recursos que se vayan a desarrollar durante el año en promoción y prevención, para efectos de su seguimiento y cumplimiento conforme a las directrices establecidas por la Dirección de Riesgos Profesionales, de ahora en adelante Dirección de Riesgos Laborales”.

En línea con la importancia de la prevención y la atención del trastorno mental, el artículo 9° de la Ley 1616 de 2013 delega a las ARL la obligación de “generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental”, y de “garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores”.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

La Ley 1566 de 2012, en su artículo 7 precisa que las ARL, a través de los programas de seguridad y salud en el trabajo, implementarán el proyecto institucional preventivo del consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, en el ámbito laboral. “Así mismo, apoyarán la ejecución de programas, proyectos y actividades de prevención del consumo indebido de dichas sustancias, mediante la entrega de información, formación y capacitación del talento humano en todos los niveles, en consonancia con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social”.

El artículo 2.2.4.6.9. del Decreto 1072 de 2015 establece para las ARL la obligación de capacitar al comité paritario o vigía de seguridad y salud en el trabajo en los aspectos relativos al SG-SST y prestar asesoría y asistencia técnica a sus empresas y trabajadores afiliados, en la implementación de dicho decreto.

4.3.6 Roles de las empresas promotoras de servicios de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS)

De acuerdo con las responsabilidades que delega el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 las EPS tienen, entre otras, las siguientes obligaciones:

- Organizar la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. Las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley.
- Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia.

El artículo 185 de la citada ley establece que “son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley”.

La Resolución 5521 de 2013, por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el plan obligatorio de salud (POS) precisa las coberturas de atención en salud mental, que en resumen comprenden:

- Atención de urgencias (artículo 34), así como psicoterapia ambulatoria individual o grupal independientemente del tipo, etiología o la fase en que se encuentra la enfermedad, así: hasta 30 terapias en total por psicólogo y médico

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

especialista competentes durante el año calendario (artículo 65). Para el caso de psicoterapia para mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, la cobertura del POS será hasta 60 terapias en total por psicólogo y médico especialista competentes durante el año calendario (artículo 66).

- La misma Resolución define que el POS cubre la internación de pacientes con trastorno o enfermedad mental de cualquier tipo durante la fase aguda de su enfermedad (hasta 90 días, continuos o discontinuos por año calendario) o por el tiempo que los profesionales tratantes consideren en caso que esta ponga en peligro su vida o integridad, la de sus familiares o la comunidad. Como alternativa el POS ofrece de preferencia la atención en el programa de internación parcial u hospital día para los casos que así lo requieran (artículo 67).
- Para las mujeres víctimas de violencia física, sexual o psicológica, cuando ello sea pertinente a criterio del médico tratante, la cobertura de la hospitalización podrá extenderse hasta 180 días, continuos o discontinuos por año calendario, e igualmente en caso que el trastorno o enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente, la de sus familiares o la comunidad, la cobertura de la internación será durante el periodo que considere necesario el o los profesionales tratantes (artículo 68).

4.3.7 Roles de las cajas de compensación familiar

La Ley 789 de 2002, en su artículo 16 establece entre otras las siguientes responsabilidades de las cajas de compensación familiar, de las cuales algunas contribuyen de manera directa en la atención de los factores psicosociales:

- Ejecutar actividades relacionadas con sus servicios, la protección y la seguridad social directamente, o mediante alianzas estratégicas con otras cajas de compensación o a través de entidades especializadas públicas o privadas, conforme las disposiciones que regulen la materia.
- Administrar, a través de los programas que a ellas corresponda, las actividades de subsidio en dinero; recreación social, deportes, turismo, centros recreativos y vacacionales; cultura, museos, bibliotecas y teatros; vivienda de interés social; créditos, jardines sociales o programas de atención integral para niños y niñas de 0 a 6 años; programas de jornada escolar complementaria; educación y capacitación; atención de la tercera edad y programas de nutrición materno-infantil y, en general, los programas que estén autorizados a la expedición de la presente ley, para lo cual podrán continuar operando con el sistema de subsidio a la oferta.

4.3.8 Roles de los ministerios del Trabajo y de Salud y Protección Social

De acuerdo con lo establecido en la Ley 1562 de 2012, el Ministerio del Trabajo ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control de las acciones de promoción y prevención en materia de seguridad y salud en el trabajo.

La Ley 1616 de 2013 determina que el Ministerio de Salud y Protección Social tiene el encargo de establecer las acciones de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental, que deben incluirse en los planes decenales y nacionales para la salud pública, los planes territoriales y los planes de intervenciones colectivas (artículo 7, Título III de la Ley 1616 de 2013). La misma ley confiere a los entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Administradoras de Riesgos Profesionales y Empresas Sociales del Estado, la obligación de implementar tales acciones de promoción y prevención, así como de hacerles seguimiento y evaluación a través de indicadores.

El artículo 9 de la Ley 1616 de 2013, establece que “El Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud determinarán y actualizarán los lineamientos técnicos para el diseño, formulación e implementación de estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en el ámbito laboral”. Así mismo señala que “El Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Salud evaluarán y ajustarán periódicamente este lineamiento técnico para enfrentar los riesgos laborales en salud mental”.

4.4 Detección de necesidades de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos

4.4.1 Detección de necesidades de intervención

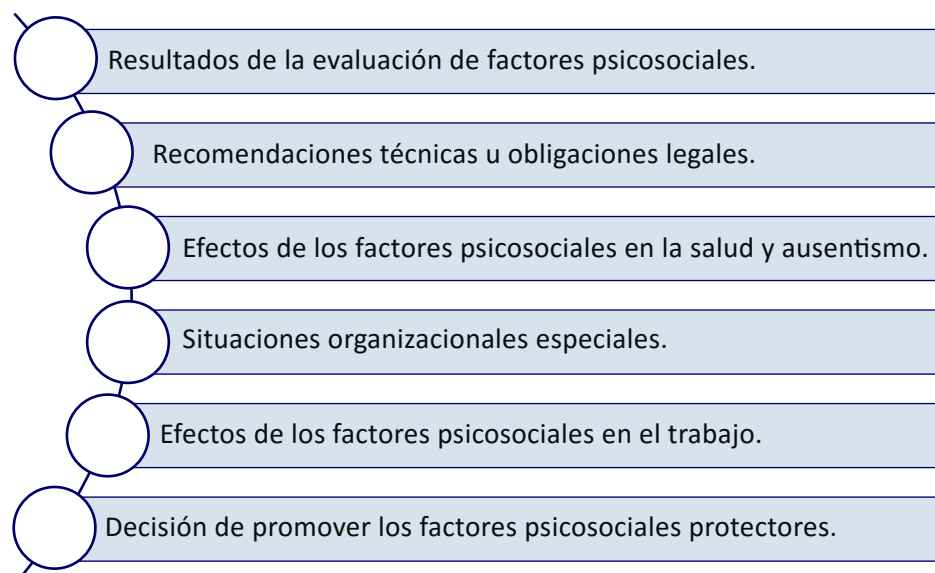
La detección de las necesidades para la atención de los factores psicosociales ocurre a través de seis posibles vías (ver figuras 2 y 3).

Resultados de la evaluación de factores psicosociales

Para que la evaluación de los factores psicosociales sea una fuente útil de información que permita activar mecanismos de promoción de los factores protectores o de intervención de los factores de riesgo, esta debe realizarse mediante herramientas confiables, validadas en el país y que permitan adelantar una evaluación objetiva y subjetiva; además el análisis de los resultados debe ser realizado por expertos (Resolución 2646 de 2008), e idealmente retroalimentados con grupos de interés (jefes y trabajadores), a fin de ajustar y clarificar el alcance real de las necesidades.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Figura 2. Vías para detección de necesidades de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos



La evaluación de factores psicosociales permite identificar prioridades en términos de grupos, personas y aspectos a intervenir. De otra parte, cuando en la evaluación se estiman los niveles de riesgo resulta más fácil definir indicadores y metas para evaluar la intervención.

La identificación de cargos o áreas críticas de trabajo por la exposición a factores de riesgo psicosocial inherentes al tipo de actividad debe activar la intervención mediante esquemas de prevención primaria que reduzcan la exposición, o intervención secundaria que incremente las capacidades en el trabajador para afrontar las situaciones desfavorables y minimizar la probabilidad de efectos adversos.

Recomendaciones técnicas y obligaciones legales

Los estudios realizados en diferentes poblaciones de trabajadores que se exponen a condiciones particulares desde el punto de vista psicosocial, señalan la necesidad de la intervención. Es el caso de personas expuestas a situaciones de violencia social (por ejemplo cuerpos de defensa y guardas), personas que deben permanecer mucho tiempo alejados de sus núcleos familiares (trabajadores de minería, hidrocarburos, marinos, etc.), personas que deben prestar servicios sociales a poblaciones en condiciones críticas (cuidadores de enfermos, terapeutas de víctimas de la violencia, profesionales de la salud que atienden a personas en estado terminal, profesionales de servicios de salud mental, etc.), personas con alta demandas de

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

carga mental (pilotos, controladores de procesos industriales, corredores de bolsa, etc.), trabajadores que laboran en turnos nocturnos (conductores, operarios, etc.), quienes están expuestos a condiciones ambientales fatigantes o peligrosas (buzos, trabajadores de alturas o de espacios confinados, agricultores en cultivos industriales, etc.), o trabajadores expuestos a altas demandas emocionales (jueces, profesionales de servicios sociales, etc.), entre otros.

De otra parte, existen normas específicas para la vigilancia psicosocial de personas que realizan cierto tipo de actividad, por ejemplo trabajadores que manipulan armamento (Ley 1539 de 2012 por medio de la cual se implementa el certificado de aptitud psicofísica para el porte y tenencia de armas de fuego y se dictan otras disposiciones).

Efectos de los factores psicosociales en la salud y ausentismo

A continuación se describen algunas situaciones que indican la necesidad de intervenir los factores de riesgo psicosocial:

- Alteraciones en la salud que se detectan a través de las incapacidades relacionadas con enfermedades posiblemente asociadas a situaciones estresantes (Decreto 1477 de 2014, Tabla de Enfermedades Laborales).
- Quejas por afectaciones de la salud sin que necesariamente generen ausentismo, como ocurre en trabajadores que a pesar de sentirse fatigados, tensionados o enfermos asisten regularmente al trabajo e incluso extienden sus jornadas (presentismo).
- Ausentismo por causas asociadas a factores intra y extralaborales, por ejemplo las situaciones de hostigamiento laboral o la sobrecarga de responsabilidades combinada con escasa autonomía.
- Aumento en la frecuencia de consultas al médico del SG-SST de la empresa o a otros servicios de salud en búsqueda de soluciones o de mecanismos para evitar problemáticas en el trabajo.
- La asociación estadística de los factores de riesgo psicosocial con los efectos negativos sobre la salud o sobre el trabajo, es una indicación para disponer intervención en los grupos con mayor afectación.

Situaciones organizacionales especiales

Las organizaciones suelen vivir situaciones especiales que obligan a realizar una intervención psicosocial, es el caso de los cambios significativos en la empresa (previstos o imprevistos) por motivos como reestructuración, fusión, cierre, in-

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Introducción de nuevos procesos, cambio en los métodos de trabajo, cambios en instalaciones, entre otros. También debe considerarse la ocurrencia de cambios externos como la emisión de nuevas normas que obliguen a una intervención o la actualización del conocimiento en seguridad y salud en el trabajo, en factores psicosociales y estrés.

En segundo lugar, en algunas organizaciones se requiere de traslados de personal a sitios diferentes a los de su habitual vivienda (por ejemplo las compañías con operación nacional o multinacional); en estos casos es necesario disponer acciones de vigilancia e intervención psicosocial para evitar la ruptura de redes de apoyo social, así como alteraciones familiares de los trabajadores trasladados o reubicados.

Otra situación que activa la necesidad de intervención psicosocial es la ocurrencia de cambios en el entorno social, económico o de seguridad en la localidad o en el sector económico, cambios que implican afectaciones en el trabajo, en la estabilidad laboral o incluso en las formas de producción. Un ejemplo es el cierre de fábricas como consecuencia de variaciones en la política cambiaria, o la migración de los procesos productivos a otros países que ofrecen mano de obra más barata, etc.

Finalmente, se debe activar la intervención psicosocial cuando se presenten urgencias y crisis causadas por razones diversas, sean internas o externas a la organización.

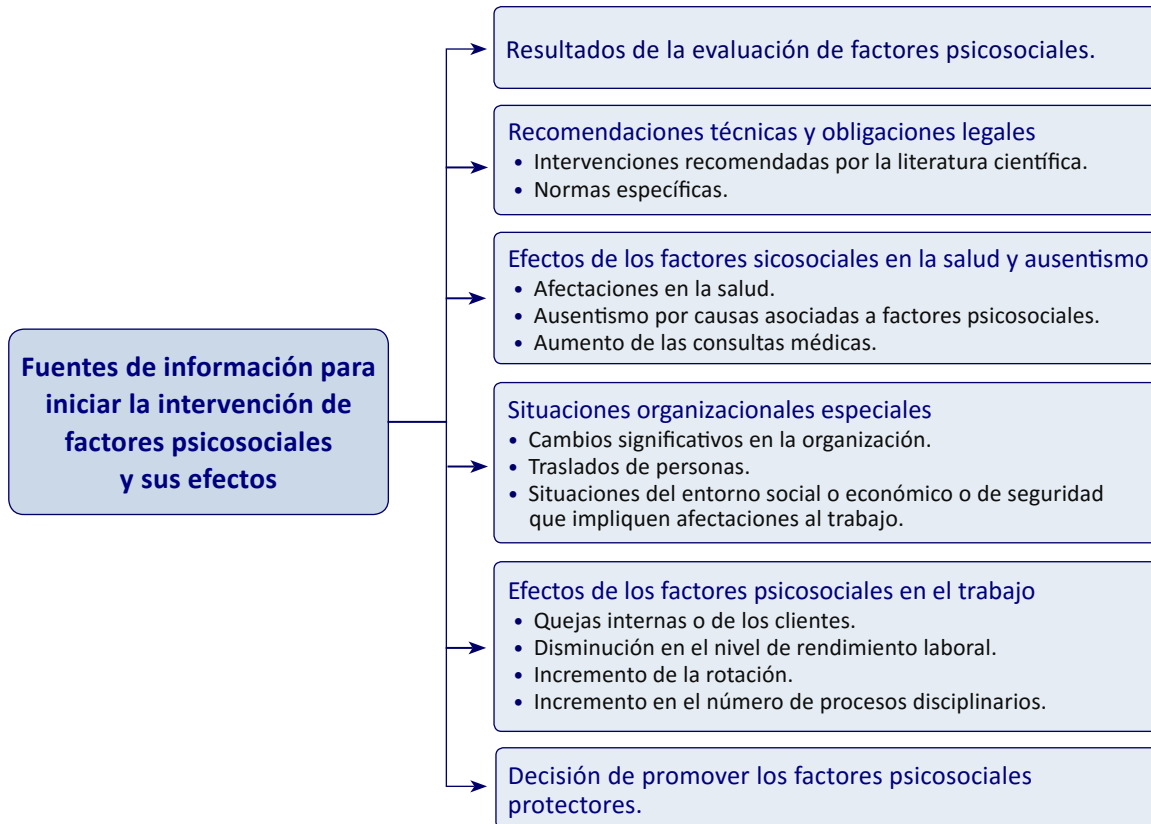
Efectos de los factores psicosociales en el trabajo

La ocurrencia de efectos adversos en el trabajo causados por los factores de riesgo psicosocial también es una señal para activar la intervención psicosocial. Ejemplos de tales efectos negativos son las quejas internas o de los clientes frente al servicio, la disminución en el rendimiento laboral identificado mediante indicadores de productividad o seguimiento a la gestión del desempeño, el incremento de la rotación de personal o de procesos disciplinarios en una sección, cargo o centro de trabajo particular, deterioro del clima laboral, etc.

Decisión de promover los factores psicosociales protectores

En muchas ocasiones las directivas de una organización, los jefes o los mismos colectivos de trabajadores deciden visibilizar y promover los factores psicosociales protectores como mecanismos de bienestar o reconocimiento a las personas. Esta decisión, mantenida en el tiempo, es una importante forma de fomentar entornos de trabajo saludables, basado en los aspectos más positivos tanto del trabajo mismo como de las personas. Situaciones como estas activan la intervención psicosocial no como mecanismo de solución de una problemática, sino como mecanismo de promoción de la salud y el bienestar.

Figura 3. Resumen de fuentes de información para iniciar la intervención de los factores psicosociales y sus efectos



4.4.2 Procedimiento de actuación para la promoción y la intervención de los factores psicosociales

Las personas o instancias que pueden detectar las señales que indican la necesidad de realizar acciones de promoción o de intervención de los factores psicosociales son diversas, entre ellas: los jefes, los trabajadores, las áreas de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo, así como asesores externos o incluso autoridades de vigilancia y control de la seguridad y la salud.

Una vez los jefes, los trabajadores o sus delegados identifican una o varias de las señales anteriormente mencionadas, proceden a comunicar la situación a las áreas de gestión del talento humano o a quien haga sus veces, o al área de seguridad y salud en el trabajo, y éstas proceden a clarificar la información y a explorar sus causas. Una vez se tiene la información de la situación se priorizan las necesidades y se precisan las acciones a seguir, incluida la valoración de los factores de riesgo psicosocial si ésta no se ha realizado.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Si se detecta que el origen de la necesidad es la promoción de los factores protectores, o el control de factores de riesgo o de efectos de bajo impacto, se opta por implementar acciones de promoción o de intervención.

Sin embargo, si se trata de factores de riesgo calificados como altos, o de efectos adversos causados por los factores de riesgo psicosocial, se procede con la intervención en el marco del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE). En caso que la empresa no haya implementado el SVE, se realiza la intervención y paralelamente se diseña el SVE conforme lo indica la Resolución 2646 de 2008¹⁰.

Las administradoras de riesgos laborales deben “capacitar y prestar asistencia técnica para el diseño y la implementación de los programas de prevención y los sistemas de vigilancia epidemiológica de los factores de riesgo psicosocial prioritarios, por actividad económica o empresa, utilizando criterios de salud ocupacional” (Resolución 2646 de 2008).

En cualquier caso, la intervención psicosocial requiere de la formulación de un plan que defina claramente los objetivos, población, tiempos, recursos, responsables y los criterios de evaluación. La figura 4 presenta un flujograma propuesto para la gestión de los factores psicosociales, que recoge las acciones que inician desde la detección de necesidades hasta la evaluación de las acciones de intervención y el mejoramiento continuo, siguiendo un enfoque de ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar).

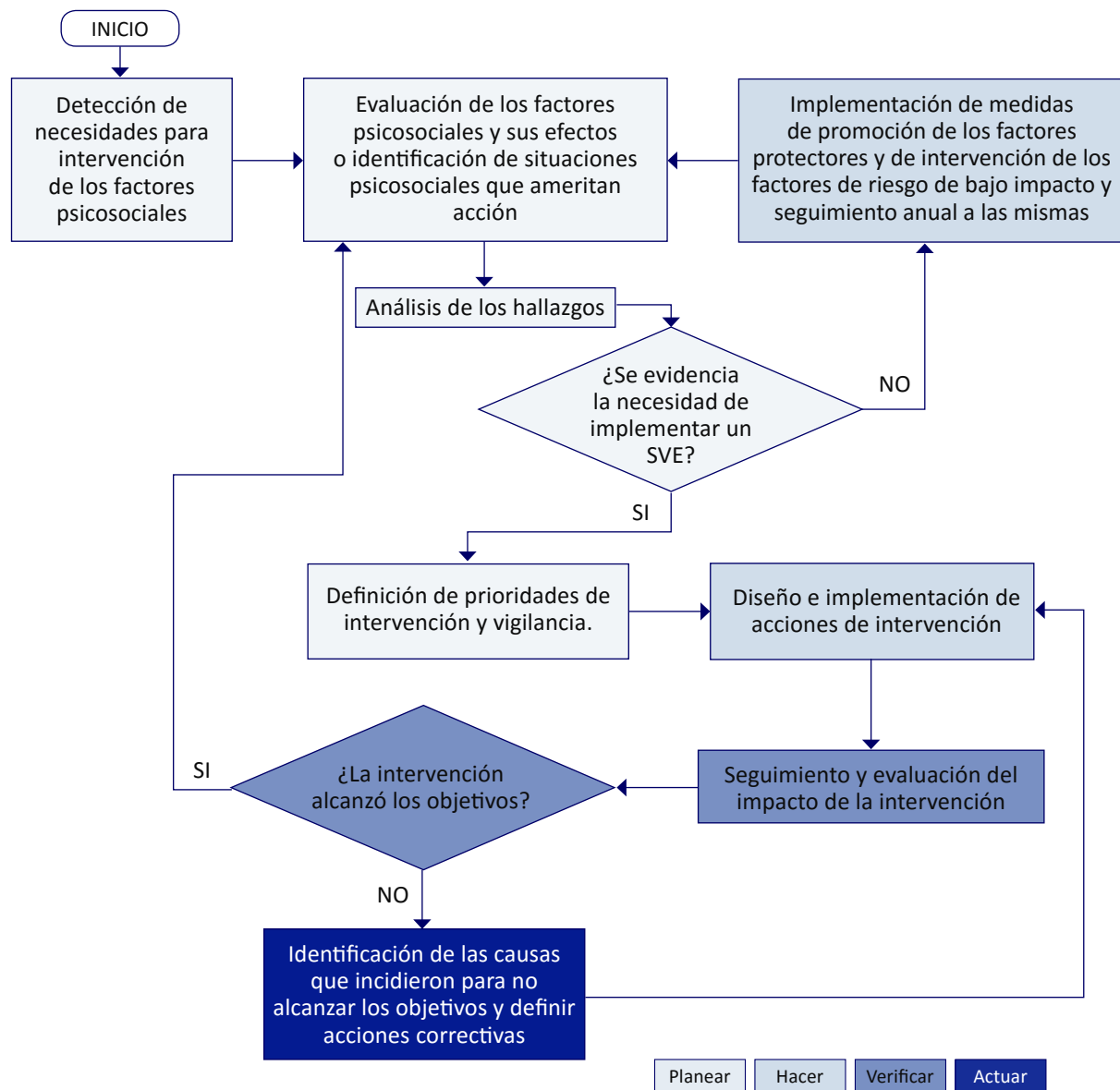
Intervención psicosocial en el marco del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (SG-SST)

A continuación se precisan las fases más importantes de la planificación y aplicación del SG-SST, las cuales se articulan con el desarrollo de la intervención psicosocial. Con el propósito de hacer más comprensible el proceso, se hace referencia a los artículos incluidos en el Decreto 1072 de 2015 y a la Resolución 2646 de 2008 que detalla la información específica para el caso de los factores psicosociales. En la sección *Seguimiento, medición y mejora continua de la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos* de esta guía se precisan las fases de auditoría y revisión del SG-SST en lo concerniente a la intervención psicosocial, así como el mejoramiento del mismo.

10. Resolución 2646 de 2008 “Artículo 16. Vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial en el trabajo. Los empleadores deben adelantar programas de vigilancia epidemiológica de factores de riesgo psicosocial, con el apoyo de expertos y la asesoría de la correspondiente administradora de riesgos profesionales, cuando los trabajadores se encuentren expuestos a factores psicosociales nocivos evaluados como de alto riesgo o que están causando efectos negativos en la salud, en el bienestar o en el trabajo”.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Figura 4. Flujograma de la gestión de los factores psicosociales



4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Planificación

La implementación del SG-SST da comienzo con la evaluación inicial del sistema, la cual tiene el propósito de identificar las prioridades de trabajo (artículo 2.2.4.6.16 del Decreto 1072 de 2015). Dicha evaluación debe incluir, entre otros, los siguientes aspectos:

- La identificación de la normatividad vigente en materia de riesgos laborales¹¹.
- La verificación de la identificación de los peligros, evaluación y valoración de los riesgos, la cual debe ser anual¹².
- La identificación anual de las amenazas y evaluación de la vulnerabilidad de la empresa.
- La evaluación anual de la efectividad de las medidas implementadas para controlar los peligros, riesgos y amenazas.
- El cumplimiento del programa de capacitación anual.
- La evaluación de los puestos de trabajo en el marco de los programas de vigilancia epidemiológica de la salud de los trabajadores.
- La descripción sociodemográfica de los trabajadores y la caracterización de sus condiciones de salud, así como la evaluación y análisis de las estadísticas sobre la enfermedad y la accidentalidad.
- El registro y seguimiento a los resultados de los indicadores definidos en el SG-SST de la empresa del año inmediatamente anterior.

Con los insumos anteriores se planifica el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo basado en la evaluación inicial y otros datos disponibles que aporten a este propósito (artículo 2.2.4.6.17 del Decreto 1072 de 2015).

En segundo lugar se deberán identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos a los que están expuestos los trabajadores, incluyendo los peligros o factores de riesgo psicosocial, para lo cual es necesario articular los lineamientos que al respecto brinda el capítulo II de la Resolución 2646 de 2008 y lo establecido en el artículo 2.2.4.6.15 del Decreto 1072 de 2015.

11. Respecto a los factores psicosociales es necesario tomar en consideración las disposiciones legales y técnicas vigentes alusivas a este tipo de condiciones.

12. En lo que concierne a los peligros psicosociales es preciso tomar en consideración los lineamientos que al respecto brinda la Resolución 2646 de 2008 (Capítulo II. Identificación y evaluación de los factores psicosociales en el trabajo y sus efectos).

Aplicación del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo

En esta fase se gestionan e implementan las medidas de prevención y control a que haya lugar con base en la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos, los cuales deben controlarse preferiblemente en la fuente, en el medio y finalmente en el individuo, teniendo en cuenta el esquema de jerarquización establecido en el artículo 2.2.4.6.24 del Decreto 1072 de 2015. Particularmente para el caso de los factores psicosociales se deben considerar los criterios para la intervención establecidos en el artículo 13 de la Resolución 2646 de 2008.

Así mismo se desarrollan las acciones de vigilancia de la salud de los trabajadores mediante las evaluaciones médicas y los programas de vigilancia epidemiológica, con el propósito de identificar precozmente los efectos derivados de los ambientes de trabajo y evaluar la eficacia de las medidas de prevención y control (párrafo 3 del artículo 2.2.4.6.24 del Decreto 1072 de 2015). La Resolución 2646 de 2008 establece en sus artículos 9 y 16 algunas consideración que deben tenerse en cuenta para evaluar los efectos de los factores psicosociales y para implementar la vigilancia epidemiológica de dichos factores.

Como parte de la aplicación del SG-SST el empleador o contratante debe implementar y mantener un plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias (artículo 2.2.4.6.25 del Decreto 1072 de 2015); en concordancia, el numeral 9 de artículo 13 de la Resolución 2646 de 2008 señala que para la atención de eventos agudos (relacionados con los factores psicosociales) se deben desarrollar programas de intervención en crisis.

De igual manera se deben identifican posibles cambios internos o externos que afecten las condiciones de trabajo o el entorno laboral, con el fin de evaluar el impacto sobre la seguridad y salud de los trabajadores que ameriten el despliegue de acciones preventivas o correctivas, a fin de minimizar los impactos en las personas (artículo 2.2.4.6.26 del Decreto 1072 de 2015).

Es también fundamental considerar que deben adoptarse y mantenerse las disposiciones que garanticen el cumplimiento de las normas de seguridad y salud en el trabajo, incluyendo la atención de los factores psicosociales, en trabajadores independientes, cooperados, trabajadores en misión, contratistas y subcontratistas, a través de adecuados procesos de selección, comunicación abierta sobre los temas en cuestión, verificación del cumplimiento de las obligaciones, entre otras (Decreto 1072 de 2015, artículo 2.2.4.6.28 y Resolución 2646 de 2008, artículo 2).

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

4.5 Acciones y protocolos de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efecto

4.5.1 Estructura general

La *Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora* contiene un primer grupo de acciones y estrategias de intervención sobre los factores psicosociales y un segundo grupo de acciones y estrategias de intervención sobre la salud y la enfermedad.

Las acciones y estrategias que actúan sobre los factores psicosociales distinguen las centradas en la promoción de los factores psicosociales protectores y las de intervención primaria o secundaria de los factores de riesgo psicosocial. De otra parte, las acciones y estrategias de intervención sobre la salud y la enfermedad tienen el enfoque de promoción de la salud, prevención primaria, secundaria y terciaria como tradicionalmente se utiliza en salud.

La estructura general de las acciones y estrategias se presentan en la figura 5. En total son tres grandes grupos de protocolos: el primero es un compendio constituido por 34 acciones generales, algunas orientadas a la promoción de la salud o de los factores psicosociales protectores y otras encaminadas a la intervención de factores de riesgo psicosocial o la prevención de sus efectos más relevantes.

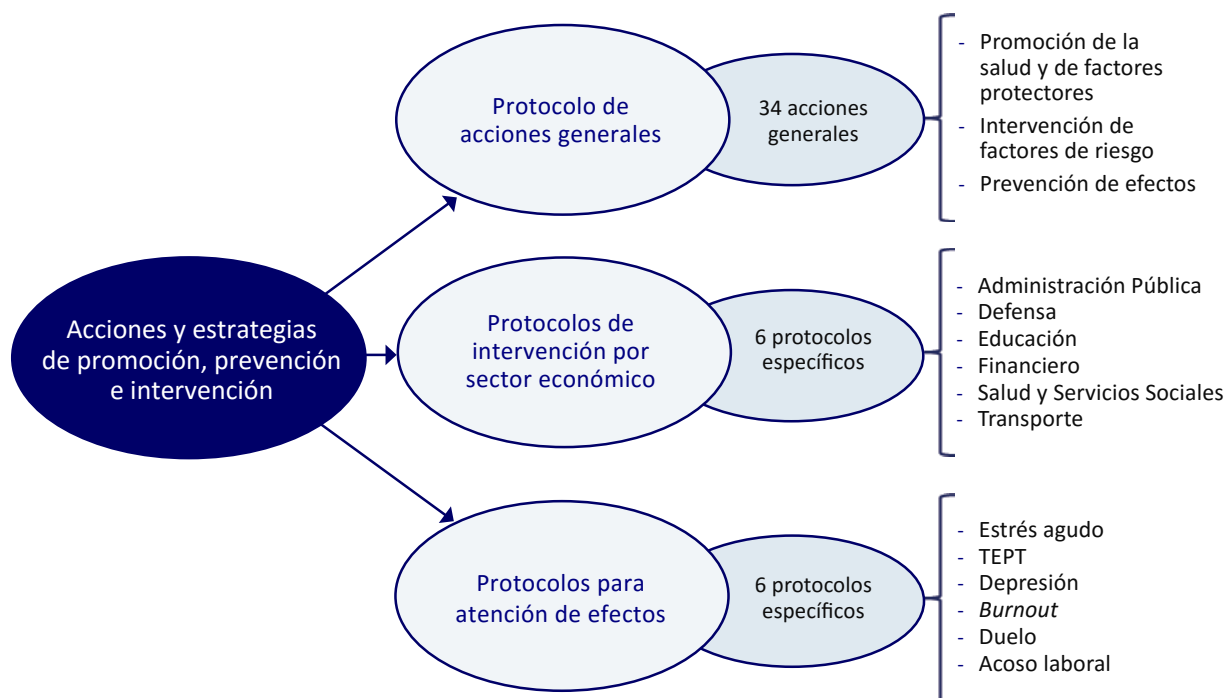
El segundo grupo lo constituyen estrategias de intervención de factores psicosociales para cada uno de los seis (6) sectores económicos seleccionados, dadas las exposiciones psicosociales que se registran tanto en la literatura técnica específica, como en las estadísticas nacionales de casos calificados con alteraciones en la salud causadas por los factores de riesgo psicosocial. Los sectores seleccionados fueron Administración Pública, Defensa, Educación, Financiero, Servicios de Salud Humana y de Asistencia Social y Transporte.

El tercer grupo, conformado por seis (6) protocolos, se estructuró para las cuatro enfermedades más relevantes asociadas a los factores de riesgo psicosocial: estrés agudo, trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y síndrome de burnout, y para dos condiciones críticas por el impacto que causan en las personas, como son las situaciones de duelo y de acoso psicológico en el trabajo.

Las acciones de intervención se diferencian de las estrategias, en cuanto que las segundas están constituidas por varias acciones.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Figura 5. Estructura general de las acciones y estrategias de promoción, prevención e intervención de factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora



De las treinta y cuatro (34) acciones generales pueden seleccionarse la(s) que se requiera(n) en cada organización y grupo según sean las necesidades de intervención. Las seis estrategias de intervención por sector económico y por efecto pueden también utilizarse de forma específica para los fines que fueron construidas, pero también pueden combinarse con la(s) acción(es) que resulten pertinentes a los fines de atender los requerimientos particulares de cada organización.

Con lo anterior, el usuario de los protocolos encontrará en su contenido una amplia variedad de opciones y de combinaciones posibles, que unidas a iniciativas particulares y propias de cada organización, ofrecen soluciones para avanzar hacia la meta de construir entornos de trabajo más saludables y trabajadores también más satisfechos y saludables.

4.5.2 Contenido de las acciones y protocolos

Cada acción que se propone dentro del *Protocolo de acciones de promoción, prevención, e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral* se describe a través de ocho (8) secciones, a saber:

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

- **Nombre de la acción** de promoción, de intervención o de prevención.
- **Objetivo(s) de la acción:** se presenta el resultado que se espera obtener con su aplicación.
- **Tipo de acción:** especifica si se trata de una acción de intervención primaria o secundaria de los factores de riesgo psicosocial, de una acción de prevención primaria, secundaria o terciaria de los efectos, o de una acción de promoción de los factores psicosociales protectores o de la salud.
- **Población objeto de la acción:** precisa el grupo de personas a la que se dirige la acción que se propone.
- **Alcances y limitaciones** de la acción.
- **Actores involucrados** en la implementación.
- **Descripción de la acción:** se presenta con cierto grado de detalle el paso a paso que debe seguir la implementación. La descripción inicia con una figura que ilustra los pasos correspondientes a las fases del ciclo de gestión PHVA (planear, hacer, verificar, actuar), que facilita su comprensión; además se dispone del contenido en un formato que se adecúa a la exigencia del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Seguidamente se amplía la información de cada una de las acciones que se desarrollan en cada fase.
- **Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores:** se explica el mecanismo a través del cual la acción se convierte en un medio para fortalecer una condición psicosocial protectora o una forma de promoción de la salud.

Si bien el contenido con que se presenta cada acción de promoción, de intervención o de prevención es suficiente para facilitar su réplica en el contexto laboral, es importante clarificar que se pueden realizar adaptaciones según las necesidades de cada organización y grupo, siempre que se mantenga el enfoque sistemático del ciclo PHVA.

De otra parte, cada protocolo específico por sector económico está estructurado en nueve secciones que se describen a continuación:

- **Breve caracterización del sector económico y descripción de los factores psicosociales más representativos:** esta información se recopiló mediante consulta documental y entrevistas con representantes de las áreas de seguridad y salud en el trabajo de empresas de cada sector.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

- Marcos de referencia legal y conceptual, a partir de los cuales se construyó la estrategia de intervención.
- Alcance del protocolo.
- Población usuaria.
- Descripción detallada de la estrategia de intervención: presentación general, objetivo, población objeto de la intervención, alcances y limitaciones de la misma. Adicionalmente se presenta un mapa conceptual de la estructura general de la intervención, y se describen cada una de las acciones que constituyen la estrategia, incluido sus respectivos ciclos PHVA.
- Seguimiento de la estrategia de intervención: incluye los criterios para la evaluación.
- En anexo se presenta la tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores.
- Glosario.
- Referencias.

Los protocolos específicos de actuación por efectos están estructurados de forma similar a los de sectores económicos, salvo unas pocas diferencias:

- La caracterización describe la problemática en salud y la relación de factores psicosociales con el efecto, tipos de factores psicosociales causales y tipos de ocupaciones en que suelen ocurrir.
- La descripción detallada de la estrategia de intervención contempla orientaciones para la categorización de la población expuesta a factores de riesgo psicosocial más susceptible de tener el efecto objeto de la estrategia de intervención. De otra parte, las acciones de prevención se describen según si son de tipo primario, secundario o terciario.

4.5.3 Presentación y clasificación de las acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos

Las treinta y cuatro (34) acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos pueden clasificarse según tres criterios diferentes, de acuerdo con su utilidad en la gestión de la salud en el trabajo. Dichos criterios son:

- 1) Tipo de acción: a) promoción de los factores psicosociales; b) intervención de los factores de riesgo psicosocial (primaria o secundaria); c) promoción de la salud; o d) prevención de efectos en la salud (primaria, secundaria o terciaria).

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

- 2) Fases y componentes del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo a las cuales se adscriben.
- 3) Dominios y dimensiones de la *Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial*, condiciones individuales y de salud que impacta cada acción.

4.5.3.1 Clasificación de las acciones de promoción, prevención e intervención de factores de riesgo psicosocial y efectos asociados, según tipo

Las acciones de promoción, prevención e intervención de factores psicosociales y efectos asociados pueden clasificarse según si se trata de actividades dirigidas hacia la promoción de la salud o la prevención de efectos adversos (Tabla 1), o si se trata de actividades enfocadas al fortalecimiento y desarrollo de factores psicosociales protectores o a la intervención y control de los factores de riesgo psicosocial (Tabla 2). Es importante señalar que una acción puede tener más de un alcance por lo que puede encontrarse en una o más categorías.

Tabla 1. Clasificación de las acciones sobre la salud según si se trata de actividades de promoción o prevención

Acciones sobre la salud	
Acciones de promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none">• Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales.• Fomento de estilos de vida saludable.• Manejo eficaz del tiempo.• Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral.• Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés.• Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.
Acciones sobre los efectos en salud	Prevención primaria <ul style="list-style-type: none">• Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales.• Fomento de estilos de vida saludable.• Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Acciones sobre la salud		
Acciones sobre los efectos en salud	Prevención primaria <i>(continuación)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo eficaz del tiempo. • Rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés. • Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. • Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral. • Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés. • Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.
	Prevención secundaria	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de asistencia al trabajador. • Actividades de preparación para la pensión. • Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales. • Fomento de estilos de vida saludable. • Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad. • Manejo eficaz del tiempo. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo. • Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. • Atención en crisis y primeros auxilios psicológicos. • Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés. • Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.
	Prevención terciaria	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales. • Fomento de estilos de vida saludable. • Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad. • Manejo eficaz del tiempo. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo. • Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. • Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés. • Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Tabla 2. Clasificación de las acciones sobre los factores psicosociales según si se trata de actividades de promoción o intervención

Acciones sobre los factores psicosociales	
	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción del apoyo social en la organización. • Aprovechamiento integral de habilidades y destrezas individuales. • Fomento de la calidad de las relaciones familiares. • Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales.
Acciones sobre los factores de riesgo	<p>Intervención primaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión del cambio. • Diseño y fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores. • Gestión del trabajo por turnos. • Inducción y reinducción. • Claridad del rol como pilar del desempeño. • Construcción del ajuste persona – trabajo. • Enriquecimiento de puestos de trabajo. • Fomento de mecanismos formales de comunicación. • Gestión de cargas de trabajo. • Gestión de las pausas en el trabajo. • Optimización de competencias de relación y comunicación. • Participación efectiva en los grupos de trabajo. • Seguimiento y retroalimentación de la gestión. • Conciliación de entornos intra y extralaboral. • Implementación de la modalidad de teletrabajo. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo. • Rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés.
	<p>Intervención secundaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de estrategias de afrontamiento. • Rotación de puestos de trabajo. • Servicio de asistencia al trabajador. • Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares, y cajas de compensación familiar. • Fomento de la calidad de las relaciones familiares. • Actividades de preparación para la pensión. • Atención en crisis y primeros auxilios psicológicos. • Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral. • Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés. • Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.

4.5.3.2 Clasificación de las acciones de promoción, prevención, e intervención de los factores psicosociales y efectos asociados según las fases y componentes de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG – SST) a las cuales se adscriben

La implementación de las acciones de promoción, prevención, e intervención de los factores psicosociales y sus efectos puede contemplarse bajo el enfoque de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en tanto que es posible abordar dicha implementación en las fases consecutivas del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar).

Específicamente, las acciones de promoción, prevención e intervención se sitúan en la fase del hacer y pueden clasificarse en uno de los cuatro componentes de esta fase: a) competencia, formación y toma de conciencia; b) comunicación, participación y consulta; c) estrategias de control; y d) responsabilidades, funciones, autoridad y rendición de cuentas. En la figura 6 se ilustra la implementación de las acciones de promoción, prevención e intervención bajo el modelo del PHVA.

Figura 6. Clasificación de las acciones de promoción, prevención e intervención de factores psicosociales y efectos asociados según fases y componentes de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG – SST) a las cuales se adscriben

Planear

- Asegurar el cumplimiento de las premisas fundamentales para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos.
- Detectar las necesidades de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos

Hacer

<p>Competencia, formación y toma de conciencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción del ajuste persona - trabajo. • Aprovechamiento integral de habilidades y destrezas individuales. • Diseño y fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores.
<p>Comunicación, participación y consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Optimización de competencias de relación y comunicación. • Fomento de mecanismos formales de comunicación. • Inducción y reinducción. • Participación efectiva en los grupos de trabajo. • Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares y cajas de compensación familiar. • Mejoramiento participativo de condiciones psicosociales de trabajo.

Verificar

- En función de los objetivos de las acciones, se definen indicadores de estructura, proceso y resultado, precisando su forma de cálculo, el responsable de obtenerlo y su periodicidad.
- Retroalimentación de los resultados de las acciones a las partes interesadas.

Actuar

- Implementar acciones encaminadas al mejoramiento continuo de las acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos, con el fin de garantizar la continuidad de aquellas que demostraron ser efectivas y modificar las que no lograron los resultados esperados.

4.5.3.3 Clasificación de las acciones de promoción, prevención, e intervención de los factores psicosociales y sus efectos según dominios y dimensiones de la *Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial*, condiciones individuales y de salud que impactan

Una forma adicional de clasificar las acciones de promoción, prevención e intervención es a través de los dominios y dimensiones psicosociales de la *Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial* (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010) que impactan, así como a través de las condiciones individuales y de salud sobre las que tienen efecto. Algunas acciones pueden tener influencia en más de un dominio y dimensión psicosocial así como en más de una condición de salud, por lo que se podrán encontrar clasificadas en más de una de estas categorías. En las figuras 7 a 12 se ilustra la clasificación de las acciones de promoción, prevención e intervención bajo este ordenamiento.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Figura 7. Clasificación de las acciones de promoción e intervención de factores psicosociales según las dimensiones del dominio *Características del liderazgo y relaciones sociales en el trabajo* sobre las que tienen impacto

Dominio características de liderazgo y relaciones sociales en el trabajo

Dimensión psicosocial	Acciones de promoción e intervención
Características del liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del cambio. • Optimización de competencias de relación y comunicación. • Participación efectiva en los grupos de trabajo. • Seguimiento y retroalimentación de la gestión. • Servicio de asistencia al trabajador. • Rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés.
Relaciones sociales en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción y reinducción. • Promoción del apoyo social en la organización. • Claridad de rol como pilar del desempeño. • Optimización de competencias de relación y comunicación. • Participación efectiva en los grupos de trabajo. • Seguimiento y retroalimentación de la gestión. • Servicio de asistencia al trabajador. • Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales.
Retroalimentación del desempeño	<ul style="list-style-type: none"> • Claridad de rol como pilar del desempeño. • Seguimiento y retroalimentación de la gestión.
Relación con los colaboradores	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de mecanismos formales de comunicación. • Optimización de competencias de relación y comunicación. • Participación efectiva en los grupos de trabajo. • Seguimiento y retroalimentación de la gestión. • Servicio de asistencia al trabajador. • Rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Figura 8. Clasificación de las acciones de promoción e intervención de factores psicosociales según las dimensiones del dominio *Control sobre el trabajo* sobre las que tienen impacto

Dominio control sobre el trabajo

Dimensión psicosocial	Acciones de promoción e intervención
Claridad del rol	<ul style="list-style-type: none">• Diseño y fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores.• Inducción y reinducción.• Claridad de rol como pilar del desempeño.• Construcción del ajuste persona - trabajo.• Fomento de mecanismos formales de comunicación.• Servicio de asistencia al trabajador.
Capacitación	<ul style="list-style-type: none">• Diseño y fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores.• Construcción del ajuste persona - trabajo.
Participación y manejo del cambio	<ul style="list-style-type: none">• Gestión del cambio.• Participación efectiva en los grupos de trabajo.
Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos	<ul style="list-style-type: none">• Diseño y fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores.• Aprovechamiento integral de habilidades y destrezas individuales.• Construcción del ajuste persona - trabajo.• Enriquecimiento de puestos de trabajo.• Participación efectiva en los grupos de trabajo.• Rotación de puestos de trabajo.
Control y autonomía sobre el trabajo	<ul style="list-style-type: none">• Gestión de cargas de trabajo.• Implementación de la modalidad de teletrabajo.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Figura 9. Clasificación de las acciones de promoción e intervención de factores psicosociales según las dimensiones del dominio *Demandas del trabajo* sobre las que tienen impacto

Dominio demandas del trabajo

Dimensión psicosocial	Acciones de promoción e intervención
Demandas ambientales y de esfuerzo físico	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de las pausas en el trabajo. • Rotación de puestos de trabajo. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo.
Demandas emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de estrategias de afrontamiento. • Conciliación de entornos intra y extralaboral. • Servicio de asistencia al trabajador. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo.
Demandas cuantitativas	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de cargas de trabajo. • Rotación de puestos de trabajo. • Conciliación de entornos intra y extralaboral. • Servicio de asistencia al trabajador. • Manejo eficaz del tiempo. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo.
Influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del trabajo por turnos. • Conciliación de entornos intra y extralaboral. • Servicio de asistencia al trabajador. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo.
Exigencias de responsabilidad del cargo	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de asistencia al trabajador. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo.
Demandas de carga mental	<ul style="list-style-type: none"> • Enriquecimiento de puestos de trabajo. • Gestión de cargas de trabajo. • Rotación de puestos de trabajo. • Conciliación de entornos intra y extralaboral. • Manejo eficaz del tiempo. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Cont. Dominio demandas el trabajo

Dimensión psicosocial	Acciones de promoción e intervención
Consistencia de rol	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción y reinducción. • Claridad de rol como pilar del desempeño. • Servicio de asistencia al trabajador. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo
Demandas de la jornada de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del trabajo por turnos. • Gestión de las pausas en el trabajo. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo.

Figura 10. Clasificación de las acciones de promoción e intervención de factores psicosociales según las dimensiones del dominio *Recompensas* sobre las que tienen impacto

Dominio recompensas

Dimensión psicosocial	Acciones de promoción e intervención
Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza	<ul style="list-style-type: none"> • Inducción y reinducción. • Aprovechamiento integral de habilidades y destrezas individuales. • Fomento de la calidad de las relaciones familiares.
Reconocimiento y compensación	<ul style="list-style-type: none"> • Construcción del ajuste persona – trabajo. • Seguimiento y retroalimentación de la gestión. • Servicio de asistencia al trabajador. • Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares y cajas de compensación familiar. • Fomento de la calidad de las relaciones familiares. • Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Figura 11. Clasificación de las acciones de promoción e intervención de factores psicosociales según las dimensiones extralaborales sobre las que tienen impacto

Factores psicosociales extralaborales

Dimensión psicosocial	Acciones de promoción e intervención
Uso del tiempo fuera del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Conciliación de entornos intra y extralaboral. • Servicio de asistencia al trabajador. • Implementación de la modalidad de teletrabajo. • Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares y cajas de compensación familiar. • Fomento de la calidad de las relaciones familiares. • Actividades de preparación para la pensión. • Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales.
Relaciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Optimización de competencias de relación y comunicación. • Servicio de asistencia al trabajador. • Fomento de la calidad de las relaciones familiares. • Actividades de preparación para la pensión. • Conciliación de entornos intra y extralaboral.
Comunicación y relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Optimización de competencias de relación y comunicación. • Servicio de asistencia al trabajador.
Situación económica del grupo familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de asistencia al trabajador. • Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares y cajas de compensación familiar. • Actividades de preparación para la pensión.
Características de la vivienda y de su entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares y cajas de compensación familiar.
Influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de asistencia al trabajador. • Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares y cajas de compensación familia.
Desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Conciliación de entornos intra y extralaboral. • Implementación de la modalidad de teletrabajo.

Figura 12. Clasificación de las acciones de intervención de los factores de riesgo psicosocial según efecto en la salud que impacta

Efectos de los factores de riesgo psicosocial

Efectos de los factores de riesgo psicosocial	Acciones de promoción e intervención
Estrés / estrés agudo	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de estilos de vida saludables. • Manejo eficaz del tiempo. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo. • Rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés. • Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés. • Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo. • Atención en crisis y primeros auxilios psicológicos. • Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral.
Síndrome de agotamiento laboral o <i>burnout</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de estilos de vida saludables. • Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad. • Manejo eficaz del tiempo. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo. • Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo. • Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral.
Trastorno de estrés postraumático	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de estilos de vida saludables. • Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad. • Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo. • Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.
Duelo	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de estilos de vida saludables. • Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad. • Atención en crisis y primeros auxilios psicológicos. • Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Cont. Efectos de los factores de riesgo psicosocial

Efectos de los factores de riesgo psicosocial	Acciones de promoción e intervención
Trastornos del sueño	<ul style="list-style-type: none">• Fomento de estilos de vida saludables.• Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad.• Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo.• Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.
Trastornos de ansiedad y otros asociados	<ul style="list-style-type: none">• Fomento de estilos de vida saludables.• Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad.• Manejo eficaz del tiempo.• Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo.• Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés.• Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.
Depresión	<ul style="list-style-type: none">• Fomento de estilos de vida saludables.• Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.
Consumo de sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none">• Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.• Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.

Presentación de las acciones de promoción, prevención, e intervención de los factores psicosociales y sus efectos asociados

A continuación se presenta un resumen de las treinta y cuatro (34) acciones generales de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos. Allí se reseña el objetivo, el tipo de acción del que se trata (promoción, prevención o intervención), la clasificación en uno de los componentes de la fase *hacer* del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, las dimensiones de factores psicosociales y efectos en salud que impacta, y la población objeto de cada acción de intervención.

Estas acciones podrán ser consultadas de forma ampliada en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos* que forma parte de este conjunto de documentos, donde adicional a la información aquí descrita, se incluye la descripción sobre sus alcances y limitaciones, actores involucrados en su implementación, paso a paso de la implementación siguiendo el ciclo PHVA, y su uso como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores o promoción de la salud.

1 GESTIÓN DEL CAMBIO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Facilitar la adaptación al cambio en las organizaciones a través de la implementación de un procedimiento estratégico y táctico que facilite la toma de decisiones gerenciales frente a transformaciones internas y externas que afectan a la organización.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Participación y manejo del cambio.
- Características del liderazgo.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción se encuentra dirigida al personal directivo de las organizaciones (jefe, director, supervisor, subgerente, gerente, vicepresidente, presidente, etc.). La acción genera además beneficios a los colaboradores porque facilita su adaptación al cambio.

2

DISEÑO Y FORTALECIMIENTO DEL PLAN DE FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Propiciar el ajuste entre las exigencias de la tarea y de la organización, con los conocimientos y competencias del personal y ofrecer oportunidades para su desarrollo.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG – SST

Fase: hacer.
Componente: competencia, formación y toma de consciencia.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Capacitación.
- Claridad del rol.
- Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción se encuentra dirigida a todo el personal de una organización.

3

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Modificar la percepción, interpretación y manejo de los problemas en los trabajadores que se exponen a situaciones devastadoras, atención a público emocionalmente afectado y a exigencias de control emocional como parte de la labor, mediante el desarrollo de habilidades de control emocional.

TIPO DE ACCIÓN

La presente acción tiene una estructura de intervención secundaria.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Demandas emocionales.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción se encuentra dirigida a los trabajadores que ejecutan funciones en las que se exponen a situaciones de alto contenido emocional. En general se trata de ocupaciones que tienen contacto directo con público emocionalmente afectado o con la vivencia de situaciones devastadoras (por ejemplo trabajadores de servicios de urgencias, de atención de quejas y reclamos, personas que reciben y atienden casos de violencia o que prestan servicios en cárceles, que atienden víctimas de violencia o de conflicto armado, que laboran en un *contact center*, profesores, socorristas, bomberos, policías, fiscales, psicólogos, trabajadores sociales, madres comunitarias, etc.).

4

GESTIÓN DEL TRABAJO POR TURNOS

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Reducir los efectos de la fatiga en los trabajadores que laboran de noche, a través de la implementación de un sistema de trabajo por turnos adaptado a las condiciones del trabajador.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Demandas de la jornada de trabajo.
- Influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción se encuentra dirigida a todos los trabajadores que laboren por turnos.

5

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Facilitar la adaptación del trabajador a su trabajo y a la organización, mediante la adquisición oportuna de información relacionada con la empresa, el centro de trabajo, el puesto y el entorno social en el que se desempeña la labor.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: comunicación, participación y consulta.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Claridad de rol.
- Relaciones sociales en el trabajo.
- Consistencia de rol.
- Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza.

POBLACIÓN OBJETO

Todo el personal nuevo que ingresa a la empresa, independiente del tipo de cargo, y personal que cambia de puesto de trabajo.

6

PROMOCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN LA ORGANIZACIÓN

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Promover y fortalecer el apoyo social entre los trabajadores de la organización.

TIPO DE ACCIÓN

Promoción de factores psicosociales protectores.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Relaciones sociales en el trabajo.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción se encuentra dirigida a todos los trabajadores de la organización.

7

APROVECHAMIENTO INTEGRAL DE HABILIDADES Y DESTREZAS INDIVIDUALES

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Capitalizar habilidades y destrezas individuales diferentes a las requeridas por las funciones propias del cargo, mediante la participación en actividades diversas pero distintas de las funcionales.

TIPO DE ACCIÓN

Promoción de factores psicosociales protectores.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: competencia, formación y toma de conciencia.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos.
- Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción se encuentra dirigida a todos los trabajadores de los diversos niveles organizacionales.

8

CLARIDAD DEL ROL COMO PILAR DEL DESEMPEÑO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Asegurar que tanto el trabajador que desempeña un cargo, como quienes tienen relación funcional o jerárquica con el mismo, tengan claridad sobre los objetivos, las responsabilidades de cada uno, el alcance, los conductos regulares, los requerimientos de calidad y cumplimiento, los procedimientos, los flujos de información, la actuación en caso de urgencia y las formas y espacios de relacionamiento mutuo, para el ejercicio eficaz de las funciones a cargo.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: responsabilidades, funciones, autoridad y rendición de cuentas.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Claridad del rol.
- Consistencia del rol.
- Retroalimentación del desempeño.
- Relaciones sociales en el trabajo.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción se encuentra dirigida a todo el personal y de manera particular a quienes en la evaluación de factores psicosociales identificaron como factor de riesgo la carencia de claridad del rol.

9

CONSTRUCCIÓN DEL AJUSTE PERSONA - TRABAJO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Favorecer el ajuste entre el trabajador y el perfil del cargo en términos motivacionales, actitudinales y de competencias personales y laborales.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: competencia, formación y toma de conciencia.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos.
- Claridad de rol.
- Capacitación.
- Reconocimiento y compensación.

POBLACIÓN OBJETO

- Todos los trabajadores de la organización.
- Aspirantes al cargo dentro del proceso de selección.

10

ENRIQUECIMIENTO DE PUESTOS DE TRABAJO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Disminuir la exposición a tareas rutinarias, monótonas o con ritmo o control impuesto, a través de la incorporación de actividades que incrementen el sentido de integralidad del proceso, la variedad, el mejoramiento y la utilización de habilidades y destrezas individuales y colectivas.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: responsabilidades, funciones, autoridad y rendición de cuentas.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos
- Demandas de carga mental.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción va dirigida a todo el personal cuyos cargos se encuentran inmersos en procesos automatizados o repetitivos, o con ritmo o control impuesto por el sistema productivo.

11

FOMENTO DE MECANISMOS FORMALES DE COMUNICACIÓN

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Asegurar que las directivas de la organización y los trabajadores de todos los niveles reciban información relevante, oportuna y suficiente acerca de los asuntos de interés tanto generales como particulares para facilitar el desempeño y el logro de la misión y los objetivos de las áreas y los procesos.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: comunicación, participación y consulta.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Relación con los colaboradores (subordinados).
- Claridad del rol.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción va dirigida a todos los trabajadores de la organización.

12

GESTIÓN DE CARGAS DE TRABAJO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Controlar la sobrecarga cuantitativa y mental derivada de ciertas tareas, a través de la distribución de las mismas dentro de los tiempos laborales, incluidas pausas para controlar la fatiga y los errores en el trabajo.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Demandas cuantitativas.
- Demandas de carga mental.
- Control y autonomía sobre el trabajo.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción va dirigida a los trabajadores expuestos a procesos de alta carga cuantitativa y mental.

13

GESTIÓN DE PAUSAS EN EL TRABAJO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Facilitar al trabajador un tiempo de recuperación adecuado dentro de la jornada de trabajo, a través de un esquema de descansos acordes con el esfuerzo que implica la tarea.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Demandas de la jornada de trabajo
- Demandas ambientales y de esfuerzo físico.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción va dirigida a todos los trabajadores de la organización.

14

OPTIMIZACIÓN DE COMPETENCIAS DE RELACIÓN Y COMUNICACIÓN

OBJETIVOS DE LA ACCIÓN

- Optimizar la gestión del liderazgo en los jefes, a partir de la incorporación de comportamientos de relación y comunicación asertivos.
- Desarrollar entre los trabajadores habilidades sociales, mediante la apropiación de comportamientos de relación y comunicación asertivos.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.

Componente: comunicación, participación y consulta, y estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Relaciones sociales en el trabajo.
- Características del liderazgo.
- Relación con los colaboradores (subordinados).
- Relaciones familiares.
- Comunicación y relaciones interpersonales.

POBLACIÓN OBJETO

- Jefes (supervisores, coordinadores, subdirectores, etc.).
- Puede ampliarse a todos los trabajadores de los diversos niveles organizacionales.

15

PARTICIPACIÓN EFECTIVA EN LOS GRUPOS DE TRABAJO

OBJETIVOS DE LA ACCIÓN

- Optimizar las competencias del personal de dirección y trabajadores para valorar e incentivar la participación y el aporte de los trabajadores.
- Desarrollar la competencia de los trabajadores para participar de manera oportuna, adecuada y eficaz en diversos escenarios colectivos, incluidos los relacionados con el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: comunicación, participación y consulta.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Participación y manejo del cambio.
- Características del liderazgo.
- Relaciones sociales en el trabajo.
- Relación con los colaboradores (subordinados).
- Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción va dirigida a todos los trabajadores de la organización.

16

ROTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Disminuir el tiempo de exposición del(los) trabajador(es) a las demandas del trabajo catalogadas como de alto o muy alto riesgo.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención secundaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Oportunidades de desarrollo y uso de habilidades y conocimientos.
- Demandas ambientales y de esfuerzo físico.
- Demandas de carga mental.
- Demandas cuantitativas.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción va dirigida al personal técnico, auxiliar y operativo.

17

SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACIÓN DE LA GESTIÓN

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Incorporar el seguimiento y la retroalimentación de la gestión como prácticas habituales en la relación de las jefaturas con su grupo de trabajo.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: responsabilidades, funciones, autoridad y rendición de cuentas.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Retroalimentación del desempeño.
- Relaciones sociales en el trabajo.
- Relación con los colaboradores (subordinados).
- Características del liderazgo.
- Reconocimiento y compensación.

POBLACIÓN OBJETO

- Dirección / alta dirección (gerente, subgerente, presidente, vicepresidente, director).
- Jefes (supervisores, coordinadores, jefes, subdirector, etc.).

18

CONCILIACIÓN DE ENTORNOS INTRA Y EXTRALABORAL

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Promover el equilibrio y la conciliación entre la vida personal, familiar y laboral y reducir la interferencia del trabajo sobre el entorno extralaboral, a través de dos tipos de prácticas organizacionales: la flexibilización en la distribución temporal del trabajo y el control de la duración de las jornadas.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral.
- Demandas emocionales.
- Demandas cuantitativas.
- Demandas de carga mental.
- Uso del tiempo fuera del trabajo.
- Relaciones familiares.
- Desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción está dirigida a jefes (supervisores, coordinadores, jefes, subdirector, etc.), así como a todos los trabajadores que por las características de sus cargos pueden acceder a formas flexibles de distribución temporal del trabajo.

19

SERVICIO DE ASISTENCIA AL TRABAJADOR

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Facilitar a los trabajadores el manejo de situaciones, laborales o extralaborales, que les causen tensión o distrés, a través actividades de información, orientación, consejería, asistencia psicosocial o asesoría en temas específicos (p.ej. financieros y legales).

TIPO DE ACCIÓN

- Intervención secundaria de factores de riesgo psicosocial.
- Coadyuvante en la prevención secundaria de efectos en la salud

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Relaciones sociales en el trabajo.
- Relación con los colaboradores (subordinados).
- Demandas emocionales.
- Demandas cuantitativas.
- Influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral.
- Exigencias de responsabilidad del cargo.
- Consistencia de rol.
- Relaciones familiares.
- Comunicación y relaciones interpersonales.
- Situación económica del grupo familiar.
- Influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo.
- Características del liderazgo.
- Claridad de rol.
- Reconocimiento y compensación.
- Uso del tiempo fuera del trabajo.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción está dirigida a todos los trabajadores de la organización.

20

IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD DE TELETRABAJO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Reducir o eliminar la necesidad de desplazamiento del trabajador entre el lugar de vivienda y el de trabajo, a través de la implementación de una forma de organización espacial del trabajo que le permita laborar desde su propio hogar o desde cualquier otro lugar en el que se disponga de los medios tecnológicos y de información para realizar cabalmente sus funciones, sin tener que desplazarse a un lugar específico de trabajo.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial, toda vez que se estaría interviniendo directamente sobre el desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda y consecuentemente sobre el factor de riesgo asociado al uso del tiempo fuera del trabajo.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda.
- Control y autonomía sobre el trabajo.
- Uso del tiempo fuera del trabajo.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción está dirigida a todos los trabajadores que por la naturaleza de sus funciones puedan realizar su labor fuera de las instalaciones de la empresa.

21

INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD, PENSIÓN, VIVIENDA, EDUCACIÓN, FINANZAS FAMILIARES, Y CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

OBJETIVOS DE LA ACCIÓN

- Brindar información a los trabajadores en temas relacionados con los beneficios en salud, pensiones, vivienda, educación, recreación y cajas de compensación familiar, que les permita fomentar el uso sano y constructivo de su tiempo libre, atender cambios o problemáticas asociados con su vivienda, educación, situación económica, relaciones familiares y personales.
- Abrir un espacio o un medio a través del cual los trabajadores puedan establecer contacto con las instituciones que brindan servicios de salud, pensión, vivienda, educación, recreación y las cajas de compensación familiar con el fin de conocer y acceder a los beneficios que tales instituciones pueden ofrecer a los trabajadores y sus familias.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención secundaria de factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: comunicación, participación y consulta.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Uso del tiempo fuera del trabajo.
- Situación económica del grupo familiar.
- Características de la vivienda y de su entorno.
- Influencia del entorno extralaboral en el trabajo.
- Reconocimiento y compensación.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción está dirigida a todos los trabajadores de la empresa.

22

FOMENTO DE LA CALIDAD DE LAS RELACIONES FAMILIARES

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Fomentar la calidad de las relaciones familiares de los trabajadores a través de la implementación de espacios participativos, recreativos y formativos, que promuevan la interacción armónica como fuente de apoyo social extralaboral.

TIPO DE ACCIÓN

- Promoción factores psicosociales protectores.
- Intervención secundaria de los factores de riesgo psicosocial.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Relaciones familiares.
- Uso del tiempo fuera del trabajo.
- Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza.
- Reconocimiento y compensación.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción está dirigida a todos los trabajadores y sus familias.

23

ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN PARA LA PENSIÓN

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Fortalecer las habilidades y estrategias de afrontamiento de los trabajadores para asumir y adaptarse a una nueva condición de vida derivada del cambio vital que representa la pensión, a través de información, asesoría, orientación y capacitación dirigida a los pre-pensionados.

TIPO DE ACCIÓN

- Intervención secundaria de factores de riesgo psicosocial.
- Coadyuvante en la prevención secundaria de efectos en la salud.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Uso del tiempo fuera del trabajo.
- Relaciones familiares.
- Situación económica del grupo familiar.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción está dirigida a todos los trabajadores de una empresa que se encuentran en los tres años previos a su pensión.

24

FOMENTO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS, DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y CULTURALES

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Promover la salud y bienestar de los trabajadores a través de diferentes alternativas de esparcimiento, aprendizaje y recreación.

TIPO DE ACCIÓN

- Promoción de la salud.
- Coadyuvante en la prevención primaria, secundaria y terciaria de problemas de salud.
- Promoción de factores psicosociales protectores.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Uso del tiempo fuera del trabajo.
- Relaciones sociales en el trabajo.
- Reconocimiento y compensación.

POBLACIÓN OBJETO

Esta acción está dirigida a todos los trabajadores de una empresa y las familias que deseen participar.

25

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Incrementar la frecuencia de comportamientos saludables en los trabajadores, mediante un conjunto de acciones organizacionales de fomento del autocuidado.

TIPO DE ACCIÓN

La acción de fomento de estilos de vida saludable está diseñada para la promoción de la salud, sin embargo también puede actuar como coadyuvante en la prevención primaria, secundaria y terciaria en salud.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Estrés / estrés agudo.
- Síndrome de agotamiento laboral.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Duelo.
- Trastornos del sueño.
- Trastorno de ansiedad y otros asociados.
- Depresión.

POBLACIÓN OBJETO

Cuando la acción de intervención se desarrolla en el contexto de la promoción de la salud, la población objetivo son los trabajadores asintomáticos de áreas en las que los factores psicosociales fueron valorados en su conjunto por el 60 % o más de las personas como “sin riesgo o riesgo despreciable”, “riesgo bajo” o “riesgo medio”.

La acción de intervención sirve a los propósitos de la prevención primaria (evitar efectos en la salud), para la población de trabajadores asintomáticos de las áreas de trabajo en las que los factores psicosociales fueron valorados en su conjunto por no más del 30 % de las personas en riesgo alto o muy alto.

La acción de intervención se orientará como de prevención secundaria en salud (identificación precoz y tratamiento oportuno de afecciones de salud) para la población de trabajadores con signos y síntomas sugestivos de enfermedades que guardan relación con estrés laboral.

La acción de intervención se orientará como de prevención terciaria en salud (rehabilitación de problemas de salud) para los trabajadores diagnosticados con síndrome de agotamiento laboral (burnout), estrés agudo, estrés postraumático, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad.

26

TÉCNICAS PARA LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA ANTE SITUACIONES DE ANSIEDAD

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Desarrollar habilidades en los trabajadores para modificar las reacciones de ansiedad o miedo ante situaciones que resultan amenazadoras, mediante la práctica de técnicas de desensibilización sistemática.

TIPO DE ACCIÓN

Las técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad están diseñadas como mecanismo de prevención primaria, sin embargo pueden emplearse en el contexto de la prevención secundaria y terciaria en salud, o incluso como acción de promoción de la salud.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Síndrome de agotamiento laboral.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Duelo.
- Trastornos del sueño.
- Trastorno de ansiedad y otros asociados.

POBLACIÓN OBJETO

Como acción de prevención primaria (evitar efectos en la salud), la población objetivo son los trabajadores asintomáticos de áreas de trabajo en las que los factores psicosociales fueron valorados por más del 30 % de las personas en nivel alto o muy alto de riesgo.

En el contexto de la prevención secundaria en salud (identificación precoz y tratamiento oportuno de afecciones de salud), la población objetivo son los trabajadores con signos y síntomas sugestivos de enfermedades que guardan relación con estrés laboral.

La acción de intervención se utiliza como actividad de prevención terciaria en salud (rehabilitación de problemas de salud) con los trabajadores diagnosticados con síndrome de agotamiento laboral (*burnout*), estrés agudo, estrés postraumático, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad.

27

MANEJO EFICAZ DEL TIEMPO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Desarrollar habilidades de planificación y manejo del tiempo en los trabajadores, como mecanismo para lograr mayor eficacia en el trabajo y en las actividades cotidianas.

TIPO DE ACCIÓN

La acción de “manejo eficaz del tiempo” está diseñada para la promoción de la salud, sin embargo también puede actuar como coadyuvante en actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Estrés / estrés agudo.
- Síndrome de agotamiento laboral.
- Trastorno de ansiedad y otros asociados.
- Demandas cuantitativas.
- Demandas de carga mental.

POBLACIÓN OBJETO

El manejo eficaz del tiempo es un mecanismo para la promoción de la salud de los trabajadores asintomáticos de áreas en las que el nivel de riesgo psicosocial fue valorado por lo menos por el 60 % de las personas como “sin riesgo o riesgo despreciable”, “riesgo bajo” o “riesgo medio”.

Prevención primaria (evitar efectos en la salud): trabajadores asintomáticos de áreas de trabajo en las que el nivel de riesgo psicosocial fue valorado por más del 30 % de las personas como alto o muy alto en las dimensiones de carga cuantitativa y carga mental.

Prevención secundaria en salud (identificación precoz y tratamiento oportuno de afecciones de salud): trabajadores con signos y síntomas sugestivos de enfermedades que guardan relación con estrés.

Prevención terciaria en salud (rehabilitación de problemas de salud): trabajadores diagnosticados con síndrome de agotamiento laboral (*burnout*), estrés agudo, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad.

28

MEJORAMIENTO PARTICIPATIVO DE LAS CONDICIONES PSICOSOCIALES DE TRABAJO

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Generar una estrategia participativa para mejorar las condiciones psicosociales de trabajo que tienen el potencial de generar trastornos de salud, incluido el estrés laboral.

TIPO DE ACCIÓN

Intervención primaria de factores de riesgo (acciones que están dirigidas reducir o eliminar el factor de riesgo). También puede actuar como coadyuvante de las actividades de prevención secundaria y terciaria.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control y comunicación, participación y consulta.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Demandas ambientales y de esfuerzo físico.
- Demandas emocionales.
- Demandas cuantitativas.
- Influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral.
- Exigencias de responsabilidad del cargo.
- Demandas de carga mental.
- Consistencia de rol.
- Demandas de la jornada de trabajo.
- Estrés / estrés agudo.
- Síndrome de agotamiento laboral.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastornos del sueño.
- Trastorno de ansiedad y otros asociados.

POBLACIÓN OBJETO

Trabajadores de las áreas en las que el nivel de riesgo psicosocial intralaboral fue valorado por más del 30 % de las personas como alto o muy alto.

Trabajadores de áreas o puestos de trabajo con signos y síntomas sugestivos de enfermedades que guardan relación con estrés laboral.

Trabajadores de áreas o puestos de trabajo con diagnósticos de síndrome de agotamiento laboral (*burnout*), estrés agudo, estrés postraumático, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad.

29

ROL DE LOS JEFES EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL ESTRÉS

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Proporcionar herramientas para que quienes ocupan cargos directivos y de supervisión estén en capacidad de reconocer la importancia de su rol en la prevención del estrés, e identificar oportunamente situaciones sugestivas de estrés en los trabajadores a su cargo.

TIPO DE ACCIÓN

La intervención centrada en el rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés, es un mecanismo de intervención primaria de factores de riesgo (acciones que están dirigidas a reducir o eliminar los factores de riesgo psicosocial). También puede actuar como coadyuvante en la prevención secundaria de efectos en salud.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Estrés / estrés agudo.
- Características de liderazgo.
- Relación con los colaboradores (subordinados).

POBLACIÓN OBJETO

- Directivos.
- Jefes.
- Líderes (formales e informales).

30

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Contribuir en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral, mediante un conjunto de actividades de sensibilización, identificación activa de posibles casos y asistencia profesional a los mismos.

TIPO DE ACCIÓN

La acción de “Prevención del consumo de sustancias psicoactivas” está diseñada para la prevención primaria de la salud; sin embargo también puede actuar como coadyuvante en actividades de prevención secundaria y terciaria de la salud.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

Consumo de sustancia psicoactivas.

POBLACIÓN OBJETO

Como acción de prevención primaria en salud (evitar efectos en la salud), la población objetivo son todos los trabajadores.

Como acción de prevención secundaria en salud (identificación precoz y tratamiento oportuno de afecciones de salud), la población objetivo son los trabajadores con signos y síntomas sugestivos de patologías que guarden relación con estrés laboral y que puedan desarrollar adicción a sustancias psicoactivas.

Como acción de prevención terciaria en salud (rehabilitación de problemas de salud), la población objetivo son los trabajadores con diagnóstico de patologías que guarden relación causal con estrés laboral, incluidos los casos de farmacodependencia.

31

ATENCIÓN EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Mitigar en los trabajadores el impacto emocional derivado de la exposición a una emergencia o evento catastrófico durante el cual se pueden presentar situaciones de crisis.

TIPO DE ACCIÓN

- Prevención secundaria en salud.
- Intervención secundaria de factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Estrés / estrés agudo.
- Duelo.

POBLACIÓN OBJETO

Trabajadores que en razón de su actividad profesional están expuestos o deben atender emergencias o eventos de carácter catastrófico. Trabajadores que hacen parte de las brigadas de emergencia en las empresas. Grupo de compañeros de un trabajador afectado por un accidente de trabajo severo.

32

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LA RESILIENCIA EN EL AMBIENTE LABORAL

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Promover el desarrollo de conductas resilientes en los trabajadores, que les permitan hacer frente a las situaciones adversas y mejorar el desempeño laboral.

TIPO DE ACCIÓN

- Promoción de los factores protectores de la salud.
- Prevención primaria en salud.
- Intervención secundaria de factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Estrés / estrés agudo.
- Síndrome de agotamiento laboral (*burnout*).
- Duelo.

POBLACIÓN OBJETO

Todos los trabajadores se pueden beneficiar de esta acción de promoción de la salud.

Son también objeto de intervención las áreas de trabajo calificadas con niveles bajo, medio, alto y muy alto de riesgo psicosocial, pues actúa como acción coadyuvante en la prevención y rehabilitación.

33

ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS

OBJETIVO DE LA ACCIÓN

Desarrollar y fortalecer los recursos que los trabajadores tienen para manejar la ansiedad y el estrés y de esta forma reducir los efectos negativos sobre la salud.

TIPO DE ACCIÓN

- Promoción de la salud.
- Prevención primaria en salud.
- Prevención secundaria en salud.
- Prevención terciaria en salud.
- Intervención secundaria de factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Estrés / estrés agudo.
- Trastorno de ansiedad y otros asociados.

POBLACIÓN OBJETO

Cuando la acción de intervención se centra en la promoción de la salud, la población objetivo son todos los trabajadores.

De otra parte, cuando actúa como acción de prevención primaria en salud, la población objetivo son las áreas de trabajo en las que el nivel de riesgo psicosocial fue valorado por lo menos por el 60 % de las personas como “sin riesgo o riesgo despreciable”, “riesgo bajo” o “riesgo medio”.

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés se convierte en una acción de prevención secundaria en salud para las áreas o puestos de trabajo con casos de enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, dermatológicas, neurológicas, musculares o inmunológicas, entre otras, de las que se sospeche una relación causal con estrés laboral.

Finalmente, la acción de intervención cumple los fines de prevención terciaria en salud y coadyuvante del manejo especializado para los trabajadores que teniendo diagnóstico de trastorno mental, están en proceso de rehabilitación.

34

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL TRABAJO

OBJETIVOS DE LA ACCIÓN

- Incluir el componente de salud mental en las acciones de promoción de la salud que se desarrollan en la organización.
- Desarrollar actividades para prevenir la aparición de trastornos mentales en los trabajadores.
- Desarrollar actividades que coadyuven a la identificación precoz y tratamiento oportuno de los trastornos mentales en los trabajadores.
- Desarrollar actividades de rehabilitación de los trabajadores con trastornos mentales.

TIPO DE ACCIÓN

- Promoción de los factores protectores de la salud mental.
- Prevención primaria en salud mental.
- Prevención secundaria en salud mental.
- Prevención terciaria en salud mental.
- Intervención secundaria de factores de riesgo.

CLASIFICACIÓN EN EL CICLO PHVA DEL SG-SST

Fase: hacer.
Componente: estrategia de control.

DIMENSIONES PSICOSOCIALES O EFECTOS QUE IMPACTA

- Estrés / estrés agudo.
- Síndrome de agotamiento laboral.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos de ansiedad y otros asociados.
- Depresión.
- Consumo de sustancias psicoactivas.

POBLACIÓN OBJETO

Cuando la acción de intervención se centra en la promoción de la salud, la población objetivo son todos los trabajadores.

De otra parte, cuando actúa como acción de prevención primaria en salud, la población objetivo son las áreas de trabajo en las que el nivel de riesgo psicosocial fue valorado por lo menos por el 60 % de las personas como "sin riesgo o riesgo despreciable", "riesgo bajo" o "riesgo medio".

Las actividades de prevención del trastorno mental en el trabajo se convierten en una acción de prevención secundaria en salud para las áreas o puestos de trabajo con casos de enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, dermatológicas, neurológicas, musculares o inmunológicas, entre otras, de las que se sospeche una relación causal con estrés laboral.

Finalmente, la acción de intervención cumple los fines de prevención terciaria en salud y coadyuvante del manejo especializado para los trabajadores que teniendo diagnóstico de trastorno mental están en proceso de rehabilitación.

4.6 Seguimiento, medición y mejora continua de la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos

La intervención de los factores psicosociales y sus efectos requiere seguimiento y evaluación para establecer si efectivamente logra los resultados esperados y si es necesario tomar acciones oportunas para la mejora. En concordancia con el Decreto 1072 de 2015 (artículos 2.2.4.6.19 al 2.2.4.6.22), se deben definir indicadores cualitativos o cuantitativos. Estos indicadores deben facilitar la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Cuando se definen los indicadores para evaluar las intervenciones sobre factores psicosociales y sus efectos, deben considerarse los beneficios y utilidad de la información que se obtiene. Así mismo, los indicadores deben estar claramente definidos; adicionalmente debe tenerse establecida la forma como se recogerá la información y los criterios de análisis.

A continuación se presentan algunos aspectos a considerar para establecer los indicadores de evaluación de la intervención psicosocial, sin embargo, se aclara que no es necesario utilizarlos todos; lo más pertinente es seleccionar aquellos que den mayores aportes a la gestión o formular nuevos según las condiciones particulares de la organización.

Indicadores de estructura

Los indicadores que evalúan la estructura para la intervención psicosocial podrán considerar los siguientes aspectos:

- Políticas para la atención de los factores psicosociales y sus efectos.
- Planes y cronogramas de la intervención.
- Asignación de responsabilidades de los distintos niveles de la organización relacionadas con la atención de los factores psicosociales y sus efectos.
- Recursos humanos, técnicos, físicos y financieros necesarios para la intervención de los factores psicosociales y sus efectos.
- Método para identificar y evaluar los factores psicosociales.
- Documentos que soportan la intervención de los factores psicosociales y la vigilancia epidemiológica de los mismos cuando es necesario.
- Plan para atención de situaciones agudas y de crisis.

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

- Funcionalidad del sistema de vigilancia epidemiológica de factores psicosociales, en los casos en que tal sistema deba implementarse.

Indicadores de proceso

Los indicadores que evalúan el proceso de intervención psicosocial podrán considerar los siguientes aspectos:

- Cumplimiento del plan y el cronograma de intervención.
- Cobertura de la intervención de los factores de riesgo y los efectos calificados como prioritarios.
- Aprovechamiento de los recursos disponibles para la intervención.

Indicadores de resultado

Los indicadores que evalúan el resultado de la intervención psicosocial podrán considerar los siguientes aspectos:

- Disminución de la proporción de personas expuestas a ciertos factores de riesgo.
- Disminución de la proporción de personas expuestas a ciertos niveles de riesgo (por ejemplo alto y muy alto).
- Disminución de los tiempos de exposición a determinados factores de riesgo psicosocial.
- Disminución de la frecuencia de presentación de determinados factores de riesgo psicosocial.
- Disminución de la incidencia de casos con efectos adversos derivados de los factores de riesgo psicosocial.
- Aumento en la proporción de casos de personas reincorporadas al trabajo luego de la intervención de los efectos de los factores de riesgo psicosocial.
- Satisfacción de los usuarios con las intervenciones.

Mecanismos para hacer seguimiento a la gestión de la intervención psicosocial

Auditorías

Los sistemas de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo se deben auditar anualmente conforme lo señala el Decreto 1072 de 2015 (artículos 2.2.4.6.29 al 2.2.4.6.30), ejercicio en el que se incluirá la verificación de la intervención de los

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

factores de riesgo psicosocial, considerando el grado de avance y mejora respecto de seguimientos previos. Los resultados de la auditoría deben ser comunicados a los responsables de adelantar las medidas preventivas, correctivas o de mejora en relación con los factores psicosociales.

Revisión por la alta dirección

De otra parte, la alta dirección debe adelantar anualmente una revisión del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo según lo señala el Decreto 1072 de 2015 (artículo 2.2.4.6.31), de conformidad con las modificaciones en los procesos, resultados de las auditorías y demás mecanismos que permitan recopilar información sobre su funcionamiento. En dicha revisión se deben considerar los resultados de la evaluación de factores psicosociales, las estadísticas de los efectos de dichos factores sobre la salud y el trabajo, los avances y resultados de los planes o acciones de intervención implementados y los demás criterios establecidos en el artículo 2.2.4.6.31 del Decreto 1072 de 2015.

Los resultados de la revisión del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, incluida la intervención psicosocial, deben estar documentados y ser divulgados al comité paritario o vigía de seguridad y salud en el trabajo, y al responsable del SG-SST quien deberá definir e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora a que hubiere lugar.

Investigación de accidentes, incidentes y enfermedades laborales

Como lo señala el artículo 2.2.4.6.32 del Decreto 1072 de 2015, la investigación de las causas de los incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales, incluidas las relacionadas con factores psicosociales, deben adelantarse acorde con lo establecido en el Decreto 1530 de 1996 -hoy compilado en el Decreto 1072 de 2015 y en la Resolución 1401 de 2007-, y por las disposiciones que los modifiquen, adicionen o sustituyan.

Mejora continua de la intervención psicosocial

Como parte de la mejora del SG-SST el empleador debe garantizar que se definan e implementen las acciones preventivas, correctivas y de mejora necesarias, con base en los resultados de la supervisión, seguimiento a la intervención psicosocial, las auditorías, la revisión por la alta dirección, la investigación de los accidentes y las enfermedades relacionadas con los factores de riesgo psicosocial, entre otros criterios, conforme lo señala el Decreto 1072 de 2015 (artículos 2.2.4.6.33 y 2.2.4.6.34).

4. PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

Para que las acciones de mejora repercutan eficazmente en la gestión de la intervención psicosocial, deben identificarse y analizarse las causas fundamentales de las no conformidades, las cuales deben estar documentadas, ser difundidas, tener responsables y fechas de cumplimiento, según lo establece el artículo 2.2.4.6.33 del Decreto 1072 de 2015 y las demás disposiciones que regulan el abordaje de los factores psicosociales y el Sistema de Riesgos Laborales

Así mismo las acciones correctivas, preventivas y de mejora enfocadas a la intervención psicosocial deberán contar con evaluación de impacto.

De otra parte, la mejora continua también se retroalimenta del análisis de los indicadores de resultado de la intervención, los resultados de la auditoría y revisión del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, y la investigación de los incidentes, accidentes y enfermedades laborales relacionadas con factores de riesgo psicosocial.

Finalmente, es importante tener en cuenta que los resultados de actuaciones administrativas desarrolladas por el Ministerio del Trabajo, las recomendaciones de las ARL, las del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo o vigía de seguridad y salud en el trabajo, también retroalimentan la evaluación de la intervención psicosocial y por tanto son de utilidad para establecer acciones correctivas, preventivas o de mejora.

5. GLOSARIO GENERAL

Acción correctiva: acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación no deseable (Decreto 1072 de 2015).

Acción de mejora: acción de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), para lograr mejoras en el desempeño de la organización en la seguridad y la salud en el trabajo de forma coherente con su política (Decreto 1072 de 2015).

Acción preventiva: acción para eliminar o mitigar la(s) causa(s) de una no conformidad potencial u otra situación potencial no deseable (Decreto 1072 de 2015).

Acoso laboral: toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado / trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo (Ley 1010 de 2006).

Actividad no rutinaria: actividad que no forma parte de la operación normal de la organización o actividad que la organización ha determinado como no rutinaria por su baja frecuencia de ejecución (Decreto 1072 de 2015).

Actividad rutinaria: actividad que forma parte de la operación normal de la organización, se ha planificado y es estandarizable (Decreto 1072 de 2015).

5. GLOSARIO

Actividades, procesos, operaciones o labores de alto riesgo: aquellas que impliquen una probabilidad elevada de ser la causa directa de un daño a la salud del trabajador con ocasión o como consecuencia del trabajo que realiza. La relación de actividades calificadas como de alto riesgo será establecida por la legislación nacional de cada País Miembro (Decisión 584 de 2004, CAN).

Alta dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa (Decreto 1072 de 2015).

Amenaza: peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales (Decreto 1072 de 2015).

Autorreporte de condiciones de trabajo y salud: proceso mediante el cual el trabajador o contratista reporta por escrito al empleador o contratante las condiciones adversas de seguridad y salud que identifica en su lugar de trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Capacitación: adquisición sistemática de actitudes, conceptos, conocimientos, roles o habilidades con los que se obtiene una mejoría del desempeño del trabajo (Carnevale y Goldstein, 1991). La capacitación está dirigida a elevar los niveles de competencia de las personas para el desempeño de las labores relacionadas con el proceso de producción de determinados bienes o servicios, para la gestión de ese mismo proceso, y para las tareas que implica su propio bienestar y desarrollo. Las técnicas de capacitación no solamente incluyen las tradicionales de tipo presencial como cursos, talleres, seminarios, etc., sino también las que han sido desarrolladas más recientemente, como las técnicas derivadas a partir de la educación a distancia (Cinterfor / OIT, 1996).

Centro de trabajo: toda edificación o área a cielo abierto destinada a una actividad económica en una empresa determinada (Decreto 1072 de 2015).

Ciclo PHVA: procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos (Decreto 1072 de 2015): (i) Planificar: Se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas. (ii) Hacer: Implementación de las medidas planificadas. (iii) Verificar: Revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados. (iv) Actuar: Realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores (Decreto 1072 de 2015).

Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST): es un órgano bipartito y paritario constituido por representantes del empleador y de los trabajadores, con las facultades y obligaciones previstas por la legislación y la práctica

nacionales, destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos (Decisión 584 de 2004, CAN).

Competencia: combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoin y Vargas, 2002).

Condiciones de salud: conjunto de variables objetivas y de autorreporte de condiciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales que determinan el perfil socio-demográfico y de morbilidad de la población trabajadora (Decreto 1072 de 2015).

Condiciones de trabajo: aspectos intralaborales, extralaborales e individuales que están presentes al realizar una labor encaminada a la producción de bienes, servicios y/o conocimientos (Resolución 2646 de 2008).

Condiciones extralaborales: aspectos del entorno familiar, social y económico del trabajador. A su vez, abarcan las condiciones del lugar de vivienda, que pueden influir en la salud y bienestar del individuo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Condiciones intralaborales: características del trabajo y de su organización que influyen en la salud y bienestar del individuo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Condiciones y medio ambiente de trabajo: aquellos elementos, agentes o factores que tienen influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, quedan específicamente incluidos en esta definición, entre otros: a) Las características generales de los locales, instalaciones, máquinas, equipos, herramientas, materias primas, productos y demás útiles existentes en el lugar de trabajo; b) Los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia; c) Los procedimientos para la utilización de los agentes citados en el apartado anterior, que influyan en la generación de riesgos para los trabajadores y; d) La organización y ordenamiento de las labores, incluidos los factores ergonómicos o biomecánicos y psicosociales (Decreto 1072 de 2015).

Control sobre el trabajo (dominio de): posibilidad que el trabajo ofrece al individuo para influir y tomar decisiones sobre los diversos aspectos que intervienen en su realización. La iniciativa y autonomía, el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, la participación y manejo del cambio, la claridad de rol y la capacitación son aspectos que le dan al individuo la posibilidad de influir sobre su trabajo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Demandas del trabajo (dominio de): se refieren a las exigencias que el trabajo impone al individuo. Pueden ser de diversa naturaleza, como cuantitativas, cognitivas o mentales, emocionales, de responsabilidad, del ambiente físico laboral y de

5. GLOSARIO

la jornada de trabajo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Descripción sociodemográfica: perfil sociodemográfico de la población trabajadora, que incluye la descripción de las características sociales y demográficas de un grupo de trabajadores, tales como: grado de escolaridad, ingresos, lugar de residencia, composición familiar, estrato socioeconómico, estado civil, raza, ocupación, área de trabajo, edad, sexo y turno de trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Desensibilización sistemática: Técnica terapéutica de tipo cognitivo – conductual basada en la inhibición recíproca entre la ansiedad y una respuesta contrapuesta, en este caso la relajación (Saz, 2006).

Dimensión: agrupación de condiciones psicosociales que constituyen un sólo factor. El modelo conceptual de la *Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial* contempla 19 dimensiones de factores intralaborales y 7 dimensiones de factores extralaborales (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de capacitación: actividades de inducción, entrenamiento y formación que la organización brinda al trabajador con el fin de desarrollar y fortalecer sus conocimientos y habilidades (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de características del liderazgo: atributos de la gestión de los jefes inmediatos en relación con la planificación y asignación del trabajo, consecución de resultados, resolución de conflictos, participación, motivación, apoyo, interacción y comunicación con sus colaboradores (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de características de la vivienda y de su entorno: condiciones de infraestructura, ubicación y entorno de las instalaciones físicas del lugar habitual de residencia del trabajador y de su grupo familiar (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de claridad de rol: es la definición y comunicación del papel que se espera que el trabajador desempeñe en la organización, específicamente en torno a los objetivos del trabajo, las funciones y resultados, el margen de autonomía y el impacto del ejercicio del cargo en la empresa (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de comunicación y relaciones interpersonales: cualidades que caracterizan la comunicación e interacciones del individuo con sus allegados y amigos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de consistencia de rol: se refiere a la compatibilidad o consistencia entre las diversas exigencias relacionadas con los principios de eficiencia, calidad

técnica y ética, propios del servicio o producto, que tiene un trabajador en el desempeño de su cargo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de control y autonomía sobre el trabajo: se refiere al margen de decisión que tiene un individuo sobre aspectos como el orden de las actividades, la cantidad, el ritmo, la forma de trabajar, las pausas durante la jornada y los tiempos de descanso (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas ambientales y de esfuerzo físico: condiciones del lugar de trabajo y de la carga física que involucran las actividades que se desarrollan, que bajo ciertas circunstancias exigen del individuo un esfuerzo de adaptación. Las demandas de esta dimensión son condiciones de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, ventilación), químico, biológico (virus, bacterias, hongos o animales), de diseño del puesto de trabajo, de saneamiento (orden y aseo), de carga física y de seguridad industrial (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas cuantitativas: son las exigencias relativas a la cantidad de trabajo que se debe ejecutar, en relación con el tiempo disponible para hacerlo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de carga mental: las exigencias de carga mental se refieren a las demandas de procesamiento cognitivo que implica la tarea y que involucran procesos mentales superiores de atención, memoria y análisis de información para generar una respuesta. La carga mental está determinada por las características de la información (cantidad, complejidad y detalle) y los tiempos de que se dispone para procesarla (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de la jornada de trabajo: las demandas de la jornada de trabajo son las exigencias del tiempo laboral que se hacen al individuo en términos de la duración y el horario de la jornada, así como de los periodos destinados a pausas y descansos periódicos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas emocionales: situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador. La exposición a las exigencias emocionales demandan del trabajador habilidad para: a) entender las situaciones y sentimientos de otras personas y b) ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios con el fin de no afectar el desempeño de la labor (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda: son las condiciones en que se realiza el traslado del trabajador desde su sitio de vivienda hasta su

5. GLOSARIO

lugar de trabajo y viceversa. Comprende la facilidad, la comodidad del transporte y la duración del recorrido (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de exigencias de responsabilidad del cargo: las exigencias de responsabilidad directa en el trabajo hacen alusión al conjunto de obligaciones implícitas en el desempeño de un cargo, cuyos resultados no pueden ser transferidos a otras personas. En particular, esta dimensión considera la responsabilidad por resultados, dirección, bienes, información confidencial, salud y seguridad de otros, que tienen un impacto importante en el área (sección), en la empresa o en las personas. Adicionalmente, los resultados frente a tales responsabilidades están determinados por diversos factores y circunstancias, algunas bajo el control y otras fuera del control del trabajador (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del entorno extralaboral en el trabajo: corresponde al influjo de las exigencias de los roles familiares y personales en el bienestar y en la actividad laboral del trabajador (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral: condición que se presenta cuando las exigencias de tiempo y esfuerzo que se hacen a un individuo en su trabajo, impactan su vida extralaboral (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos: se refiere a la posibilidad que el trabajo le brinda al individuo de aplicar, aprender y desarrollar sus habilidades y conocimientos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de participación y manejo del cambio: se entiende como el conjunto de mecanismos organizacionales orientados a incrementar la capacidad de adaptación de los trabajadores a las diferentes transformaciones que se presentan en el contexto laboral. Entre estos dispositivos organizacionales se encuentran la información (clara, suficiente y oportuna) y la participación de los empleados (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza: se refieren al sentimiento de orgullo y a la percepción de estabilidad laboral que experimenta un individuo por estar vinculado a una organización, así como el sentimiento de autorrealización que experimenta por efectuar su trabajo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de reconocimiento y compensación: es el conjunto de retribuciones que la organización le otorga al trabajador en contraprestación al esfuerzo realizado

en el trabajo. Estas retribuciones corresponden a reconocimiento, remuneración económica, acceso a los servicios de bienestar y posibilidades de desarrollo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de relación con los colaboradores (subordinados): trata de los atributos de la gestión de los subordinados en relación con la ejecución del trabajo, consecución de resultados, resolución de conflictos y participación. Además, se consideran las características de interacción y formas de comunicación con la jefatura (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de relaciones familiares: propiedades que caracterizan las interacciones del individuo con su núcleo familiar (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de relaciones sociales en el trabajo: son las interacciones que se establecen con otras personas en el trabajo, particularmente en lo referente a:

- La posibilidad de establecer contacto con otros individuos en el ejercicio de la actividad laboral.
- Las características y calidad de las interacciones entre compañeros.
- El apoyo social que se recibe de compañeros.
- El trabajo en equipo (entendido como el emprender y realizar acciones que implican colaboración para lograr un objetivo común).
- La cohesión (entendida como la fuerza que atrae y vincula a los miembros de un grupo, cuyo fin es la integración) (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de retroalimentación del desempeño: describe la información que un trabajador recibe sobre la forma como realiza su trabajo. Esta información le permite identificar sus fortalezas y debilidades y tomar acciones para mantener o mejorar su desempeño (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de situación económica del grupo familiar: trata de la disponibilidad de medios económicos para que el trabajador y su grupo familiar atiendan sus gastos básicos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de tiempo fuera del trabajo: se refiere al tiempo que el individuo dedica a actividades diferentes a las laborales, como descansar, compartir con familia y amigos, atender responsabilidades personales o domésticas, realizar actividades de recreación y ocio (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dominio: conjunto de dimensiones que conforman un grupo de factores psicosociales. El modelo conceptual de la *Batería de Instrumentos para la Evaluación de*

5. GLOSARIO

Factores de Riesgo Psicosocial reconoce cuatro dominios de factores psicosociales intralaborales: demandas de trabajo, control sobre el trabajo, liderazgo y relaciones sociales en el trabajo y recompensa (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Efectividad: logro de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo con la máxima eficacia y la máxima eficiencia (Decreto 1072 de 2015).

Efectos en la salud (de los factores de riesgo psicosocial): alteraciones que pueden manifestarse mediante síntomas subjetivos o signos, ya sea en forma aislada o formando parte de un cuadro o diagnóstico clínico (Resolución 2646 de 2008).

Efectos en el trabajo (de los factores de riesgo psicosocial): consecuencias en el medio laboral y en los resultados del trabajo. Estas incluyen el ausentismo, la accidentalidad, la rotación de mano de obra, la desmotivación, el deterioro del rendimiento, el clima laboral negativo, entre otros (Resolución 2646 de 2008).

Eficacia: es la capacidad de alcanzar el efecto que se espera o se desea tras la realización de una acción (Decreto 1072 de 2015).

Eficiencia: relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados (Decreto 1072 de 2015).

Emergencia: es aquella situación de peligro o desastre o la inminencia del mismo, que afecta el funcionamiento normal de la empresa. Requiere de una reacción inmediata y coordinada de los trabajadores, brigadas de emergencias y primeros auxilios y en algunos casos de otros grupos de apoyo dependiendo de su magnitud (Decreto 1072 de 2015).

Entrenamiento: optimización sistemática de la competencia de acción (específica de unas exigencias) que posee una persona o un grupo (Nitsch *et al.*, 2002).

Estrés: respuesta de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, en su intento de adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales (Resolución 2646 de 2008).

Evaluación del riesgo: proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad de que dicho riesgo se concrete y al nivel de severidad de las consecuencias de esa concreción (Decreto 1072 de 2015).

Evento catastrófico: acontecimiento imprevisto y no deseado que altera significativamente el funcionamiento normal de la empresa, implica daños masivos al personal que labora en instalaciones, parálisis total de las actividades de la empresa o una parte de ella y que afecta a la cadena productiva, o genera destrucción parcial o total de una instalación (Decreto 1072 de 2015).

Factores psicosociales protectores o benéficos: condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador (Resolución 2646 de 2008).

Factores de riesgo psicosocial: condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo (Resolución 2646 de 2008).

Formación: conjunto de acciones orientadas a generar cambios en la actuación laboral de los empleados, la definición implica que los trabajadores dominen los cometidos, competencias y tareas que afrontan en el lugar de trabajo en el sentido de que formarse es una apuesta a completarse a sí mismo en el lugar de trabajo (Avallone, 1989, citado por Llorens, s.f.).

Identificación del peligro: proceso para establecer si existe un peligro y definir las características de este (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de estructura: medidas verificables de la disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender las demandas y necesidades en seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de proceso: medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del SG-SST (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación hecha y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión (Decreto 1072 de 2015).

Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo (dominio de): el liderazgo alude a un tipo particular de relación social que se establece entre los superiores jerárquicos y sus colaboradores y cuyas características influyen en la forma de trabajar y en el ambiente de relaciones de un área. El concepto de relaciones sociales en el trabajo indica la interacción que se establece con otras personas en el contexto laboral y abarca aspectos como la posibilidad de contacto, las características de las interacciones, los aspectos funcionales de las interacciones como la retroalimentación del desempeño, el trabajo en equipo y el apoyo social, y los aspectos emocionales, como la cohesión (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Lugar de trabajo: todo sitio o área donde los trabajadores permanecen y desarrollan su trabajo o a donde tienen que acudir por razón del mismo (Decisión 584 de 2004, CAN).

Matriz legal: es la compilación de los requisitos normativos exigibles a la empresa acorde con las actividades propias e inherentes de su actividad productiva, los cuales dan los lineamientos normativos y técnicos para desarrollar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), el cual deberá actualizarse en la medida que sean emitidas nuevas disposiciones aplicables (Decreto 1072 de 2015).

Medidas de prevención: las acciones que se adoptan con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo, dirigidas a proteger la salud de los

5. GLOSARIO

trabajadores contra aquellas condiciones de trabajo que generan daños que sean consecuencia, guarden relación o sobrevengan durante el cumplimiento de sus labores, medidas cuya implementación constituye una obligación y deber de parte de los empleadores (Decisión 584 de 2004, CAN).

Mejora continua: proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, para lograr mejoras en el desempeño en este campo, de forma coherente con la política de seguridad y salud en el trabajo de la organización (Decreto 1072 de 2015).

No conformidad: no cumplimiento de un requisito. Puede ser una desviación de estándares, prácticas, procedimientos de trabajo, requisitos normativos aplicables, entre otros (Decreto 1072 de 2015).

Peligro: fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones (Decreto 1072 de 2015).

Población objeto o diana: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales, a quien(es) se dirige la acción propuesta con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

Política de seguridad y salud en el trabajo: es el compromiso de la alta dirección de una organización con la seguridad y la salud en el trabajo, expresadas formalmente, que define su alcance y compromete a toda la organización (Decreto 1072 de 2015).

Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o trastorno de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad (OMS, 1998).

Prevención secundaria: medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o trastorno de salud, ya presente en un individuo mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Tiene por objetivos atender, limitar o controlar la enfermedad, es decir reducir la prevalencia de la enfermedad (OMS, 1998).

Prevención terciaria: medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de secuelas de una enfermedad o trastorno de salud. Tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de la persona enferma, refuncionalizar y revitalizar (OMS, 1998).

Procesos, actividades, operaciones, equipos o productos peligrosos: aquellos elementos, factores o agentes físicos, químicos, biológicos, ergonómicos o mecánicos, que están presentes en el proceso de trabajo, según las definiciones y parámetros que establezca la legislación nacional, que originen riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores que los desarrollen o utilicen (Decisión 584 de 2004, CAN).

Promoción de la salud: actividades que tienen por objeto promover actitudes, conductas y comportamientos para que las personas orienten su forma de vida hacia un estado óptimo de salud (OMS, 1998).

Psicoterapia: de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la psicoterapia comprende intervenciones planificadas y estructuradas que tienen el objetivo de influir sobre el comportamiento, el humor y patrones emocionales de reacción a diversos estímulos, a través de medios psicológicos, verbales y no verbales. La psicoterapia no incluye el uso de ningún medio bioquímico o biológico. Es realizada por psicólogo clínico o médico especialista competente; puede ser de carácter individual, de pareja, familiar o grupal, según criterio del profesional tratante (Resolución 5521 de 2013).

Recompensas (dominio de): este término trata de la retribución que el trabajador obtiene a cambio de sus contribuciones o esfuerzos laborales. Este dominio comprende diversos tipos de retribución: la financiera (compensación económica por el trabajo), de estima (compensación psicológica, que comprende el reconocimiento del grupo social y el trato justo en el trabajo) y de posibilidades de promoción y seguridad en el trabajo. Otras formas de retribución que se consideran en este dominio comprenden las posibilidades de educación, la satisfacción y la identificación con el trabajo y con la organización (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Registro: documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de las actividades desempeñadas (Decreto 1072 de 2015).

Rehabilitación: conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario 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, su entorno, que le permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida (Ministerio la Protección Social, 2010).

Rendición de cuentas: mecanismo por medio del cual las personas e instituciones informan sobre su desempeño (Decreto 1072 de 2015).

Requisito normativo: requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por una norma vigente y que aplica a las actividades de la organización (Decreto 1072 de 2015).

Resiliencia: capacidad de los seres vivos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas como la muerte de un ser querido, accidentes, etc. (Adaptado de American Psychological Association, s.f.).

Revisión proactiva: es el compromiso del empleador o contratante que implica la iniciativa y capacidad de anticipación para el desarrollo de acciones preventivas y correctivas, así como la toma de decisiones para generar mejoras en el SG-SST (Decreto 1072 de 2015).

5. GLOSARIO

Revisión reactiva: acciones para el seguimiento de enfermedades laborales, incidentes, accidentes de trabajo y ausentismo laboral por enfermedad (Decreto 1072 de 2015).

Riesgo: combinación de la probabilidad de que ocurra una o más exposiciones o eventos peligrosos y la severidad del daño que puede ser causada por estos (Decreto 1072 de 2015).

Riesgo laboral: probabilidad de que la exposición a un factor ambiental peligroso en el trabajo cause enfermedad o lesión (Decisión 584 de 2004, CAN).

Salud: es un derecho fundamental que significa no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también de los elementos y factores que afectan negativamente el estado físico o mental del trabajador y están directamente relacionados con los componentes del ambiente del trabajo (Decisión 584 de 2004, CAN).

Sensibilización: proceso de comunicación e interacción que da poder de participación a las personas y que puede sentar las bases de relaciones y asociaciones a largo plazo que permitan una toma de decisiones en base a un nivel mayor de información (Tesaurus *online* OIT).

Servicio de salud en el trabajo: conjunto de dependencias de una empresa que tiene funciones esencialmente preventivas y que está encargado de asesorar al empleador, a los trabajadores y a sus representantes en la empresa acerca de: i) los requisitos necesarios para establecer y conservar un medio ambiente de trabajo seguro y sano que favorezca una salud física y mental óptima en relación con el trabajo; ii) la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, habida cuenta de su estado de salud física y mental (Decisión 584 de 2004, CAN).

Síndrome de *burnout* o agotamiento laboral: patología de origen laboral derivada del estrés crónico con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, que surge de la interacción entre el contexto laboral y las características de la persona, y se caracteriza por cansancio físico y/o psicológico, sensación de no poder dar más de sí mismo (agotamiento emocional), una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás (despersonalización) y sentimientos de bajo logro personal y profesional (Fidalgo, 2006).

Sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo: conjunto de elementos interrelacionados o interactivos que tienen por objeto establecer una política y objetivos de seguridad y salud en el trabajo, y los mecanismos y acciones necesarios para alcanzar dichos objetivos, estando íntimamente relacionado con el concepto de responsabilidad social empresarial, en el orden de crear conciencia sobre el ofrecimiento de buenas condiciones laborales a los trabajadores, mejorando de este modo la calidad de vida de los mismos, así como promoviendo la competitividad de las empresas en el mercado (Decisión 584 de 2004, CAN).

Teletrabajo: forma de organización laboral, que se efectúa en el marco de un contrato de trabajo o de una relación laboral dependiente, que consiste en el desempeño de actividades remuneradas utilizando como soporte las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el contacto entre el trabajador y empleador sin requerirse la presencia física del trabajador en un sitio específico de trabajo (Decreto 884 de 2012).

Trabajador: toda persona que desempeña una actividad laboral por cuenta ajena remunerada, incluidos los trabajadores independientes o por cuenta propia y los trabajadores de las instituciones públicas (Decisión 584 de 2004, CAN).

Valoración del riesgo: consiste en emitir un juicio sobre la tolerancia o no del riesgo estimado (Decreto 1072 de 2015).

Vigilancia de la salud en el trabajo o vigilancia epidemiológica de la salud en el trabajo: comprende la recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión continuada y sistemática de datos a efectos de la prevención. La vigilancia es indispensable para la planificación, ejecución y evaluación de los programas de seguridad y salud en el trabajo, el control de los trastornos y lesiones relacionadas con el trabajo y el ausentismo laboral por enfermedad, así como para la protección y promoción de la salud de los trabajadores. Dicha vigilancia comprende tanto la vigilancia de la salud de los trabajadores como la del medio ambiente de trabajo (Decreto 1072 de 2015).

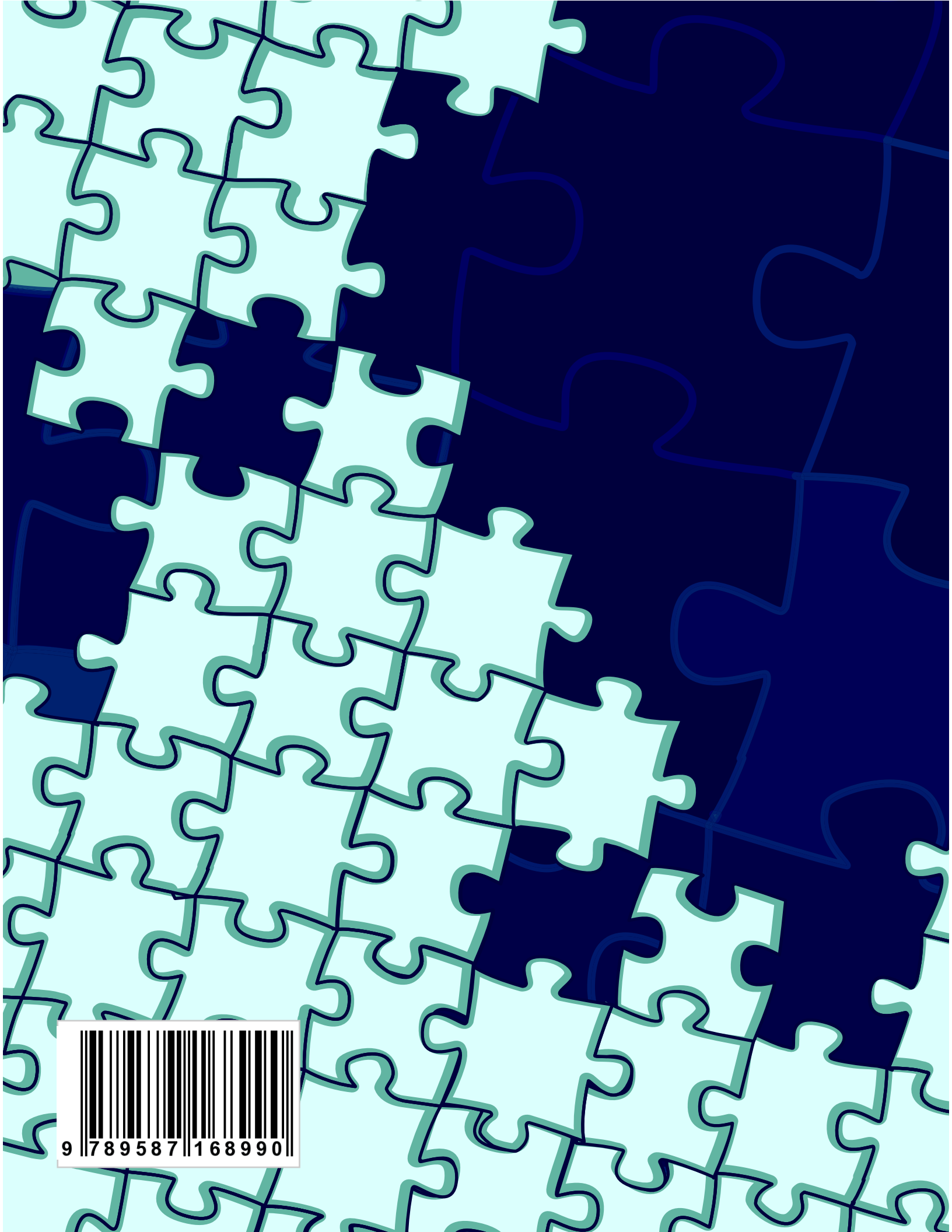
6. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychological Association. (s.f.). El camino a la resiliencia. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Carnevale, A. P., y Goldstein, H. (1991). Schooling and training for work in America: An overview. New developments in worker training: A legacy for the 1990s. Disponible en: <http://50.87.169.168/OJS/ojs-2.4.4-1/index.php/LERAMR/article/download/1170/1156#page=117>
- Cinterfor / Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1996). Formación y trabajo: De de ayer para mañana. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/oeivirt/fp/cuad1a07.htm>
- Código Sustantivo del Trabajo (Actualización a octubre 23 de 2015). República de Colombia, Presidencia de la República.
- Comisión Internacional de Salud Ocupacional ICOH. (2003). Código internacional de ética para los profesionales de la salud ocupacional. Disponible en: http://www.bvsde.paho.org/cursoa_epi/e/lecturas/mod6/codigo.pdf
- Decisión 584 de 2004. Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Comunidad Andina de Naciones (CAN). Disponible en: <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/DEC584s.asp>
- Decreto 1108 de 1994. Presidencia de la República. República de Colombia.
- Decreto 1295 de 1994. Ministerio de Gobierno. República de Colombia.

- Decreto 4463 de 2011. República de Colombia.
- Decreto 884 de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Departamento Administrativo de la Función Pública. República de Colombia.
- Decreto 1477 de 2014. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Fidalgo, V.M. (2006). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I): definición y proceso de generación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Irigoin, M., y Vargas, F. (2002). Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el Sector Salud. Montevideo: CINTERFOR, OIT, OPS. Disponible en: http://oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf
- Ley 100 de 1993. República de Colombia.
- Ley 789 de 2002. República de Colombia.
- Ley 1010 de 2006. República de Colombia.
- Ley 1090 de 2006. República de Colombia.
- Ley 1257 de 2008. República de Colombia.
- Ley 1438 de 2011. República de Colombia
- Ley 1539 de 2012. República de Colombia.
- Ley 1562 de 2012. República de Colombia.
- Ley 1566 de 2012. República de Colombia.
- Ley 1616 de 2013. República de Colombia.
- Ley 1751 de 2015. República de Colombia.
- Ley 1752 de 2015. República de Colombia.
- Llorens Gumbau, S. (s.f.). Significado y actitudes de la formación continua: Un estudio cualitativo en el sector metal – mecánico. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/80389/forum_1997_12.pdf?sequence=1
- Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. (2004). Circular Unificada del 2004.
- Ministerio de la Protección Social. (2010). Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>
- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana. (2004). Protocolo para la determinación de origen de las patologías derivadas del estrés. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana. (2010). Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Nitsch, J., Neumaier, A., Marées, H., y Mester, J. (2002). Entrenamiento de la técnica: contribuciones para un enfoque interdisciplinario. Barcelona: Paidotribo.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Tesauruso *online* de la OIT, Disponible en: <http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1958). Convenio C111. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C111
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1985). Convenio C161. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C161
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la Salud - Glosario. Disponible: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). Plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008 – 2017. En: 60ª Asamblea Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013 – 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- Resolución 3673 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- Resolución 0652 de 2012. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Resolución 1356 de 2012. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Resolución 5521 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia.
- Resolución 957 de 2005. Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Comunidad Andina de Naciones (CAN). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd38/Colombia/R957-03.pdf>
- Salanova, M. y Lopez-Zafra, E. (2011). Introducción: psicología social y psicología positiva. *Revista de psicología social* 26(3): 339-343.
- Saz, A. I. (2006). Diccionario de psicología. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.



9 789587 168990

Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral

**PROTOCOLO DE ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN
DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y SUS EFECTOS 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
978-958-716-956-0

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN
Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA
Carlos Felipe Niño Villalobos

Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos 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

INTRODUCCIÓN	8
1. OBJETIVO DEL PROTOCOLO	11
2. ALCANCE DEL PROTOCOLO	12
3. ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y SUS EFECTOS	14
3.1 Gestión del cambio	14
3.2 Diseño y fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores	22
3.3 Desarrollo de estrategias de afrontamiento	28
3.4 Gestión del trabajo por turnos	35
3.5 Inducción y reinducción	42
3.6 Promoción del apoyo social en la organización	50
3.7 Aprovechamiento integral de habilidades y destrezas individuales	55
3.8 Claridad del rol como pilar del desempeño	60
3.9 Construcción del ajuste persona – trabajo	68
3.10 Enriquecimiento de puestos de trabajo	77
3.11 Fomento de mecanismos formales de comunicación	84
3.12 Gestión de cargas de trabajo	89
3.13 Gestión de pausas en el trabajo	96
3.14 Optimización de competencias de relación y comunicación	102
3.15 Participación efectiva en los grupos de trabajo	111
3.16 Rotación de puestos de trabajo	121

TABLA DE CONTENIDO

3.17 Seguimiento y retroalimentación de la gestión	127
3.18 Conciliación de entornos intra y extralaboral	134
3.19 Servicio de asistencia al trabajador	143
3.20 Implementación de la modalidad de teletrabajo	153
3.21 Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares, y cajas de compensación familiar	164
3.22 Fomento de la calidad de las relaciones familiares	171
3.23 Actividades de preparación para la pensión	180
3.24 Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales	187
3.25 Fomento de estilos de vida saludable	195
3.26 Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad	202
3.27 Manejo eficaz del tiempo	209
3.28 Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo	216
3.29 Rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés	223
3.30 Prevención del consumo de sustancias psicoactivas	229
3.31 Atención en crisis y primeros auxilios psicológicos	240
3.32 Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral	248
3.33 Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés	256
3.34 Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo	263
4. GLOSARIO	275
5. BIBLIOGRAFÍA.....	296
6. ANEXOS.....	324

INTRODUCCIÓN

La atención de los factores psicosociales y sus efectos implica partir de información clara que identifique tanto las condiciones que se desean mantener por ser beneficiosas para una población determinada, como las prioridades de transformación por tratarse de condiciones que actúan como riesgosas y que por tanto pueden causar efectos adversos en las personas o en el trabajo.

El desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo (SG-SST) requiere de la coordinación de acciones planeadas a la luz de las necesidades, pero desarrolladas con un enfoque sistemático que permita la mejora continua. En este sentido, el Ministerio del Trabajo presenta a los empleadores, trabajadores, entidades de la seguridad social y profesionales dedicados a las labores de prevención en seguridad y salud en el trabajo, un conjunto de herramientas técnicas para facilitar su labor en la atención de los factores psicosociales.

La Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora del Ministerio del Trabajo y este Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el

entorno laboral, además de los seis (6) protocolos específicos por sector económico y los seis (6) protocolos por efectos, constituyen el conjunto de herramientas técnicas mencionadas anteriormente.

Los principios de la intervención psicosocial reseñados en la guía técnica parten por destacar el compromiso gerencial y la participación de los trabajadores como sujetos activos de la transformación psicosocial en sus entornos de trabajo, principios que son vitales en la implementación de las acciones contenidas en este protocolo.

El aprovechamiento de este protocolo requiere del mejor análisis posible por parte de cada organización para identificar las acciones de mayor beneficio, las cuales si bien constituyen un amplio conjunto, no son exhaustivas y por tanto deben incorporarse con otras según las necesidades específicas, a fin de conseguir la mejor estrategia posible para la prevención e intervención en el campo psicosocial.

Para la construcción conceptual y metodológica de las acciones de promoción de los factores protectores, de intervención de los factores de riesgo psicosocial y de prevención de sus efectos, se tuvieron en cuenta la realidad nacional, las exigencias legales en seguridad y salud en el trabajo y las tendencias teóricas y conceptuales en atención psicosocial, criterios que se constituyen en el marco general para el diseño de este protocolo, estructurado de forma que sus componentes se pueden incluir fácilmente en el SG-SST.

Este protocolo comienza por presentar sus objetivos y alcances, luego se describe una a una las acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos, incluyendo aspectos como población objeto, alcances y limitaciones, actores involucrados¹, actividades que implica su desarrollo, entre otros; al finalizar se incluye un glosario general y las referencias consultadas. Como complemento se ofrece un anexo que resume las acciones contempladas, con su correspondiente clasificación.

1. Respecto a los actores involucrados en la implementación de las acciones contenidas en este documento, se debe entender que cuando se hace alusión al “área de gestión del talento humano”, para los casos de las empresas en las que no existe un área encargada de esta gestión este término se debe interpretar como el responsable del talento humano. Lo mismo aplica para el uso del término “área de seguridad y salud en el trabajo”, ya que en caso que una empresa no cuente con un área encargada de estos aspectos, se entenderá que se trata del responsable de la SST.

INTRODUCCIÓN

El lector podrá ampliar la información de presentación de las acciones que se incluyen en este documento consultando la *“Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora, la cual incluye su clasificación según:*

- Tipo de acción: promoción, prevención o intervención.
- Fases y componentes del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo a las cuales se adscriben las acciones.
- Dominios y dimensiones de la *Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial*, condiciones individuales y de salud que impacta cada acción.

1. OBJETIVO DEL PROTOCOLO

Guiar a los empleadores, trabajadores, instituciones de la seguridad social y prestadores de servicios en seguridad y salud en el trabajo, en la atención de los factores psicosociales a través de un conjunto de acciones de promoción de los factores protectores o positivos, así como en la intervención de los factores de riesgo y en la prevención de varios de sus efectos adversos.

Cada acción se presenta con la información necesaria respecto de su contenido y los pasos para su desarrollo, en el marco del modelo de gestión basado en el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA).

2. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral* presenta para cada acción su correspondiente objetivo, la clasificación de la acción según se trate de promoción, intervención o prevención, el paso a paso para su implementación, la población para la cual la acción fue diseñada, los alcances y las limitaciones, los actores involucrados en la implementación y, finalmente, los criterios para convertir una acción de intervención en un mecanismo de promoción de los factores psicosociales protectores.

Las acciones que actúan sobre los factores psicosociales se clasifican en dos grandes grupos: (i) las que atienden la promoción de los factores psicosociales protectores y (ii) las acciones de intervención primaria o secundaria de los factores de riesgo psicosocial.

De igual forma, las acciones diseñadas para intervenir sobre los efectos de los factores de riesgo psicosocial se clasifican en acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, nomenclatura de común uso en salud.

El presente documento compila veinticuatro (24) acciones que se centran en la promoción de los factores psicosociales protec-

2. ALCANCE DEL PROTOCOLO

tores y en la intervención de los factores de riesgo psicosocial, y diez (10) acciones orientadas hacia la prevención de los efectos más relevantes.

El usuario del protocolo puede seleccionar de las treinta y cuatro (34) acciones aquellas que requiera según las necesidades, y podrá además combinarlas con otras acciones de diseño propio, o con cualquiera de las estrategias que se señalan en los documentos que conforman los desarrollos que se presentan en la *Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora*.

3. ACCIONES DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES Y SUS EFECTOS

3.1 GESTIÓN DEL CAMBIO

a. Objetivo(s) de la acción

Facilitar la adaptación al cambio en las organizaciones, a través de la implementación de un procedimiento estratégico y táctico que facilite la toma de decisiones gerenciales frente a transformaciones internas y externas que afectan a la organización.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

c. Población objeto de la acción

Esta estrategia se encuentra dirigida al personal directivo de las organizaciones (jefes, directores, supervisores, subgerentes, gerente, vicepresidente, presidente, etc.). La acción genera además beneficios a los colaboradores porque facilita su adaptación al cambio.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La dimensión psicosocial que atiende esta acción es la referente a participación y manejo del cambio, dado que trabaja los mecanismos organizacionales que facilitan la adaptación de las personas a las transformaciones que surgen en el contexto laboral.

Aunque la acción no busca impactar de forma directa las características del liderazgo, se despliegan actividades con los líderes en aspectos referentes a la planeación, la asignación de trabajo, la consecución de resultados y la solución de problemas.

Limitaciones

Esta acción requiere un proceso de implementación, adecuación y validación progresiva antes de convertirse en un protocolo definitivo, por lo que su tiempo de implementación es de moderado a largo.

La presente acción de intervención no resulta práctica en organizaciones que poseen estructuras verticales y rígidas, en las que el acceso a la información sobre los cambios está limitado a los directivos. En este caso, la organización requiere empezar por definir y establecer mecanismos de participación de los trabajadores para enfrentar situaciones de cambio.

En los casos en que el cambio se fundamente en rotación o reducción de la planta de personal, la estrategia de desarrollo de liderazgo para el manejo del cambio tendrá un alcance parcial y deberá considerarse prioritario el apoyo del área o responsable de la gestión del talento humano.

e. Actores involucrados en la implementación

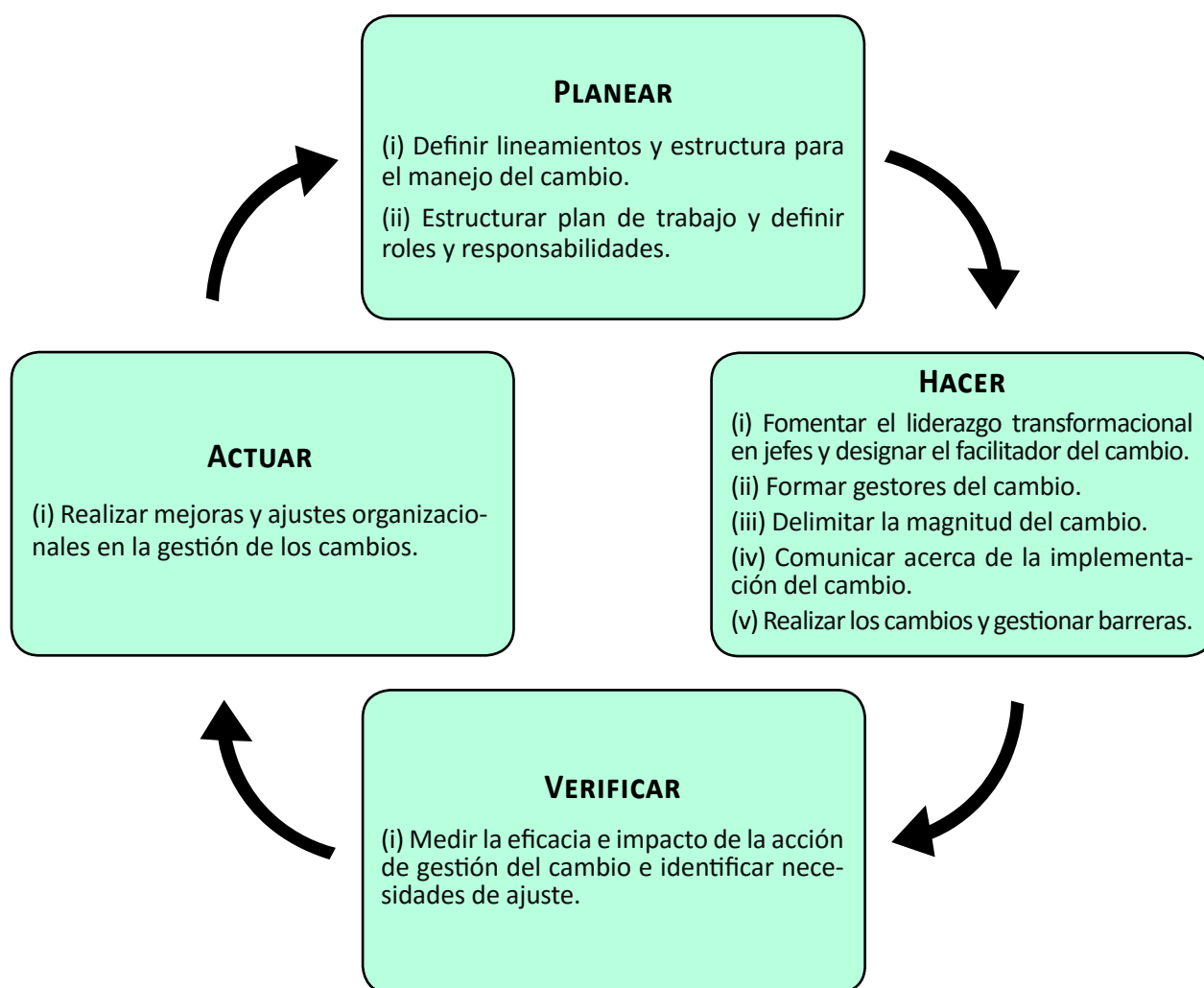
- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Responsable de la seguridad y salud en el trabajo.
- Área de comunicaciones o área encargada de mantener informado y actualizado al personal de la organización sobre el funcionamiento y los cambios organizacionales.
- Asesor (externo o propio) con experiencia en gestión del cambio organizacional.
- Asesor (externo o propio) para desarrollo de liderazgo transformacional.
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La acción busca que las directivas, con el apoyo de las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo, definan y acuerden la forma de proceder frente a los cambios internos y externos que afecten a la organización. Además de intervenir el manejo del cambio, esta acción fortalece habilidades de liderazgo a través del desarrollo de capacidades para motivar e integrar a las personas alrededor del cambio.

Para integrar los esfuerzos anteriores, existen algunos elementos que facilitan la estructuración de un procedimiento para el manejo del cambio, los cuales se compilan en la figura 1 y se amplían posteriormente en el desglose de cada etapa del ciclo Planear – Hacer – Verificar – Actuar (PHVA).

Figura 1. Ciclo PHVA de la acción “Gestión del cambio”



(i) Definir lineamientos y estructura para el manejo del cambio

La organización debe asignar representantes de la alta dirección responsables de la gestión estratégica, de gestión de calidad (si estuviere estructurado), de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, como grupo líder del cambio. Se sugiere que en este grupo exista una persona con experiencia en la implementación de cambios de procesos o de estructuras organizacionales.

Este grupo líder debe definir el concepto de cambio (considerando los factores internos y externos que inciden en el mismo), los criterios para identificar cambios relevantes y los pasos a seguir para enfrentarlos.

Como criterios orientativos para definir la magnitud del cambio se sugiere considerar, entre otros, los siguientes:

- Las instancias o condiciones que serán impactadas por el cambio, por ejemplo cambios en las formas de trabajo, en recursos, en los tiempos de operación, en tecnología, en las personas, en los productos, entre otros.
- La permanencia o temporalidad del cambio.
- Los riesgos del cambio.
- Las necesidades de ajuste de procedimientos y formación de las personas.
- El impacto en los clientes o usuarios.
- Los costos del cambio.

La segunda tarea del grupo líder es desarrollar una estructura ágil para la toma de decisiones relacionadas con las transformaciones organizacionales según sea su impacto.

(ii) Estructurar un plan de trabajo y definir roles y responsabilidades

Con la orientación de los criterios anteriores el grupo líder debe establecer los pasos para implementar el cambio, entre los que se consideran de relevante importancia:

- Asignación de responsables para la toma de decisiones necesarias

- Asignación de gestores del cambio o personas en las áreas que orientarán la implementación y retroalimentarán al grupo líder acerca del avance.
- Análisis situacional para definir los impactos del cambio.
- Definición de los mecanismos de comunicación del cambio a jefes y trabajadores.
- Gestión de barreras durante la implementación.
- Definición de pasos para la implementación del cambio.
- Definición de criterios y mecanismos de medición de avances y criterios para tomar decisiones respecto de los resultados.

- (i) Fomentar el liderazgo transformacional en jefes y designar el facilitador del cambio².

Inicialmente el área encargada de la gestión del talento humano informa al personal directivo (presidente, vicepresidente, gerente, subgerente, director, jefe, supervisor, etc.) sobre la naturaleza del cambio que va a ocurrir en la organización o en un área particular; además informa sobre los comportamientos que se esperan de los jefes como líderes encargados de comunicar el cambio.

En este momento el área o responsable de la gestión del talento humano analiza con los jefes el proceso de ajuste y la necesidad de acompañamiento que tendrán los grupos de trabajo para reducir la sensación de inestabilidad que puede generar el cambio y además se precisan los aspectos mínimos para una adecuada comunicación de los cambios:

- Medios de comunicación que se utilizarán (verbal, escrito en folletos o correo electrónico, etc.) y frecuencia de la comunicación en los diversos momentos del cambio es decir antes, durante y después (semanal, quincenal, mensual, etc.).

2. Una tendencia importante es el desarrollo de un estilo de liderazgo adaptativo denominado “transformacional”, que caracteriza a los líderes que se centran en las necesidades de los demás y que se rigen por la ética y los valores, motivan de forma entusiasta y positiva y estimulan la creatividad y la innovación en sus equipos de trabajo (Avolio y Bass, 1991, citados por Lievens *et al.*, 1997).

implementación del cambio, la evaluación del riesgo, la identificación de necesidades de formación en la población sujeta al cambio, la documentación del cambio, el análisis de barreras y posibles soluciones, entre otros.

(iv) Comunicar acerca de la implementación del cambio

El gestor del cambio junto con el líder de su área socializan al grupo de trabajo el plan para implementar el cambio, con el fin que el grupo conozca el objetivo, los tiempos, el tipo de cambio y los impactos previstos. La fase de la comunicación permite además que el grupo haga preguntas y obtenga información de primera mano.

(v) Realizar cambios y gestionar barreras

El área comienza a implementar el cambio propuesto mientras que con la ayuda del gestor va analizando y documentando las dificultades y soluciones propuestas. La gestión de barreras implica también la formación al personal que será impactado con el cambio.

(i) Medir la eficacia e impacto de la acción e identificar necesidades de ajuste

El seguimiento puede hacerse a nivel organizacional y por área:

- En desarrollo del seguimiento organizacional, el grupo líder del cambio debe verificar y apoyar la adopción de los comportamientos gerenciales esperados durante el proceso.
- Como parte del seguimiento por área, el gestor del cambio debe documentar la adherencia y compromiso del grupo con el cambio.
- Tanto a nivel organizacional como de área se debe evaluar el cumplimiento del plan propuesto versus las metas y de ser necesario proponer ajustes a la dinámica organizacional. El indicador de cumplimiento puede calcularse mensualmente y se describe como: $\frac{\text{número de actividades realizadas}}{\text{número total de actividades programadas}} * 100$.
- Adicionalmente el gestor del cambio se reúne con alguna frecuencia (se sugiere una vez al mes) con el grupo líder y le informa acerca de la presencia de barreras y la forma de eliminarlas para controlar la resistencia al cambio.

(i) Realizar mejoras y ajustes organizacionales en la gestión de los cambios

Una vez se hayan analizado los resultados del proceso de gestión de los cambios y se haya detectado la necesidad de ajuste, se hacen acuerdos al interior del equipo líder con el objeto de implementar las mejoras necesarias, por ejemplo: actualización de procedimientos, redefinición de perfiles, entre otros y de esta manera se procede a instaurar el cambio de forma definitiva.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

- Para que el proceso de gestión del cambio se convierta en un mecanismo estandarizado en la organización, se sugiere instaurarlo como un procedimiento validado que oriente el manejo de los cambios organizacionales futuros, de forma que sea acogido por diferentes instancias de la organización. Para mantenerlo como factor protector se deben considerar los siguientes aspectos:
- El ciclo PHVA ya definido debe repetirse en cada situación en que se presenten cambios, con los ajustes necesarios para cada caso.
- Cada cambio que tenga impacto en la organización debe socializarse a todos los trabajadores.

3.2 DISEÑO Y FORTALECIMIENTO DEL PLAN DE FORMACIÓN DE LOS TRABAJADORES

a. Objetivo(s) de la acción

Propiciar el ajuste entre las exigencias de la tarea y de la organización, con los conocimientos y competencias del personal, y ofrecer oportunidades para su desarrollo.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

c. Población objeto de la acción

Esta estrategia se encuentra dirigida a todo el personal de una organización.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

Las dimensiones psicosociales que esta acción atiende directamente son las de capacitación y claridad de rol, dado que mediante la estructuración de un proceso de desarrollo de habilidades y conocimientos se fortalecen los perfiles de las personas y se soporta el monitoreo de las funciones y responsabilidades asignadas a los colaboradores. De forma indirecta esta acción de intervención favorece las oportunidades de desarrollo y uso de habilidades y destrezas.

Limitaciones

Esta acción logra su objetivo en el mediano plazo (más de un año) y es poco útil cuando los trabajadores rotan con alta frecuencia, casos en los que es conveniente el desarrollo de herramientas didácticas al estilo de módulos interactivos para instrucción. En la mayoría de los casos el impacto de la formación solo se aprecia en el mediano plazo, por lo que resulta conveniente establecer objetivos progresivos para que resulten alcanzables.

Cabe precisar que por sí misma la presente acción no ofrece un modelo de formación específico por tipos de cargos.

Finalmente, la formación implica la destinación de recursos y especialmente de tiempo, situación que puede incrementar la carga laboral en algunos casos.

e. Actores involucrados en la implementación

- Área o responsable de la gestión del talento humano o quien haga las veces de administrador del proceso de formación.
- Jefes de todos los niveles.
- Trabajadores de la organización.

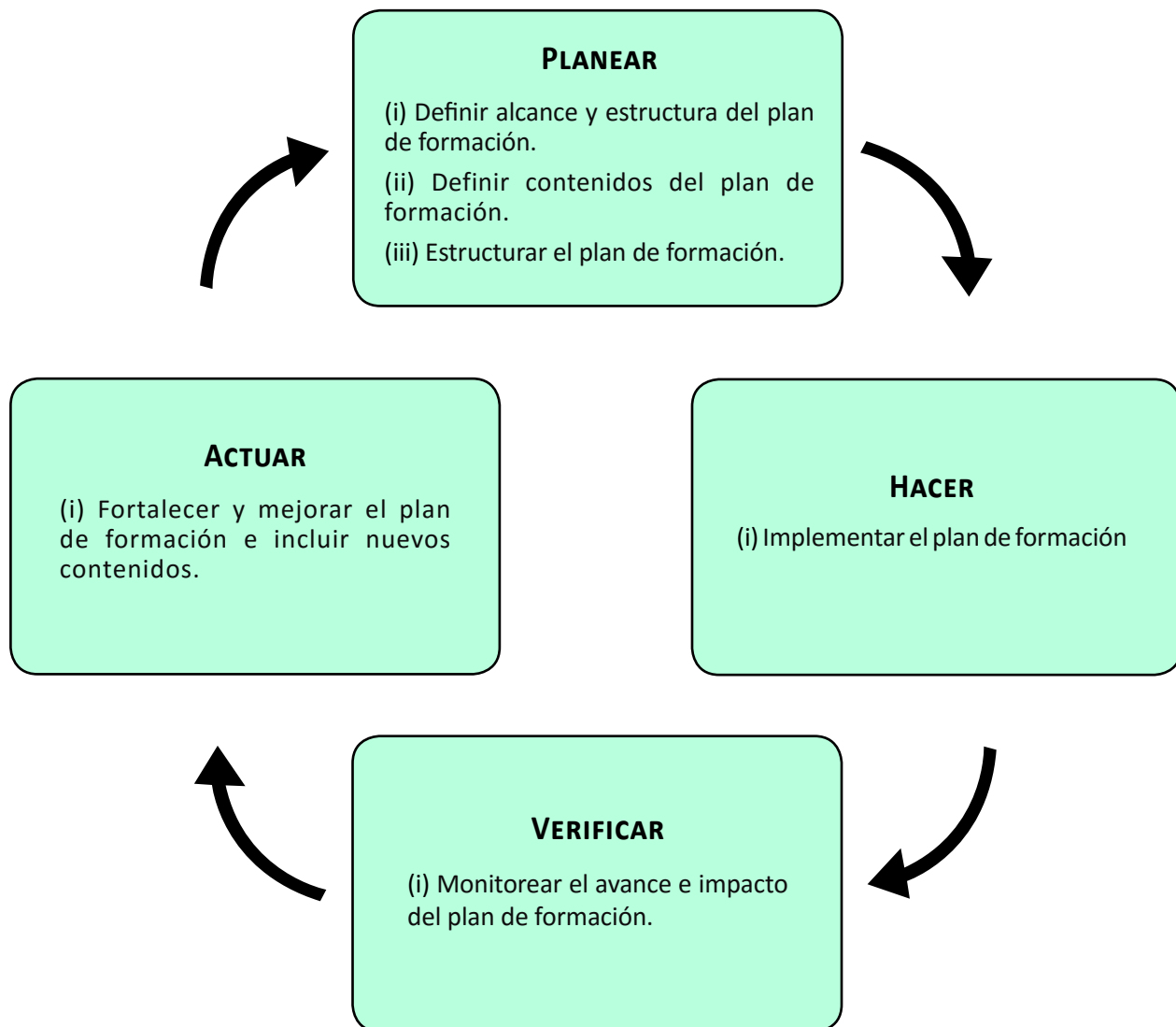
f. Descripción de la acción

La acción busca que desde las directivas de la organización, con el soporte de las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo, se estructure un modelo de formación de los trabajadores que esté orientado al desarrollo de competencias orientadas a la obtención de logros relacionados con la misión de la organización.

Esta acción centra su mayor esfuerzo en el trabajo de planeación y despliegue de actividades por parte de las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo, mientras que los líderes deben facilitar la participación de las personas a su cargo.

Para integrar los esfuerzos anteriores en un plan de trabajo se sugiere realizar un conjunto de acciones (Figura 2) y que posteriormente se desglosan en cada etapa del ciclo PHVA.

Figura 2. Ciclo PHVA de la acción “Diseño y fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores”



(i) Definir alcance y estructura del plan de formación

La organización, a través del área o responsable de la gestión del talento humano, establece las políticas de formación y desarrollo de competencias en sus colaboradores. De otra parte también define el alcance y estructura del plan de formación a la luz de las necesidades. La fase de planeación se realiza con el apoyo del área encargada de la seguridad y salud en el trabajo y la participación de los jefes y trabajadores.

(ii) Definir contenidos del plan de formación

En este punto el área encargada de la gestión del talento humano, con el apoyo de las personas pertinentes que la organización delegue, analiza la relación de los diferentes cargos con la misión organizacional e identifica los contenidos mínimos del plan de formación. Para enriquecer el análisis se consulta información documental, por ejemplo los perfiles de los cargos, el plan estratégico de la organización (si existe), etc.

Una vez se hayan definido las competencias de los cargos, esta información se confronta con los resultados de la gestión del desempeño y se identifican las competencias (de conocimiento y de habilidades) que el personal tiene desarrolladas, así como las carencias.

Otra entrada para establecer el plan de formación son los requisitos establecidos en la normatividad que aplica para el sector económico al que pertenece la organización (matriz de requisitos legales), información que puede ser suministrada por el área de seguridad y salud en el trabajo.

Finalmente, los cambios que vive o vivirá la organización son también una fuente de información respecto de las necesidades de formación. Con la claridad de las necesidades, el siguiente paso es definir los contenidos del plan de formación.

(iii) Estructurar el plan de formación

En trabajo conjunto de las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo y otras que se estime pertinente, se

precisan los contenidos y alcances y se plantean orientaciones metodológicas para la formación. El contenido del plan de formación debe incluir también los aspectos referentes a la seguridad y salud en el trabajo.

El área o responsable de la gestión del talento humano valida y ajusta la información de los contenidos y habilidades que se identificaron como entradas para el plan de formación, mediante consulta con los jefes de las áreas (actividades, proceso, sucursales, etc.).

Una vez establecido el contenido del plan de formación, el área o responsable de la gestión del talento humano, con el apoyo el área encargada de la seguridad y salud en el trabajo, deciden sobre las entidades y facilitadores que los asesorarán y desarrollarán, entre ellas: cajas de compensación familiar, instituciones educativas, personal propio, administradoras de riesgos laborales, gremios, SENA, etc.

La estructuración del plan de formación es un ejercicio que debe realizarse por lo menos una vez al año para dar cumplimiento a los requisitos de la normatividad actual³.

(i) Implementar el plan de formación

El área o responsable de la gestión del talento humano y los jefes son los encargados de designar y distribuir los grupos de trabajadores para que participen en las actividades de formación.

La implementación del plan implica el desarrollo de las diferentes acciones de formación conforme se definieron los planes correspondientes.

3. Actualmente el Decreto Único Reglamentario 1072 de 2015 retoma los requerimientos de implementación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y especifica que toda organización debe implementar un plan anual de capacitación para sus trabajadores.

Verificar

(i) Monitorear el avance e impacto del plan de formación

El beneficio de la acción de formación se hará visible a través del monitoreo del desarrollo de las habilidades para el trabajo, las cuales se reflejan en los resultados del mismo.

Adicionalmente se requiere evaluar la cobertura (participación de los trabajadores en las actividades de formación planeadas para ellos), el cumplimiento (realización de todas las actividades propuestas para el período), la calidad e impacto del plan en la población (mejora en el desempeño de los trabajadores).

Actuar

(i) Fortalecer y mejorar el plan de formación e incluir nuevos contenidos

Dado que el área o responsable de la gestión del talento humano y los jefes de las diferentes unidades son los responsables del plan de formación, se sugiere que analicen los resultados de los indicadores y tomen decisiones para su mejora. Por ejemplo ampliación de cobertura, ajustes en el contenido o en la metodología, etc. Este ejercicio, además de mejorar el plan de formación, puede retroalimentar los contenidos de la inducción y la reinducción.

g. **Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores**

Para que el proceso de formación se convierta en un estándar positivo en la organización se debe:

- Actualizar los perfiles de los cargos según sea necesario.
- Retroalimentar el proceso de formación a través de los resultados de la gestión del desempeño.

3.3 DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

a. Objetivo(s) de la acción

Modificar la percepción, interpretación y manejo de los problemas en los trabajadores que se exponen a situaciones devastadoras, atención a público emocionalmente afectado y a exigencias de control emocional como parte de la labor, mediante el desarrollo de habilidades de control emocional.

b. Tipo de acción

La presente acción tiene una estructura de intervención secundaria.

c. Población objeto de la acción

Esta estrategia se encuentra dirigida a los trabajadores que en desarrollo de sus funciones se exponen a situaciones de alto contenido emocional. En general se trata de ocupaciones que tienen contacto directo con público emocionalmente afectado o con la vivencia de situaciones devastadoras, por ejemplo trabajadores de servicios de urgencias, de atención de quejas y reclamos, personas que reciben y atienden casos de violencia o que prestan servicios en cárceles, que atienden víctimas de violencia o de conflicto armado, o que laboran en un *contact center*, así como profesores, socorristas, bomberos, policías, fiscales, psicólogos, trabajadores sociales, madres comunitarias, etc.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La acción de intervención impacta la dimensión psicosocial de demandas emocionales; el alcance más preciso es el de fortalecer la capacidad para afrontar situaciones críticas de manera adaptativa.

Limitaciones

Dado que la intervención tiene un enfoque individual, es útil para personas que tienen un trabajo estable, aunque también se realizan actividades grupales.

Esta acción de intervención tiene un costo relativamente alto porque para su ejecución se requieren profesionales con perfiles especializados y con experiencia clínica para generar soporte emocional en el personal expuesto.

Finalmente, la presente acción es insuficiente en personal que presenta trastornos mentales ya instaurados porque no es una acción de rehabilitación.

e. Actores involucrados en la implementación

- Personal del área o responsable de la gestión del talento humano encargado de administrar las acciones de bienestar al personal.
- Personal del área encargada de la seguridad y salud en el trabajo.
- Profesional con formación clínica (psiquiatra o psicólogo) y experiencia en terapia individual y grupal.
- Jefes de todos los niveles.
- Trabajadores expuestos a demandas emocionales en razón de su trabajo.

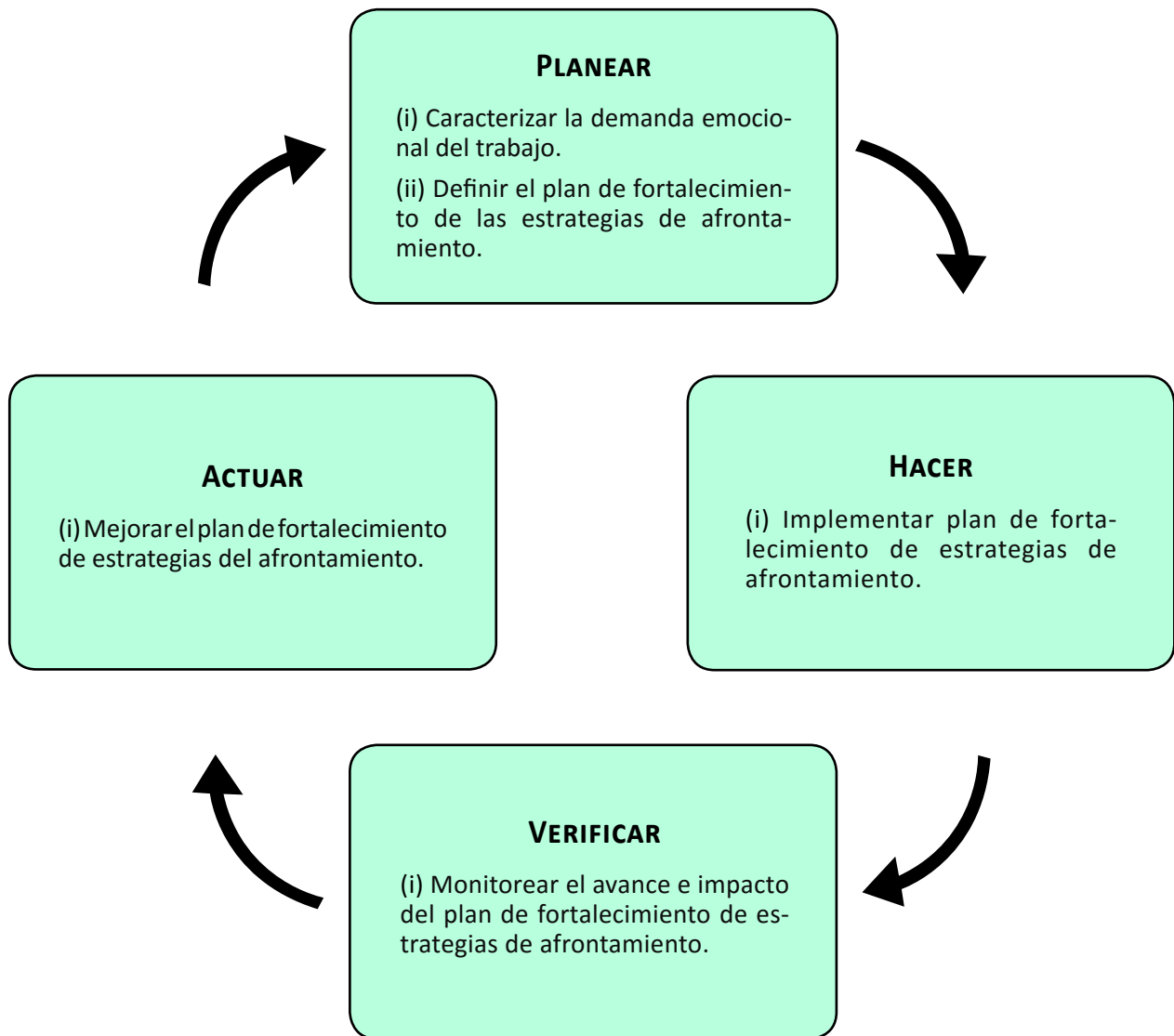
f. Descripción de la acción

La acción busca que desde la alta dirección se reconozca y se facilite el despliegue de mecanismos para prevenir la aparición de enfermedades relacionadas con la sobrecarga emocional derivada del trabajo.

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo son las encargadas de estructurar el programa de contención y de desarrollo de recursos individuales para afrontar las demandas emocionales. Los jefes por su parte deben facilitar la participación de los trabajadores a su cargo.

El proceso de desarrollo de las acciones para mejorar las estrategias de afrontamiento se describe bajo el enfoque de ciclo PHVA (Figura 3).

Figura 3. Ciclo PHVA de la acción “Desarrollo de estrategia de afrontamiento”



(i) Caracterizar la demanda emocional del trabajo

Los representantes de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo deben identificar las actividades emocionalmente más demandantes y los cargos que se encuentran expuestos a ellas. Las fuentes de información más útiles son:

- Matriz de peligros y riesgos.
- Diagnóstico de factores psicosociales.
- Perfiles de cargo o manuales de funciones.
- Análisis de causas de ausentismo, rotación, afectaciones en el desempeño, accidentalidad y morbilidad.

La información anterior permite identificar los cargos, las áreas y procesos con mayor exposición a situaciones emocionalmente demandantes, sea porque la valoración de esta condición resulta en riesgo alto o porque estas demandas han causado efectos indeseados en la salud o en el trabajo. De este análisis surge la caracterización de las demandas emocionales a las que se encuentran expuestos los trabajadores de la organización.

(ii) Definir el plan de fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento

A partir de la información recopilada en la fase anterior, el área o responsable de la gestión del talento humano entrega los resultados al profesional clínico quien debe construir el plan de intervención, definir la técnica más adecuada para desarrollar las sesiones grupales e individuales necesarias para fortalecer las estrategias de afrontamiento de las personas ante situaciones, vivencias y contactos personales de alto impacto emocional. De igual forma, el profesional debe plantear el mecanismo de seguimiento y verificación del repertorio de nuevos comportamientos que las personas incorporan a lo largo de la intervención.

Uno de los métodos más recientemente utilizados para intervenir la capacidad de afrontamiento emocional se denomina *mindfulness*⁴ o atención plena, el cual puede emplearse tanto en el trabajo grupal como en el individual.

4. *Mindfulness* es una práctica de meditación que cultiva la conciencia del momento presente, sin realizar juicio de valor. La traducción más frecuente de *mindfulness* es “conciencia plena” o “atención plena” (Villajos *et al.* 2013). La práctica sistemática de esta técnica permite reeducar la mente, el cerebro y el cuerpo a través de la observación neutral de pensamientos, emociones, sentimientos y sensaciones físicas como elementos dinámicos, con el fin de cambiar su percepción y manejo.

Más allá de la metodología escogida por el profesional, debe considerarse que esta acción entiende el modelo de afrontamiento desde la perspectiva desarrollada por Lazarus y Folkman, en la que se diferencian los estilos de las estrategias de afrontamiento⁵ (Londoño *et al.*, 2006). Los estilos de afrontamiento se refieren a las formas habituales de responder ante situaciones estresantes, por tanto los estilos explican la selección que las personas hacen de las estrategias de afrontamiento. Las estrategias de afrontamiento son las acciones que el individuo selecciona en determinada circunstancia, las cuales pueden ser adaptativas porque reducen el estrés y promueven la salud en el largo plazo, o desadaptativas porque lo reducen en el corto plazo pero tienen efectos nocivos en la salud a largo plazo. Las estrategias de afrontamiento se clasifican así:

- Confrontación mediante esfuerzos de un sujeto para cambiar la situación.
- Planificación para solucionar el problema.
- Aceptación de la responsabilidad y reconocimiento del papel que juega el sujeto en el origen o mantenimiento del problema.
- Distanciamiento o esfuerzo para adaptarse o alejarse del problema.
- Autocontrol mediante intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- Reevaluación positiva, que consiste en percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
- Escape o evitación, que contribuye a desconocer el problema mediante ideas o conductas de escape.
- Búsqueda de apoyo social o de ayuda de terceros, por ejemplo consejos, asesoría, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

5. Referidas al conjunto de recursos y esfuerzos de tipo cognoscitivo y comportamental cuyo fin es solucionar problemas revestidos de carga emocional, así como reducir o eliminar la respuesta emocional asociada o modificar la evaluación inicial que hace el individuo.

(i) Implementar plan de fortalecimiento de estrategias del afrontamiento

En esta fase las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo se deben encargar de comunicar a la alta dirección de la organización el plan de intervención.

Una vez aprobado por la alta dirección, el primer abordaje del profesional debe ser con los jefes de las áreas, procesos o cargos objeto de la intervención, de forma que comprendan la metodología, los tiempos y las formas de participación de las personas, además de otros aspectos relevantes. La intervención grupal se hace en grupos pequeños (de máximo 6 personas) y en un espacio apartado de los puestos de trabajo para asegurar la confidencialidad y la libre participación de las personas en las sesiones.

Es recomendable que entre una sesión y otra las personas del grupo operen bajo la figura de “soporte emocional” de pares. Para estos efectos, los participantes reciben como parte del apoyo terapéutico la instrucción acerca de los comportamientos de apoyo y formas de abordar a un compañero que requiera de soporte emocional. Puede ser de utilidad que se definan parejas de compañeros que ejercen como pares mutuos en situaciones de gran demanda emocional.

(i) Monitorear el avance e impacto del plan de fortalecimiento de estrategias de afrontamiento

Los indicadores más sensibles para hacer seguimiento a la intervención son:

- Cobertura: la meta idealmente debe ser el total del personal expuesto.
- Cumplimiento: busca verificar la realización de todas las sesiones propuestas para los grupos y para las personas.
- Impacto: aumento del repertorio de comportamientos generadores de resiliencia⁶ en el personal de los grupos de trabajo objeto de intervención.
- Impacto: disminución de rotación y ausentismo asociado a las sobredemandas emocionales del trabajo.

6. La resiliencia es un concepto adoptado por la psicología para referir la capacidad de los seres vivos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas como la muerte de un ser querido, accidentes, etc. (American Psychological Association. El camino a la resiliencia. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>

(i) **Mejorar el plan de fortalecimiento de estrategias del afrontamiento**

Dado que el proceso comienza a evidenciar su impacto a mediano plazo, la organización debe mantener la estructura propuesta inicialmente y asegurar la participación del personal expuesto, e implementar las mejoras necesarias para que los resultados se mantengan en el largo plazo.

En caso que algún(os) trabajador(es) objeto de la acción de intervención presente(n) sintomatología asociada a factores de riesgo psicosocial, debe complementarse esta acción con la de atención de los efectos, para lo cual este protocolo ofrece algunas acciones de intervención que pueden ser de utilidad.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que el proceso de soporte a personas con trabajos de alta demanda emocional se convierta en un mecanismo protector se recomienda mantenerlo como un servicio permanente, monitoreado mediante indicadores de cobertura y participación, así como de impacto en el desarrollo de competencias de afrontamiento y mejora en el desempeño de los trabajadores. Además es conveniente que se establezcan políticas que faciliten la participación de los trabajadores.

- Es también importante considerar, como mínimo, los siguientes aspectos:
- Mantener actualizado el diagnóstico de factores psicosociales de la organización.
- Monitorear los efectos asociados con el estrés en la población trabajadora.
- Implementar un programa de vigilancia epidemiológica.

3.4 GESTIÓN DEL TRABAJO POR TURNOS

a. Objetivo(s) de la acción

Reducir los efectos de la fatiga en los trabajadores que laboran de noche, a través de la implementación de un sistema de trabajo por turnos adaptado a las condiciones del trabajador.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Todos los trabajadores que laboren por turnos.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

A través de esta acción se aborda la dimensión de demandas de la jornada de trabajo, dado que permite controlar las exigencias del tiempo laboral en términos de la duración y el horario de la jornada. Igualmente, aunque de forme menos directa, contribuye a regular la influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral.

Limitaciones

La implementación y el seguimiento de la gestión de un sistema de turnos que se adapte a las necesidades del trabajo y a las características de las personas, requiere de un esfuerzo adicional por parte de la organización y por tanto se deben considerar los recursos que se utilizarán para tales fines.

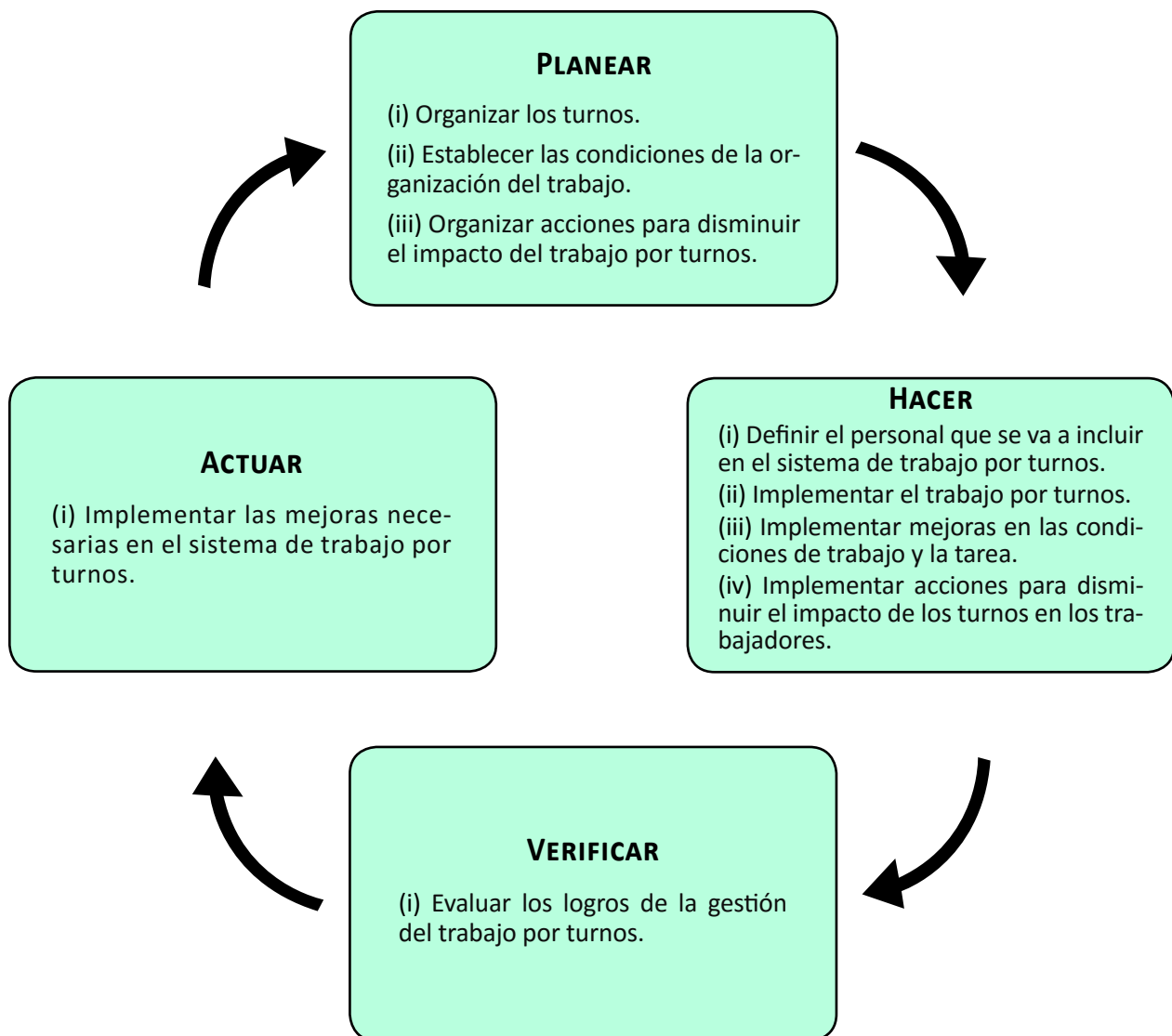
e. Actores involucrados en la implementación

- Área encargada de la gestión del talento humano.
- Responsable de la seguridad y salud en el trabajo.
- Jefe del área o proceso.
- Profesionales del área encargada de organizar y distribuir los turnos de trabajo.
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La acción busca que el personal que trabajan por turnos tenga una mejor organización de su trabajo y que de esta forma se reduzcan los efectos de la fatiga. La estructuración de un sistema de trabajo por turnos se describe en cada fase del ciclo PHVA que se presenta a continuación.

Figura 4. Ciclo PHVA de la acción “Gestión del trabajo por turnos”



El trabajo por turnos debe garantizar la adaptación y el descanso del trabajador y debe ser utilizado solo cuando es realmente necesario.

Para establecer el sistema de trabajo por turnos, la frecuencia, las pausas, el modelo de rotación, los periodos de descanso y la organización de tareas, se requiere la participación del jefe del área correspondiente, de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, así como de los trabajadores involucrados.

(i) Organizar los turnos

Los responsables de la organización de los turnos deben recibir orientación de las áreas de de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, a fin de realizar una planificación más ajustada a los requerimientos del descanso humano. La participación de los trabajadores es necesaria para el reporte de situaciones o condiciones que incrementan los riesgos durante el horario nocturno.

La organización de los turnos debe incluir el análisis y definición del número de turnos necesarios, el personal que va a conformar los equipos de trabajo (criterios de inclusión), duración y horarios de los turnos, frecuencia y sentido de la rotación (Álvarez, 2014).

La Organización Internacional del Trabajo (2005) y el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (Nogareda y Nogareda, 1998) plantean las siguientes recomendaciones para el diseño del sistema de turnos:

- Evitar jornadas superiores a doce (12) horas. En los casos que la carga de trabajo (mental, física, cuantitativa o emocional) sea muy alta, procurar que los turnos sean como máximo de ocho (8) horas.
- Evitar que un mismo trabajador realice turnos nocturnos permanentemente.
- Organizar los turnos de forma que el trabajador pueda dormir varios días seguidos en horario de noche.
- Programar, en la medida de lo posible, que el cambio del turno nocturno al siguiente se haga dejando dos noches consecutivas de descanso.
- Controlar la exposición a productos tóxicos.
- Considerar el tiempo de desplazamiento de los trabajadores, para calcular el tiempo de que disponen realmente para descansar.

Verificar

- (i) Evaluar los logros de la gestión del trabajo por turnos

La medición está a cargo de las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo. Se sugiere calcular indicadores que den cuenta de la cobertura y los efectos en la disminución de la fatiga de las personas.

Actuar

- (i) Implementar las mejoras necesarias en el sistema de trabajo por turnos

Las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo y los jefes de las áreas en las que opera el trabajo por turnos, definen los aspectos que requieren mejoras, incluidas las condiciones de trabajo que deben ser atendidas para controlar la fatiga.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que esta acción se convierta o se mantenga como un factor protector se requiere que el sistema de turnos resulte adecuado a la organización y a las características de los trabajadores, y que se garantice el seguimiento y evaluación tanto del sistema como de las condiciones de trabajo y de salud de las personas, además de un adecuado control de la fatiga.

3.5 INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

a. Objetivo(s) de la acción

Facilitar la adaptación del trabajador a su trabajo y a la organización, mediante la adquisición oportuna de información relacionada con la empresa, el centro de trabajo, el puesto y el entorno social en el que se desempeña la labor.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Todo el personal nuevo que ingresa a la empresa, independiente del tipo de cargo, y personal que cambia de puesto de trabajo.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

A través de esta acción se aborda la dimensión de claridad de rol, dado que la organización comunica al trabajador los objetivos del trabajo, las funciones y los resultados, el margen de autonomía y el impacto del ejercicio del cargo en la empresa desde el momento del ingreso o cuando se presenta un cambio de puesto de trabajo. La presentación clara de los principios de eficiencia, calidad técnica y ética que la organización quiere fomentar, disminuye las posibilidades de exigencias contradictorias al trabajador (consistencia de rol).

Esta acción también impacta la dimensión de relaciones sociales en el trabajo dado que facilita la inmersión del trabajador a su grupo de trabajo. Adicionalmente favorece la dimensión de recompensas derivadas de la pertenencia a la organización por cuanto la información general de la empresa y de su historia facilita la incorporación de los valores y hace que las personas se sientan parte de la historia y del crecimiento de la misma. Finalmente, la información suministrada también ayuda a prevenir accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

Limitaciones

La inducción y reinducción demanda dedicación de tiempo y recursos humanos y económicos, lo que puede incidir en que se efectúe de forma rápida o se dilate en el tiempo, perdiendo así efectividad y pertinencia.

e. Actores involucrados en la implementación

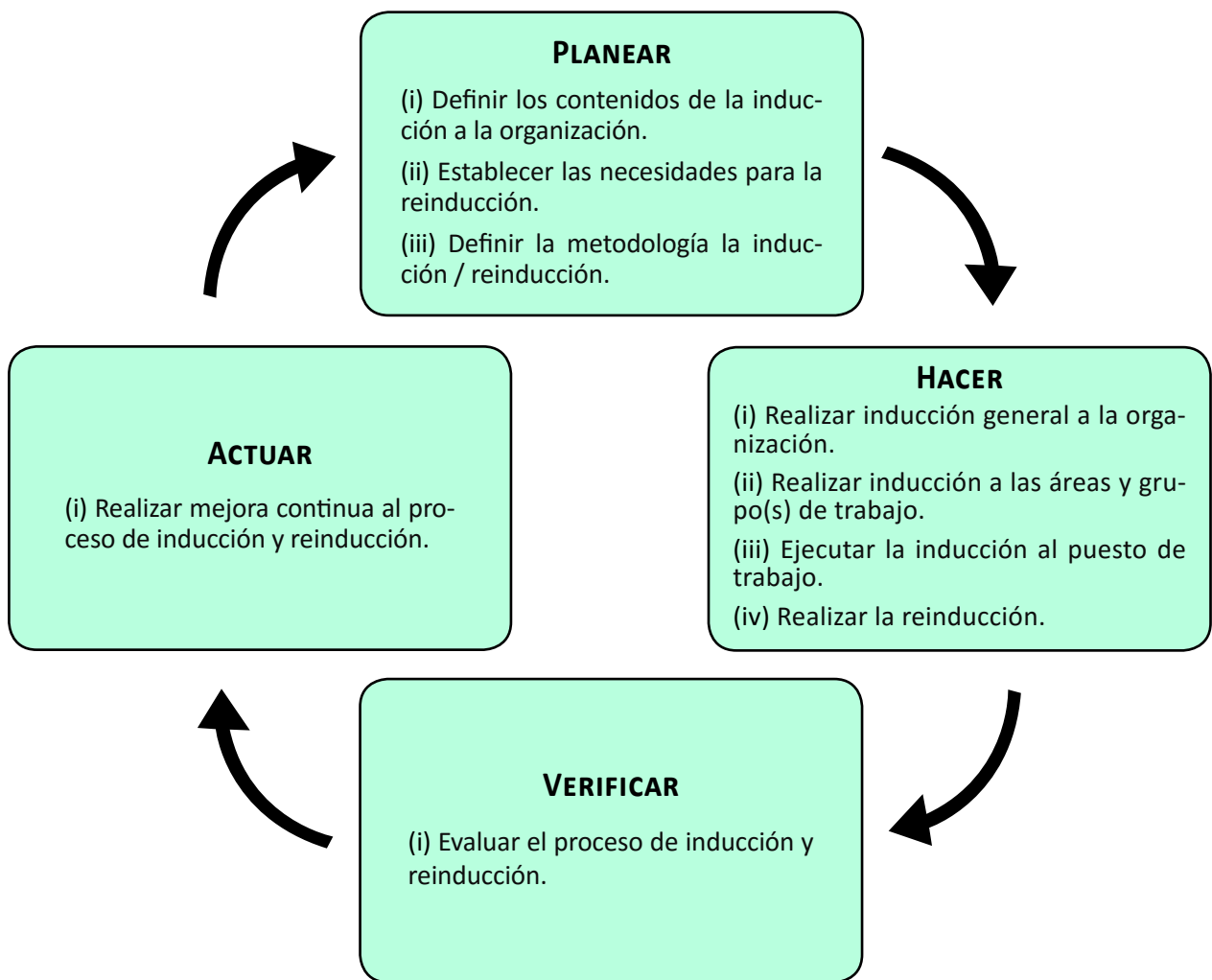
- Área o responsable de la gestión del talento humano.

- Responsable de la seguridad y salud en el trabajo.
- Jefe inmediato.
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La acción busca que cada trabajador tenga la información necesaria y suficiente para desempeñar la labor, no solo a su ingreso, sino durante el tiempo que permanezca en la organización. La planificación y desarrollo de la inducción y la reinducción se describen con más detalle a través del ciclo PHVA que se presenta a continuación (Figura 5).

Figura 5. Ciclo PHVA de la acción “Inducción y reinducción”



La inducción se caracteriza por ser un proceso inmediato al ingreso del trabajador a la organización. Se recomienda que participen personas idóneas de las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo y quienes conocen con mayor detalle sobre el contenido de la tarea.

(i) Definir los contenidos de la inducción a la organización

La inducción debe cubrir varios escenarios: la organización, las áreas y las personas con quienes se tendrá relación próxima, así como el contenido del puesto de trabajo (Grados, 2013). A continuación se presentan los contenidos que debe tener la inducción en los tres escenarios.

- Contenidos en la inducción general a la organización:
 - Información sobre la misión, visión, valores, estructura, procesos de gestión, productos, servicios y clientes o usuarios de la organización. Organigrama de la empresa y ubicación del puesto de trabajo en el organigrama.
 - Información sobre la historia de la organización, incluidos visión y proyectos de sus fundadores, filosofía, principios y valores, principales obstáculos y dificultades enfrentadas y la forma como se superaron, trayectoria y evolución a través del tiempo en aspectos humanos, técnicos, administrativos, locativos, etc., y reconocimientos obtenidos.
 - Ubicación geográfica, formas de acceso, sedes, así como aspectos relacionados con la seguridad, entre otros.
 - Información sobre las principales políticas y procedimientos de gestión humana, políticas de reconocimiento, remuneración, posibilidades de desarrollo personal, acceso a los servicios de bienestar.
 - Los mecanismos formales de comunicación establecidos por la empresa, por ejemplo para la solicitud de permisos y vacaciones. Conductos regulares para resolver inquietudes relacionadas con el trabajo.
 - Los derechos y deberes de los trabajadores, los reglamentos y normas.
 - Información sobre el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- Información sobre los comités institucionales: comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, comité de convivencia laboral, entre otros.
- Información sobre las acciones de prevención del acoso laboral, incluyendo los procedimientos para la solución de conflictos interpersonales.
- Contenido de la inducción a las áreas y a las personas con quienes tendrá relación próxima.
 - A partir del organigrama actualizado se especifican las áreas y las personas con quienes el trabajador requiere interactuar para el desarrollo de su trabajo o para acceder a servicios de bienestar dentro de la organización. Es útil disponer de una lista con las áreas y datos de contacto (nombre, teléfono, correo electrónico, ubicación).
- Contenidos de la inducción al puesto de trabajo
 - Incluir los objetivos del cargo y su relación con los del área y los de la organización, funciones, margen de autonomía, resultados e impacto que tiene el cargo, ubicación física del puesto de trabajo, herramientas o equipos, manejo de dificultades más frecuentes, conductos regulares, etc. Servicios de salud y seguridad en el trabajo, así como los factores de riesgo y los mecanismos de control, protocolo de actuación frente a los accidentes, y emergencias, etc.
- (ii) Establecer las necesidades para la reinducción
 - El área o responsable de la gestión del talento humano, en coordinación con los jefes de área, identifican las necesidades de reinducción. Se considera importante hacer la reinducción para los siguientes fines:
 - Actualizar a los trabajadores sobre el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
 - Ofrecer información sobre cambios organizacionales.
 - Presentar al trabajador el nuevo puesto de trabajo, sea por rotación, ascenso o reubicación.
 - Cuando el trabajador tenga dificultades con la información general de la organización o del puesto de trabajo.

(iii) Definir la metodología para el desarrollo de la inducción / reinducción

El área o responsable de la gestión del talento humano define los aspectos metodológicos de la inducción o reinducción, los cuales implican:

- Definir los recursos humanos, físicos, económicos y el tiempo para la realización de la inducción o la reinducción.
- Definir las técnicas de socialización de la información, por ejemplo charlas o talleres, los recursos que cumplan el requerimiento de interacción (audiovisuales, material impreso, páginas web, entre otros).
- Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)⁸ para facilitar el desarrollo de varios contenidos de la inducción. Al definir los recursos didácticos es necesario atender los principios de la andragogía⁹ a fin de mantener la interacción y por ende facilitar la apropiación de la información y la solución de dudas e inquietudes.
- La duración de los procesos de inducción es variada; esta debe obedecer a las necesidades de la organización y del trabajador, así como a la complejidad del trabajo.
- Diseñar un cuestionario para evaluar el aprendizaje de los contenidos impartidos en la inducción, y un cuestionario para evaluar la calidad del proceso de inducción (Grados, 2013).

El resultado de la planeación es un documento con los contenidos, la metodología e instrumentos de evaluación.

8. Conjunto de tecnologías desarrolladas para gestionar información y comunicarla. Incluyen las tecnologías para almacenar, recuperar y enviar o recibir información.

9. Conjunto de las técnicas de enseñanza orientadas a educar personas adultas.

Para desarrollar la inducción en la organización, el empleador puede (Grados, 2013):

- (i) Realizar inducción general a la organización

El área o responsable de la gestión del talento humano se encarga de informar a los nuevos trabajadores acerca de la organización. Complementariamente el responsable del área correspondiente se encarga de dar la información sobre el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. En cualquier caso se puede presentar la información de forma oral o escrita, siempre que ello sea lo más adecuado para su comprensión. Al final de esta etapa se aplica al trabajador un cuestionario corto (cinco preguntas) y se socializan las respuestas para identificar el grado de aprendizaje.
- (ii) Realizar inducción a las áreas y al(los) grupo(s) de trabajo
 - Presentar al trabajador el organigrama con nombres de los encargados de las diferentes áreas y en lo posible incluir fotos para facilitar el reconocimiento, así como cargos, jerarquías, puestos de trabajo que desempeñan la misma función o afines y nombres y datos de las personas contacto dentro del área de trabajo.
 - Hacer un recorrido por la planta física para presentar las personas contacto en cada unidad y suministrar información general de las áreas que resulte de interés para el trabajador.
 - Presentar a jefe inmediato y compañeros del área. Una reunión informal ayuda a la inmersión del trabajador y promueve la comunicación.
- (iii) Ejecutar la inducción al puesto de trabajo

Esta actividad se realiza a través del jefe inmediato, y en caso de labores especializadas se incluye a un trabajador con amplia experiencia en las funciones del cargo. Esta inducción se realiza en el puesto de trabajo e incluye:

 - Presentación de los objetivos, funciones, margen de autonomía, resultados e impacto que tiene el trabajo para la organización; además se entrega al nuevo trabajador un documento con la descripción del

puesto de trabajo. En esta fase se “enseñan” las funciones específicas con el uso de técnicas como la demostración – ejecución en la que quien hace la demostración realiza la actividad y explica detalles de la misma. Enseguida se incentiva al nuevo trabajador para que realice la tarea y se suministra retroalimentación en la ejecución del paso a paso.

- Entrega de equipos, herramientas y material de trabajo. Es pertinente especificar el uso de los equipos y pautas de actuación frente a problemas o al mal funcionamiento de los mismos.
- Explicación de la rutina de trabajo. Deben darse a conocer los horarios de trabajo, pausas y espacios como el comedor, baño, entre otras. Se especifican los tiempos para la realización de las actividades y los tiempos de entrega, así como el desarrollo de actividades fuera de la organización, periodicidad, sitios y actividades puntuales.
- Entrega del puesto de trabajo y del espacio físico donde se desarrollan las actividades, así como presentación de los espacios de interacción con el grupo de trabajo (sala de reuniones, cafetería, etc.).
- Indicación de las líneas de comunicación para consultar inquietudes en la organización del trabajo y en la obtención de retroalimentación.
- Explicación de las responsabilidades (resultados, dirección de personal, bienes, información confidencial, salud y seguridad de otros).
- Explicación de la exposición a factores de riesgo propios del puesto de trabajo, así como el control sobre estos. Se incluye información sobre el protocolo de actuación frente a los accidentes y emergencias.

(iv) Realizar la reinducción

La reinducción suele ser ejecutada por el área o responsable de la gestión del talento humano e implica las siguientes acciones:

- Informar a los trabajadores sobre los cambios organizacionales y las formas de participación, así como acerca del impacto que tales cambios tienen en las personas.
- Informar anualmente a los trabajadores sobre el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y sobre los avances y resultados.
- Para el personal que cambia de cargo se realiza la inducción correspondiente al nuevo puesto de trabajo.

Verificar Verificar Verificar

(i) Evaluar el proceso de inducción y reinducción

La medición está a cargo del área o responsable de la gestión del talento humano. Para evaluar el proceso de inducción y reinducción se sugieren las siguientes actividades:

- Aplicar un cuestionario al trabajador para verificar la adquisición de aprendizajes fruto de la inducción o reinducción.
- Utilizar indicadores tales como:
 - Cobertura: número de trabajadores que asistieron a la inducción / número de trabajadores que ingresaron a la organización.
 - Cobertura de reinducción: número de trabajadores que asistieron a la reinducción / número de trabajadores objeto de la reinducción.

Actuar Actuar Actuar

(i) Realizar mejora continua al proceso de inducción y reinducción mediante

- La definición de planes de mejora en función de los resultados de los indicadores.
- Revisar y actualizar la inducción periódicamente para incluir cambios importantes de la organización.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que esta acción se convierta o se reitere como factor protector es necesario que se mantenga en el tiempo y que todas las personas que se vinculen reciban la inducción; además, si la reinducción se realiza periódicamente, las personas se informan de los avances y cambios de la organización.

3.6 PROMOCIÓN DEL APOYO SOCIAL EN LA ORGANIZACIÓN

a. Objetivo(s) de la acción

Promover y fortalecer el apoyo social entre los trabajadores de la organización.

b. Tipo de acción

Promoción de factores protectores.

c. Población objeto de la acción

Todos los trabajadores de la organización.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

A través de esta acción se aborda la dimensión de relaciones sociales en el trabajo, por cuanto la misma promueve el contacto del trabajador con otros individuos y fortalece la cohesión e integración, al tiempo que facilita la realización de acciones que implican colaboración para lograr un objetivo común.

Limitaciones

En las organizaciones que predomina el estilo de liderazgo autoritario y una estructura organizacional vertical poco abierta al cambio, es poco factible que se acoja esta acción de promoción psicosocial.

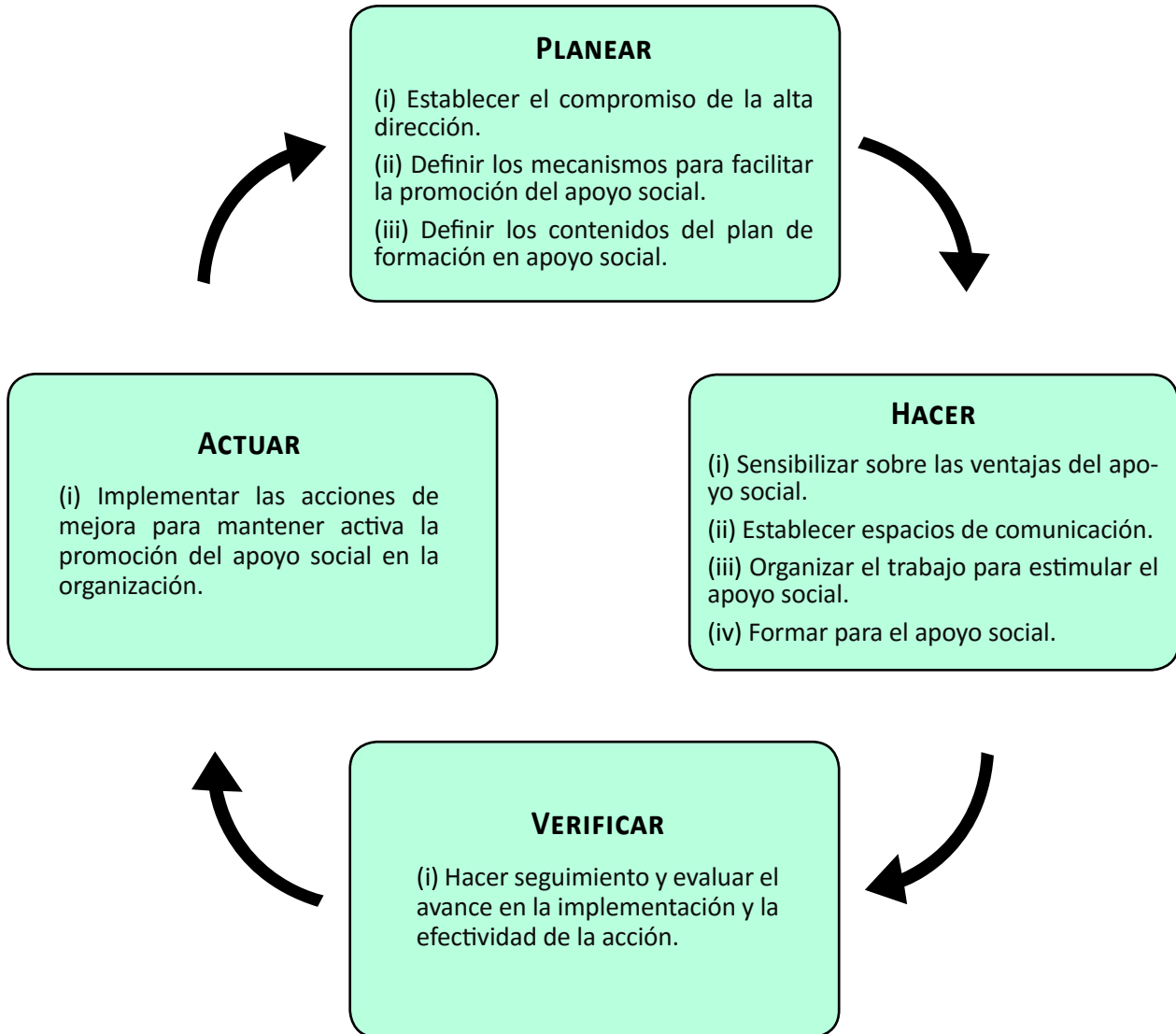
e. Actores involucrados en la implementación

- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Responsable de la seguridad y salud en el trabajo
- Jefes
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La acción está encaminada a fortalecer el apoyo social entre los trabajadores; para ello es útil desarrollar un conjunto de actividades que se describen a continuación mediante las diferentes etapas del ciclo PHVA (Figura 6).

Figura 6. Ciclo PHVA de la acción “Promoción del apoyo social en la organización”



Verificar

- (i) Hacer seguimiento y evaluar el avance en la implementación y la efectividad de la acción

El seguimiento está a cargo del área o responsable de la gestión del talento humano y la medición de la efectividad se puede realizar mediante grupos focales en los que se indague la percepción de las personas sobre las prácticas de apoyo social en el grupo de trabajo.

Actuar

- (i) Implementar las acciones de mejora para mantener activa la promoción del apoyo social en la organización

Según los resultados de la evaluación de la acción se proponen nuevas actividades de reforzamiento para asegurar que el apoyo social se convierta en un valor que caracterice las relaciones entre colaboradores. Esta actividad debe estar liderada por el área o responsable de la gestión del talento humano, pero a su vez debe propiciar la participación de personas de diversas instancias.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

El apoyo social es en sí misma una acción de promoción de los factores protectores, sin embargo para mantenerla es necesario realizar acciones de reforzamiento.

3.7 APROVECHAMIENTO INTEGRAL DE HABILIDADES Y DESTREZAS INDIVIDUALES

a. Objetivo(s) de la acción

Capitalizar habilidades y destrezas individuales diferentes a las requeridas para las funciones propias del cargo, mediante la participación en actividades diversas, distintas de las funcionales.

b. Tipo de acción

Promoción de los factores psicosociales protectores.

c. Población objeto de la acción

Todos los trabajadores de los diversos niveles organizacionales.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La dimensión psicosocial que impacta directamente esta acción es la promoción de oportunidades de desarrollo y uso de habilidades y destrezas, ya que permite capitalizar las competencias¹⁰ diferenciales de los trabajadores.

De otra parte, la acción contribuye a incrementar la percepción de recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza, en cuanto que brinda al trabajador un espacio para satisfacer otras necesidades y motivaciones diferentes a las puramente laborales.

Limitaciones

La ejecución de actividades diferentes a las asignadas al cargo puede traducirse en un aumento de carga para el trabajador, así como en la necesidad de extender la jornada laboral, situaciones que deben controlarse para evitar efectos adversos.

e. Actores involucrados en la implementación

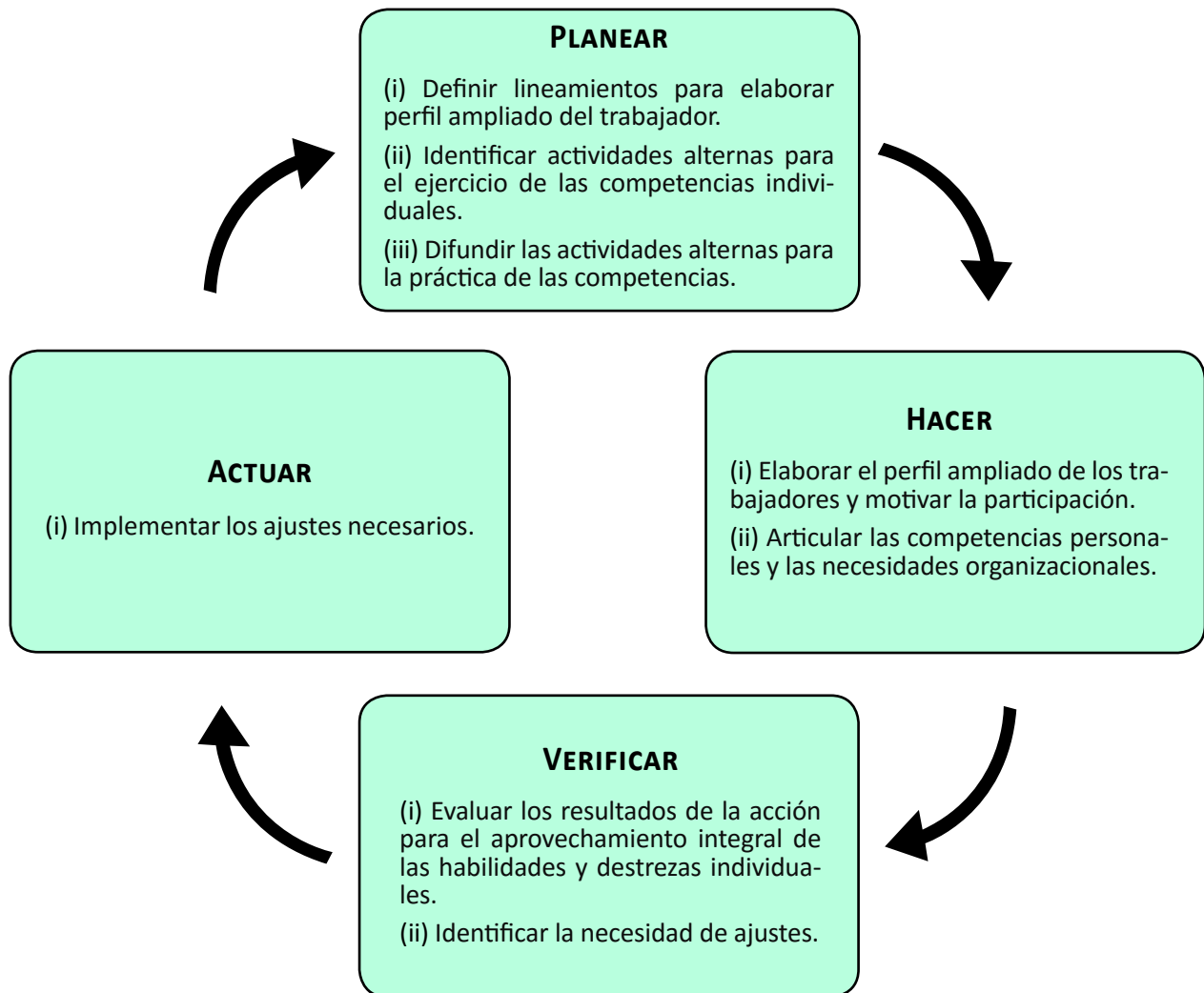
- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes inmediatos y jefes de las áreas en la que se vinculará el trabajador de forma temporal para realizar su actividad complementaria.

10. Combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoin y Vargas, 2002).

f. Descripción de la acción

La acción de intervención se soporta en la identificación de oportunidades para ejercitar las habilidades, conocimientos e intereses que el trabajador no emplea habitualmente en su trabajo. Tales oportunidades se pueden encontrar en actividades temporales o permanentes que se suceden al interior de la organización. La efectividad de la acción de aprovechamiento integral de habilidades y destrezas individuales dependerá en buena parte de la articulación de necesidades de la organización con las competencias e intereses de las personas, caso en el cual se constituye en una oportunidad de beneficio para ambas partes.

Figura 7. Ciclo PHVA de la acción “Aprovechamiento integral de habilidades y destrezas individuales”



- (i) Definir lineamientos para elaborar el perfil ampliado del trabajador
- El área o responsable de la gestión del talento humano, conjuntamente con los jefes de las diferentes dependencias, definen el mecanismo más ágil posible para recopilar la información sobre los factores motivacionales y las competencias personales de los trabajadores a su cargo, las cuales no necesariamente se relacionan con las funciones del cargo que ocupan. Por ejemplo, un profesional o técnico en el campo de administración puede tener destrezas en un deporte, o un operario puede tener habilidades artísticas.

Una opción para recoger la información de las habilidades de las personas es aprovechar el proceso de selección, por ejemplo con unas sencillas preguntas que indaguen por las aficiones y competencias y por el interés de canalizarlas en actividades diferentes a las funciones del cargo.

- (ii) Identificar actividades alternas para el ejercicio de las competencias individuales

Mediante reuniones convocadas por el área o responsable de la gestión del talento humano, con la participación de algunos trabajadores y jefes, se hacen lluvias de ideas centradas en la identificación de actividades alternas para el ejercicio de las competencias individuales diferentes a las requeridas por el trabajo. Algunos ejemplos de actividades son: la participación en procesos de inducción a la organización o al área de trabajo y la participación como facilitador de procesos de entrenamiento¹¹ y capacitación¹² (diseño, evaluación o ejecución); la coordinación o apoyo en actividades deportivas, recreativas o culturales; la participación en brigadas de seguridad y salud, u otras instancias tales como el comité paritario de seguridad y salud, el comité de convivencia laboral, etc.

- (iii) Difundir las actividades alternas para la práctica de las competencias
- Las áreas de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo, dependiendo de la naturaleza de la actividad, divulgan la información mediante carteleras, boletín, circular, correo electrónico, sitio web, reuniones de las dependencias, etc.

11. Optimización sistemática de la competencia de acción específica de unas exigencias que posee una persona o un grupo (Nitsch *et al.*, 2002).

12. Adquisición sistemática de actitudes, conceptos, conocimientos, roles o habilidades con los que se obtiene una mejoría del desempeño del trabajo (Carnevale, y Goldstein, 1991).

Verificar

(ii) Identificar la necesidad de ajustes

Con base en la información anterior, el área o responsable de la gestión del talento humano, conjuntamente con el trabajador y el representante de la dependencia a la que se brindó el apoyo, determinan la necesidad o conveniencia de mantener la actividad o de realizar ajustes.

Actuar

(i) Implementar los ajustes necesarios

El área o responsable de la gestión del talento humano, conjuntamente con las instancias pertinentes, proceden a efectuar las modificaciones a que haya lugar o a mantener las condiciones que dieron origen a la participación del trabajador.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que esta acción se mantenga como un factor protector se requiere que la organización monitoree periódicamente si el trabajador continúa motivado e interesado por la misma y si dispone de los medios y tiempo requeridos para participar. Si es necesario se incorporan los ajustes o modificaciones que se requieran.

Es igualmente importante que se actualice periódicamente la información del perfil ampliado de los trabajadores para visualizar nuevas alternativas de articulación en la dinámica organizacional.

3.8 CLARIDAD DEL ROL COMO PILAR DEL DESEMPEÑO

a. Objetivo(s) de la acción

Asegurar que tanto el trabajador que desempeña un cargo como quienes tienen relación funcional o jerárquica con el mismo, tengan claridad sobre los objetivos, las responsabilidades de cada uno, el alcance, los conductos regulares, los requerimientos de calidad y cumplimiento, los procedimientos, los flujos de información, la actuación en caso de urgencia y las formas y espacios de relacionamiento mutuo, para el ejercicio eficaz de las funciones a cargo.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Esta acción se encuentra dirigida a todo personal y de manera particular a quienes en la evaluación de factores psicosociales identificaron como factor de riesgo la carencia de claridad del rol.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La acción de intervención impacta de forma directa la dimensión de claridad del rol, puesto que permite que tanto el titular de un cargo como quienes tienen relación funcional o jerárquica con él, tengan clara, precisa y oportuna información sobre las características, objetivos y alcance del cargo, como condición para facilitar el desarrollo del trabajo y la articulación de acciones entre las diversas dependencias, además de posibilitar la consulta de información actualizada de manera ágil y oportuna.

En lo concerniente a la gestión del desempeño, la claridad del rol constituye la base frente a la cual tanto el trabajador como su jefe inmediato efectúan la confrontación entre los resultados obtenidos y los esperados, y por tanto aporta el insumo para el seguimiento y la retroalimentación. De otra parte, la claridad del rol reduce las posibilidades de problemas y conflictos al interior del grupo de trabajo derivados de traslapes o vacíos en la articulación con las funciones de otros cargos; impactando positivamente la dimensión relaciones sociales en el trabajo.

La acción facilita la actualización de perfiles de cargo y resulta útil cuando se presentan cambios en el contenido del trabajo, cuando se incorporan nuevas tecnologías o se modifican procesos. Los perfiles de cargo son una entrada para procesos de inducción, seguimiento al desempeño, asignación de salarios, entre otros.

El papel del “validador(es)” del contenido del cargo que realiza el trabajador, su jefe u otra instancia, asegura la aceptación y acuerdo con la descripción y contribuye a contrastar las expectativas de la organización frente al cargo, al igual que las del trabajador respecto de su aporte al proceso y a los objetivos del mismo; en consecuencia, la acción que se hace sobre la claridad del rol también impacta la dimensión de consistencia del rol.

La definición y comprensión de los objetivos del cargo incrementan el control que el trabajador ejerce sobre su propio trabajo; además, la posibilidad de conocer sus avances le permite autoevaluar y ajustar su desempeño y tomar decisiones para solucionar problemas. Una ventaja adicional de esta intervención es que permite una mayor satisfacción de las personas cuando alcanzan los objetivos propuestos en su trabajo.

Limitaciones

Para que la acción de claridad del rol funcione adecuadamente no basta con tener la descripción del cargo; es necesario canalizar la información para que tanto el trabajador como las personas que ocupan cargos con los que interactúa funcional o jerárquicamente tengan igual claridad. Es ineludible dedicar tiempo y recursos para dar a conocer a cada trabajador la información relativa a su cargo de manera oportuna, a través de mecanismos que favorezcan su apropiación.

La utilización de los perfiles de cargo como herramienta para controlar la claridad del rol requiere esfuerzos y recursos para establecer, ajustar o actualizar su descripción y su posterior divulgación, en la medida en que ocurran cambios en la organización del trabajo. Es probable que en las épocas pico o de mayor exigencia en términos de productividad, se reduzca la dedicación de esfuerzos de divulgación.

Así mismo, la acción propuesta enfrenta limitaciones cuando las tareas son cambiantes o cuando no se cuenta con información suficientemente documentada acerca del contenido del cargo, del proceso productivo o del servicio.

3.8 CLARIDAD DEL ROL COMO PILAR DEL DESEMPEÑO

Por otro lado, la implementación de esta acción se hará más difícil ante la existencia de inadecuados canales y flujos de comunicación, así como cuando se presentan funciones contradictorias o ambiguas.

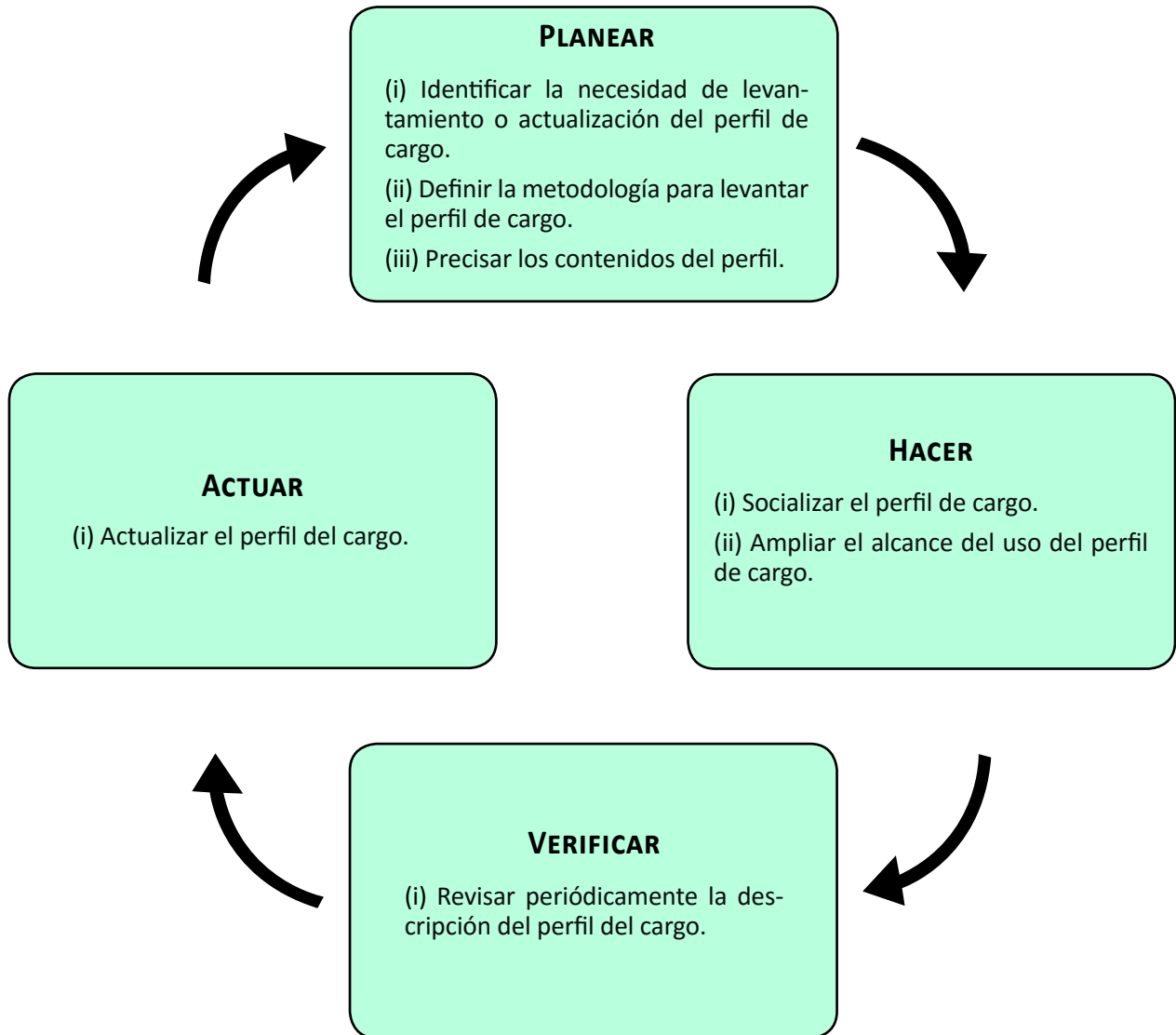
e. Actores involucrados en la implementación

- Área o responsable de la gestión del talento humano (dependencia encargada del proceso de selección, inducción, contratación y evaluación de la gestión del desempeño).
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Jefe del área a la que pertenece el cargo objeto de la intervención (supervisor, coordinador, jefe, subdirector, etc.).
- Jefes y trabajadores de área(s) y cargos con lo(s) que se establece relación funcional o jerárquica.
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La presente acción de intervención, diseñada con miras a brindar un soporte para que las organizaciones tengan información sobre los aspectos mínimos que deben considerarse para asegurar la claridad del rol, contempla aspectos que se resumen en la figura 8 y que se amplían en la descripción de las fases correspondientes en el marco del ciclo PHVA.

Figura 8. Ciclo PHVA de la acción “Claridad del rol como pilar del desempeño”



- (i) Identificar la necesidad de levantamiento o actualización del perfil de cargo

La decisión de levantar perfiles de cargo o de actualizarlos puede derivarse de diversas fuentes tales como los resultados de la evaluación de factores psicosociales, particularmente cuando se detecta un riesgo alto en la dimensión claridad del rol; en segundo lugar, problemas detectados en la evaluación de la gestión del desempeño, particularmente en lo que respecta a ambigüedad de los objetivos, funciones, requisitos, etc. La necesidad también puede obedecer a una decisión de la alta dirección de la organización, a la recomendación de una autoridad externa o de una exigencia normativa, etc. Incluso, es probable que aún contando con perfiles de cargo, estos lleven mucho tiempo sin ser actualizados y por tanto presentan desfases significativos ente el perfil formal y el real. En algunos casos, aún existiendo y estando vigentes los perfiles de cargo, es posible que no se hayan dado a conocer a quien lo desempeña o a quienes tienen una relación funcional con el mismo.

El área o responsable de la gestión del talento humano es la encargada de velar porque se documenten los perfiles de los cargos, se den a conocer a quienes los van a desempeñar y al personal con quien se establecen relaciones de tipo jerárquico, administrativo o funcional, con el fin de garantizar una adecuada integración. La definición de los perfiles de cargo debe estar articulada con los Sistemas de Gestión de Calidad y de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- (ii) Definir la metodología para levantar el perfil de cargo

La metodología con la que se levantan o actualizan los perfiles de cargo puede variar de manera sustancial entre una organización y otra, dependiendo de múltiples variables, sin embargo los mismos se deben documentar de manera participativa.

Una vez documentado el perfil se valida su contenido con la descripción que hacen las personas que desempeñan el cargo y con quienes tienen fuerte relación con el mismo. La validación puede tener distintos protagonistas dependiendo de la dinámica de trabajo y del conocimiento de las tareas; por ejemplo, si se trata de un

trabajo especializado, la mejor validación será entre el jefe del área correspondiente y el trabajador que desempeña esta función. La participación del área o responsable de la gestión del talento humano se centrará en orientar la estructura del documento y la información mínima que requiere el perfil para que sea tomada en cuenta por los validadores.

(iii) Precisar los contenidos del perfil del cargo

Esta actividad requiere tener presente la visión, misión y valores organizacionales, dado que los objetivos que se planteen para el cargo deben aportar a estos pilares.

Los aspectos básicos a incluir en el perfil se relacionan con la ubicación dentro del organigrama, las relaciones jerárquicas y de coordinación, los objetivos y responsabilidades, las funciones, el nivel de autonomía en cada área de responsabilidad, los resultados esperados, las instancias o cargos internos o externos con los que establece relación en función de su trabajo y las competencias que debe poseer quien lo desempeña.

(i) Socializar el perfil de cargo

La información relacionada con el perfil del cargo se socializa con el trabajador antiguo¹³ o con quien recién ingresa, a través de la inducción o reinducción a la organización, al área y al cargo.

En función de facilitar la articulación para un desempeño eficaz, esta actividad se complementa con la información a los trabajadores que tienen relación funcional o de dependencia directa o indirecta, acerca de las especificaciones del cargo en los aspectos que les conciernen (responsabilidades, mecanismos de comunicación, atribuciones, etc.). De igual forma, la descripción y el perfil del cargo deben quedar disponibles para consulta permanente tanto del titular del cargo como por las personas con quienes se establece interacción funcional.

13. Cuando corresponde a una actualización o cuando el trabajador ha estado separado del ejercicio del cargo por tiempo prolongado.

Verificar Hacer Hacer Hacer Hacer Hacer

Puesto que los objetivos del cargo orientan las acciones del trabajador en el desempeño cotidiano, se requiere que los mismos sean precisos y tengan clara relación de contribución con los objetivos del área y con los de la organización.

La acción de intervención consiste entonces en asegurar que la definición de los objetivos de un cargo y la dirección y el seguimiento a sus avances estén alineados, sean claros, estén integrados a los del área correspondiente y faciliten la obtención de los resultados.

(ii) Ampliar el alcance del uso del perfil de cargo

La versión completa del perfil del cargo tiene varias utilidades; entre las más representativas están:

- Como material de inducción al personal que ingresa para desempeñar el cargo de forma temporal o definitiva.
- Como material de reinducción para casos de reingreso al cargo después de ausencias por traslado, participación en proyectos, incapacidad prolongada, etc.
- Como insumo para el proceso de seguimiento de la gestión y para el otorgamiento de reconocimientos organizacionales.

(i) Revisar periódicamente la descripción del perfil del cargo

Es necesario revisar periódicamente la descripción y el perfil del cargo con miras a identificar diferencias entre la descripción formal y el ejercicio en la práctica, así como las imprecisiones que llevan a desfases, a duplicar esfuerzos o a causar roces o conflictos, para proceder a ajustarlas.

(i) Actualizar el perfil del cargo

El perfil del cargo se actualiza cuando se presentan cambios en la dinámica de trabajo o en la estructura del área, y se socializa de nuevo a través de reinducción con el personal correspondiente.

De otra parte se requiere divulgar los cambios que se realicen en torno a la descripción y al perfil del cargo, de manera que tanto el titular como las personas con la que interactúa funcionalmente con el mismo permanezcan actualizadas y realicen los ajustes requeridos. Para este despliegue puede recurrirse a diversos medios tales como circulares, correo electrónico, publicación en la página de intranet, reuniones, entrevistas, etc.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que esta acción se convierta o se mantenga como un factor protector se requiere que exista claridad en la definición y comunicación al trabajador sobre lo que se espera de su desempeño en el cargo, particularmente en torno a los objetivos, funciones, resultados, nivel de autonomía e impacto dentro de la organización. Esta información también debe brindarse a los trabajadores que ocupan un cargo de manera temporal, sea por reemplazo de vacaciones, incapacidad, permisos o cualquier otra causa.

Así mismo, es necesario que los perfiles de cargo generen valor en cuanto tengan aplicación en otros procesos de gestión del talento humano, tales como el seguimiento a la gestión del desempeño, la selección, la inducción, la reinducción y la definición de planes de desarrollo, entre otros.

La coherencia que tengan la organización, el jefe inmediato y el personal de las instancias con la que interactúa el titular del cargo en función de su trabajo, frente a los alcances, objetivos y funciones propias del cargo, constituye una variable de gran peso frente a la opción de que la claridad del rol se mantenga como un factor protector desde la perspectiva psicosocial.

3.9 CONSTRUCCIÓN DEL AJUSTE PERSONA – TRABAJO

a. Objetivo(s) de la acción

Favorecer el ajuste entre el trabajador y el perfil del cargo en términos motivacionales, actitudinales y de competencias personales y laborales.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

c. Población objeto de la acción

- Todos los trabajadores de la organización.
- Aspirantes al cargo dentro del proceso de selección.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La definición del contenido y requisitos del cargo, y el desarrollo de un proceso de selección o evaluación que cuente como insumo con ese perfil, contribuyen a que el trabajador se sienta cómodo, motivado e identificado con los objetivos y responsabilidades de la posición que ocupa y que cuente con la opción de capitalizar al máximo los recursos personales y profesionales para responder a los retos y exigencias de la posición. Por tanto, la construcción del ajuste persona - trabajo impacta positivamente y prioritariamente la dimensión de oportunidades de desarrollo y uso de habilidades y conocimientos.

La acción es igualmente útil cuando se presentan modificaciones importantes en el contenido del cargo o en los procesos que se realizan, o cuando se trata de casos en los cuales es necesario evaluar el grado de ajuste o identificar brechas para establecer un plan de desarrollo del individuo que puede superarse mediante capacitación, actuando en consecuencia sobre esta dimensión.

Al facilitar la identificación de los trabajadores con las tareas a su cargo y la posibilidad de autorrealización, la acción también contribuye a fortalecer la dimensión de reconocimiento y compensación y en consecuencia contribuye a elevar los niveles de satisfacción.

La documentación y estandarización de la información sobre los objetivos, funciones, características y exigencias del cargo, constituye un valioso insumo para los procesos de entrenamiento¹⁴ y permite a quien ocupa el cargo tener claridad de su rol.

Limitaciones

Para que la acción de intervención funcione adecuadamente debe soportarse en una descripción precisa del cargo, además de que la misma se utilice como insumo del proceso de selección o evaluación para reubicación o promoción. Se requiere igualmente que en estos procesos se utilicen instrumentos de evaluación que permitan la apreciación objetiva de los aspectos exigidos por el perfil del cargo, que aporten información predictiva sobre la adaptación productiva del candidato en el mediano y largo plazo, reduciendo de esta forma la posibilidad de rotación.

Una limitante de la acción de ajuste persona - trabajo es el costo que representa la inversión de tiempo, recursos humanos y económicos para el levantamiento o actualización de los perfiles, la utilización de baterías o instrumentos psicotécnicos que se emplean para la evaluación, el entrenamiento y el acompañamiento inicial que requiere un trabajador hasta suplir las brechas que se encuentren entre su perfil y el requerido por el cargo. No obstante, dependiendo de variables tales como la estructura y tamaño de la organización, es posible que muchas empresas, ya cuenten con la descripción de los cargos.

e. Actores involucrados en la implementación.

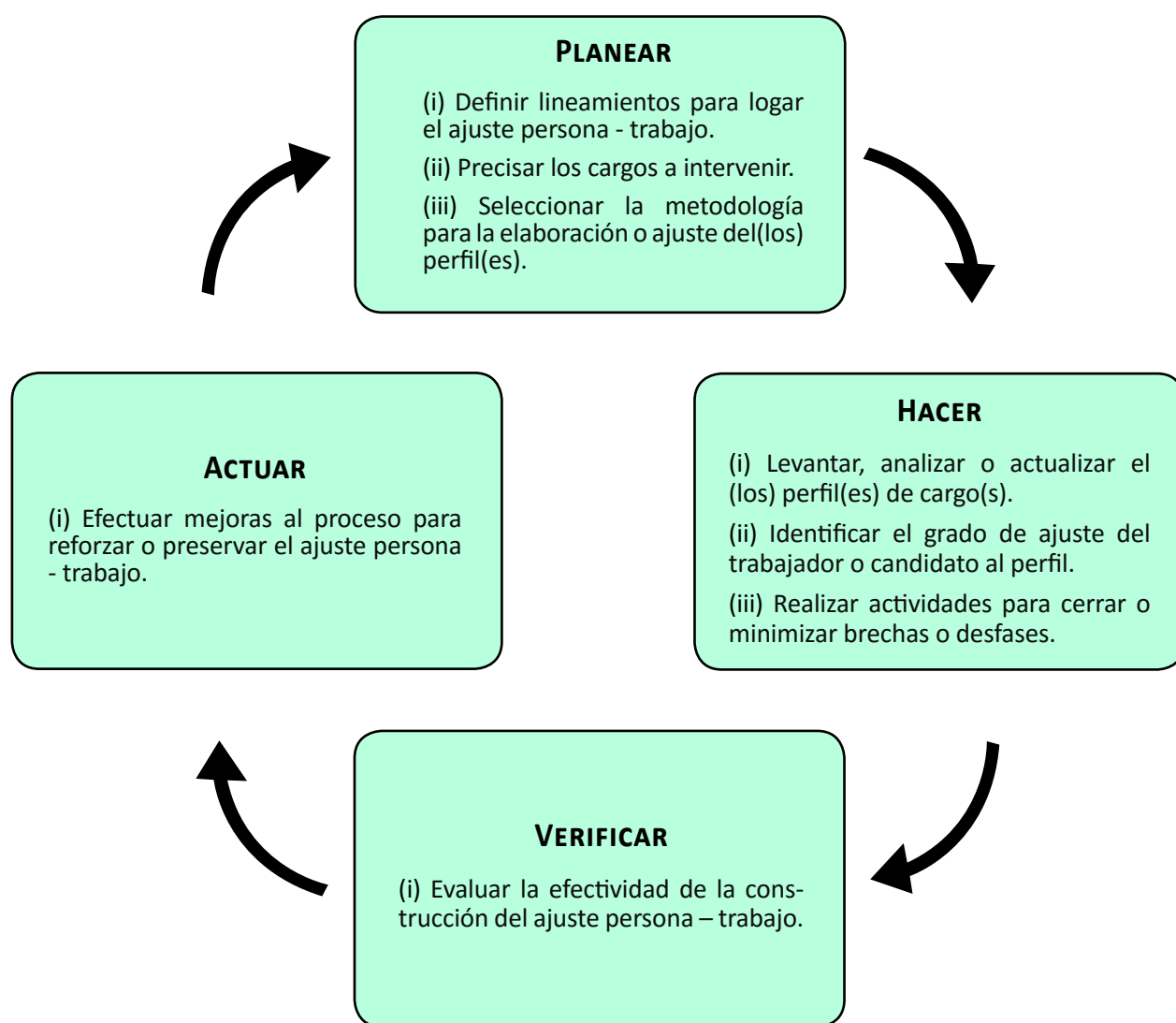
- Área de gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Jefe(s) inmediato(s).
- Jefes de dependencias con las que el cargo establece relación funcional.
- Dependencia encargada de estructurar procesos y levantar perfiles, en caso que exista, que puede formar parte o no del área o responsable de la gestión del talento humano.
- Titular(es) del cargo (incluidos pares cuando no se trata de cargos únicos).

14. Optimización sistemática de la competencia de acción específica de unas exigencias que posee una persona o un grupo (Nitsch *et al.*, 2002).

f. Descripción de la acción

La acción busca un elevado nivel de ajuste entre las exigencias del cargo y las características, intereses y competencias personales y profesionales del candidato o trabajador que ocupa un cargo. Para lograrlo, resulta valioso que en la organización se establezcan mecanismos que favorezcan esta interrelación y se mantengan en el tiempo. A los efectos de describir el paso a paso de esta acción de intervención, se presentan las actividades que deben desarrollarse en el ciclo de gestión PHVA (ver figura 9 y descripción detallada).

Figura 9. Ciclo PHVA de la acción “Construcción del ajuste persona – trabajo”



(i) Definir lineamientos para lograr el ajuste persona - trabajo

Para propiciar el ajuste persona - trabajo, el área o responsable de la gestión del talento humano verifica si la organización cuenta con la descripción del perfil del cargo y si está formalmente establecido y documentado. En caso negativo, se determinará la viabilidad de levantarlo. Si se dispone de la descripción del perfil del cargo, se procederá a analizar su pertinencia frente a la organización del área y el nivel de correspondencia entre la descripción del perfil formalmente establecido y el real, y se procede a su actualización en caso de hallar diferencias.

(ii) Precisar los cargos a intervenir

Si bien lo ideal es contar con la descripción y el perfil de todos los cargos, es preciso priorizar el levantamiento o actualización de los mismos. En consecuencia, debe definirse sobre cuál o cuáles cargos se trabajará en primera instancia. Es posible igualmente, que el área o responsable de la gestión del talento humano conjuntamente con la de seguridad y salud en el trabajo decidan efectuar la intervención sobre unos cargos específicos a la luz de diversas necesidades tales como: solicitud directa de(los) trabajador(es), los resultados de la evaluación de factores psicosociales, la evaluación de la gestión del desempeño, la rotación, etc.

(iii) Seleccionar la metodología para la elaboración o ajuste del(los) perfil(es)

En cualquiera de los dos casos se determina si el procedimiento de levantamiento o de ajuste del(los) perfil(es) se efectúa con recurso interno o externo. El área o responsable de la gestión del talento humano es la responsable del proceso y para ello contará con el apoyo del área de seguridad y salud en el trabajo, en los aspectos concernientes a las condiciones de seguridad, salud y aspectos psicosociales. Si la organización cuenta con una dependencia encargada del levantamiento de los perfiles de cargo, será esta la que los realiza. Otras opciones son la contratación de un profesional, asesor o consultor externo.

Planear

Resulta de gran valor contar con la participación del jefe de la dependencia y del titular o titulares del(los) cargo(s), puesto que son ellos quienes pueden aportar la información necesaria.

Existen múltiples métodos para el levantamiento de la información y para el análisis del cargo, las áreas responsables se encargan de definir el método más práctico y conveniente. Estos métodos incluyen: observación y entrevista grupal o individual, utilización de cuestionarios, revisión documental y posterior validación por los titulares de los cargos, entre otros.

Hacer

- (i) Levantar, analizar o actualizar el(los) perfil(es) de cargos(s)

Para favorecer el ajuste persona - trabajo, las áreas de gestión del talento humano y la instancia encargada del levantamiento de perfiles de cargos, en caso de ser una dependencia diferente, con el apoyo del área de seguridad y salud en el trabajo procederán a efectuar las siguientes actividades según lo decidido en la planeación: descripción, análisis y determinación de las especificaciones y definición del perfil del cargo, incluidas las características de tipo físico, competencias personales y profesionales requeridas para el cargo. El nivel de complejidad de esta descripción varía igualmente.

A manera de ilustración, en el documento *Guía metodológica para la actualización de perfiles y mapas ocupacionales* (Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, 2015), se establecen aspectos básicos a considerar en un perfil: funciones, habilidades, conocimientos, nivel educativo y competencias asociadas.

Considerando que existen cargos que se van a conservar en el tiempo y otros que por el contrario van a cambiar en el corto plazo, en el perfil del cargo se debe determinar si se requiere una “persona para un cargo actual” o una “persona para un cargo futuro”. En el perfil se describe igualmente el rango de tolerancia, por encima o por debajo de los requisitos establecidos; considerando que el ajuste perfecto constituye más un parámetro de referencia ideal, que una opción real.

- (ii) Identificar el grado de ajuste entre el trabajador o candidato y el perfil del cargo

En esta fase se verifican las características y competencias en los candidatos internos y externos a través del proceso de selección, y se identifica el grado de ajuste entre la persona y los requisitos del cargo.

Para realizar el proceso de selección de un nuevo trabajador o para la reubicación o movimiento de un trabajador antiguo, puede utilizarse información derivada de diversas fuentes tales como: batería de instrumentos psicotécnicos, entrevistas, metodología para análisis y valoración situacional de competencias (*assessment center*¹⁵), resultados de la evaluación de la gestión o del desarrollo, entre otros. Estas herramientas deben dar cuenta de las competencias individuales y de los factores motivacionales de los candidatos, con el fin de seleccionar a quien tenga mayores posibilidades de adaptación y productividad en el cargo, por cuanto esto favorece la eficiencia, la motivación y la satisfacción en el trabajo.

El análisis de los resultados del proceso de selección puede mostrar que el cargo tiene requerimientos superiores a los que cumple el trabajador, que las características del perfil del cargo y el trabajador se ajusten en muy buena forma o que las características y competencias del trabajador son superiores a las exigidas por el cargo.

- (iii) Realizar actividades para cerrar o minimizar brechas o desfases

Cuando los requerimientos del cargo son superiores a los que cumple el candidato o el trabajador que lo desempeña, situación que puede obedecer a diversas situaciones tales como que el perfil de cargo es muy especializado y el número de candidatos es escaso, o que las exigencias del cargo variaron por reestructuración, cambios tecnológicos o necesidades del servicio, es necesario cerrar las brechas entre el candidato y el perfil del puesto de trabajo mediante acciones de capacitación o entrenamiento en aula o en sitio de trabajo, o asesoría o acompañamiento de un colega o jefe.

15. Técnica de valoración situacional de carácter grupal que es utilizada con frecuencia en procesos de selección de personal (ver glosario).

El aprovechamiento de trabajadores como facilitadores del desarrollo de otros es una acción que rinde doble beneficio, pues se desarrollan tanto a quien no tiene las competencias exigidas por el cargo, como a quien las tiene y las comparte en beneficio de otros.

Es importante que la labor de quienes actúan como facilitadores del desarrollo de un compañero sea reconocida, tanto en la retroalimentación de su gestión como al interior del grupo de trabajo y de la organización, a través de diversos medios como el boletín interno, una circular, la cartelera, la página intranet, en reuniones, etc. Habida cuenta que el proceso de entrenamiento que realiza el facilitador implica dedicación de tiempo y esfuerzo, se recomienda que se disminuya la carga laboral, sea posponiendo algunas actividades o redistribuyéndolas temporalmente al interior del grupo de trabajo.

Si por el contrario las competencias del trabajador resultan superiores a las exigidas por el cargo, sea desde el momento en que lo asume o como resultado de un cambio en el contenido del trabajo, o de su propio crecimiento y formación, se sugiere buscar alternativas que compensen ese desfase, con mecanismos tales como la incorporación a otros proyectos estando en el mismo cargo, o la ubicación en otra posición en la que tenga más desarrollo.

Tal como se mencionó antes, este desfase puede también corresponder a un cargo que se proyecta a futuro, en el que se requiere a un trabajador con un perfil personal y profesional sobredimensionado para el cargo actual, pero con posibilidades de proyección.

- (i) Evaluar la efectividad de la construcción del ajuste persona - trabajo

El jefe inmediato será el responsable de efectuar el seguimiento en el día a día al trabajador para verificar el grado de ajuste entre éste y su cargo. Puede apoyarse en observación y en interacción o retroalimentación directa al trabajador.

De otra parte, las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo serán responsables de efectuar seguimiento periódico al trabajador, de identificar y concertar las acciones de ajuste que se requieran para propiciar la superación de las dificultades detectadas y de favorecer su ajuste productivo y satisfactorio. Para facilitar el resultado se propone que se efectúe una entrevista de seguimiento en la primera quincena y posteriormente dos seguimientos más, espaciados en el tiempo. En estos seguimientos se analizan los resultados con el trabajador y el jefe inmediato, y se acuerdan ajustes si fueren necesarios.

Es posible efectuar una evaluación cuantitativa de la efectividad de la acción, por ejemplo si hay una rotación elevada en el cargo ligada a descontento por inadecuado ajuste persona - trabajo. El índice de rotación de personal constituye el indicador para evaluar el resultado de la intervención en un periodo preestablecido (trimestral, semestral o anual), resultado que debe ser confrontado con el indicador previo a la implementación de la intervención.

- (i) Efectuar mejoras al proceso para reforzar o preservar el ajuste persona - trabajo

Con base en los resultados de la evaluación y si persiste algún tipo de brecha en términos de competencias, se determinará si se requiere introducir ajustes en el perfil del cargo o brindar mayores posibilidades de cualificación al trabajador.

Las modificaciones derivadas de la dinámica de la organización, de cambios en la estructura organizacional, cambios tecnológicos o de procesos, pueden llevar a que el(los) perfil(es) deban ser actualizados. En todo caso, aún en ausencia de tales condiciones, se recomienda que sean revisados por lo menos cada dos años.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que esta acción se convierta o se mantenga como un factor protector se requiere que la labor permita al trabajador el uso y desarrollo de sus habilidades y conocimientos, manteniendo un equilibrio entre las exigencias del cargo y los recursos personales y profesionales, en cuyo caso el factor protector es el ajuste entre los dos componentes.

Para salvaguardar en el tiempo este factor protector se sugiere monitorear el equilibrio en la relación persona - trabajo, particularmente cuando se presentan circunstancias que pueden alterarlo, ya sea por modificaciones en el cargo o en la persona, caso en el que se requiere efectuar ajustes para preservar el balance. El monitoreo en mención se realiza mediante comunicación frecuente entre el trabajador, su jefe y un representante del área o responsable de la gestión del talento humano.

3.10 ENRIQUECIMIENTO DE PUESTOS DE TRABAJO

a. Objetivo(s) de la acción

Disminuir la exposición a tareas rutinarias, monótonas o con ritmo o control impuesto, a través de la incorporación de actividades que incrementen el sentido de integralidad del proceso, la variedad, el mejoramiento y la utilización de habilidades y destrezas individuales y colectivas.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Esta acción va dirigida a todo el personal cuyos cargos se encuentran inmersos en procesos automatizados, repetitivos, o con ritmo o control impuesto por el sistema productivo.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

Esta acción busca que el trabajador logre encontrar oportunidades de desarrollo y uso de habilidades y conocimientos y a la vez introducir variedad al trabajo, lo que contribuye a que disminuya la carga mental ocasionada por exposición a tareas repetitivas, rutinarias o monótonas.

Limitaciones

La acción requiere dedicación de tiempo, esfuerzo y recursos económicos para efectuar el análisis psicosocial de cargos y del proceso, así como el entrenamiento de los trabajadores en las tareas que conforman el proceso o ciclo a intervenir.

Una limitación adicional puede darse cuando el enriquecimiento de tareas involucra a otras áreas o departamentos, caso en el cual se aumenta el esfuerzo de coordinación de actividades. No menos importante es la consideración de los costos que acarrea el cambio de tareas, en especial en líneas de producción en las que es necesario disponer de nuevas herramientas o equipos.

3.10 ENRIQUECIMIENTO DE PUESTOS DE TRABAJO

Es posible que en algunas organizaciones el análisis y rediseño de los ciclos o procesos se efectúe únicamente bajo el enfoque de mejorar la productividad, desconociendo los impactos psicosociales, aspecto sobre el que es necesario hacer un particular esfuerzo para mantenerlo en consideración. Por ejemplo, el aumento de responsabilidades debe guardar relación con alguna forma de compensación si así fuera el caso. Debe cuidarse también el temor que genera el enriquecimiento del puesto de trabajo frente a la posibilidad de reducción de personal.

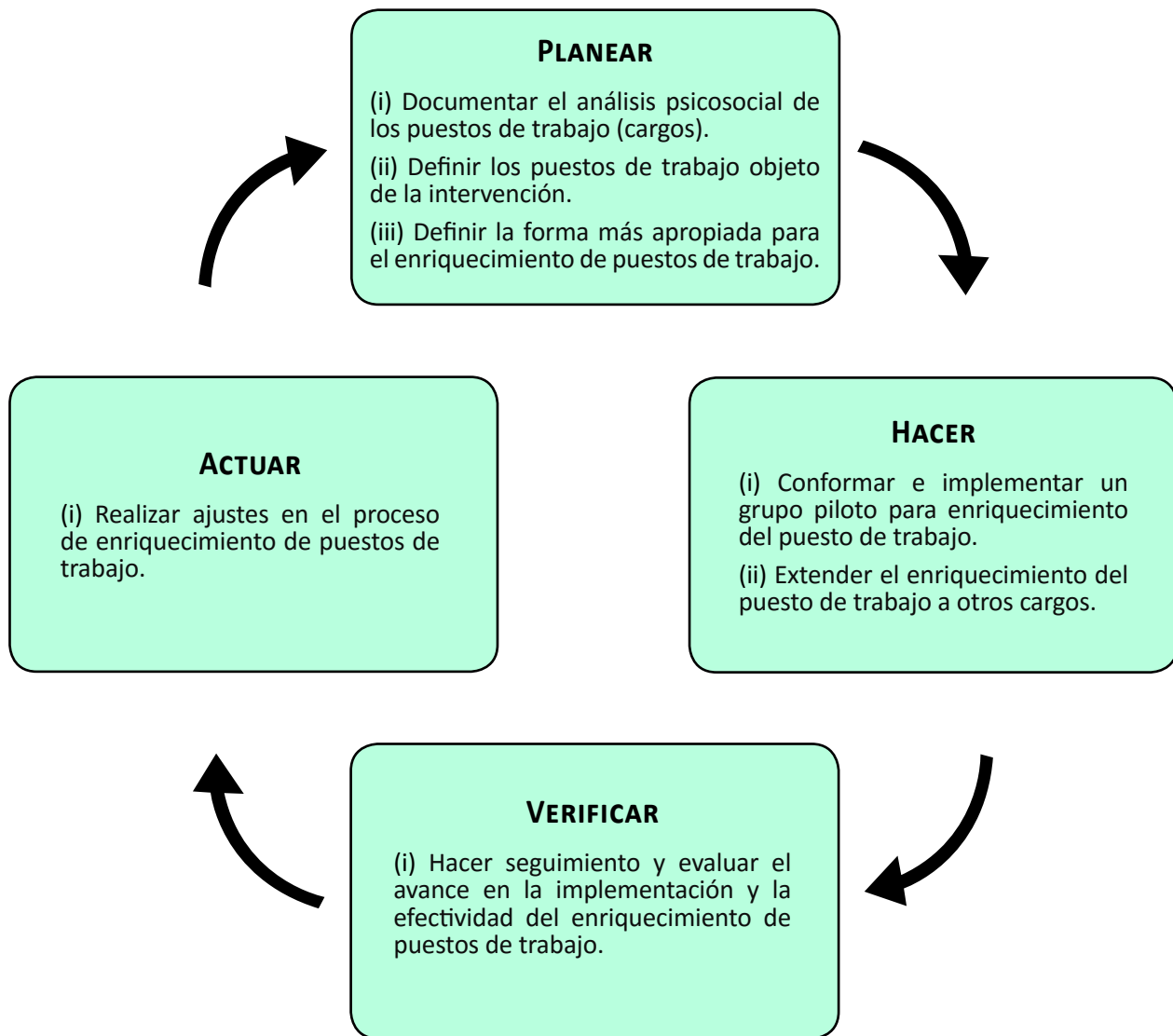
e. Actores involucrados en la implementación

- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Jefes del área (supervisores, coordinadores, jefes, subdirectores, etc.).
- Profesionales del área encargada de organizar el trabajo.

f. Descripción de la acción

La acción busca que las organizaciones incrementen el sentido de integralidad del proceso, la variedad, el mejoramiento y la utilización de habilidades y destrezas individuales y colectivas. Para ello existen algunos aspectos que permiten el enriquecimiento de los puestos de trabajo, los cuales se compilan en la figura 10 y son ampliados posteriormente en el desglose de cada etapa del ciclo PHVA.

Figura 10. Ciclo PHVA de la acción “Enriquecimiento de puestos de trabajo”



El enriquecimiento del puesto de trabajo consiste en ampliar posibilidades en el contenido de la tarea a través de la diversidad de funciones, especialmente en cargos que realizan trabajos muy repetitivos, con lo cual se abren las puertas a nuevos aprendizajes. Para enriquecer un puesto de trabajo se realizan las siguientes acciones:

(i) Documentar un análisis psicosocial de los puestos (cargos)

El responsable de la seguridad y salud en el trabajo documenta un análisis psicosocial de los puestos (cargos) que conforman una secuencia o ciclo de trabajo dentro de un proceso específico, en una línea de producción o en una cadena de servicio. El análisis permite determinar la posibilidad de efectuar modificaciones o ajustes que introduzcan mayor variedad en las tareas y que a su vez amplíen la posibilidad de realizar actividades con un sentido de mayor integralidad del proceso y con mayor proyección hacia el desarrollo del trabajador y el logro de los objetivos del cargo y del proceso.

El análisis psicosocial de los puestos de trabajo debe hacerse de forma participativa, con el concurso de un profesional de seguridad y salud en el trabajo, con los trabajadores implicados y con delegados de las áreas pertinentes, por ejemplo: producción, profesionales del área encargada de organizar el trabajo y de la gestión del talento humano (selección y entrenamiento), entre otras.

(ii) Definir los puestos de trabajo objeto de la intervención

Una vez se tiene el análisis psicosocial de puestos de trabajo se identifican las actividades que siguen ciclos repetitivos en cada cargo dentro del proceso productivo y se definen aquellos en los que se implementará la intervención.

(iii) Definir la forma más apropiada para el enriquecimiento de puestos de trabajo

Para enriquecer un puesto de trabajo se sugiere considerar las siguientes condiciones:

- Asignación de actividades completas y coherentes entre sí.

- Participación del trabajador en la reorganización del puesto de trabajo de forma que sea lógico y natural para él.
- Reorganización de las nuevas funciones acorde con las habilidades y conocimientos de quienes las van a realizar.
- Combinación de tareas especializadas y novedosas que promuevan la formación continuada. Este desarrollo debe considerar un perfilamiento acompañado del área o responsable de la gestión del talento humano que coadyuve en la atención de las necesidades de formación que surjan del enriquecimiento del trabajo. Adicionalmente requiere la participación del jefe inmediato o de un colega en el monitoreo del desarrollo de competencias del trabajador que desempeña el cargo intervenido.

Para enriquecer el puesto de trabajo se puede utilizar la ampliación vertical, en la que las nuevas funciones de nivel más elevado varían las exigencias de responsabilidad y propician un mayor uso de habilidades y conocimientos. Puede igualmente emplearse la ampliación horizontal del trabajo en la que se adicionan funciones del mismo nivel del actual cargo, caso en el cual se extiende la variedad del trabajo. Sin embargo, cualquiera que sea la opción escogida, en la integración de nuevas tareas debe procurarse que las mismas ofrezcan la posibilidad de incrementar la autonomía y la toma de decisiones de parte del trabajador.

- (i) Realizar ajustes en el proceso de enriquecimiento de puestos de trabajo
Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, conjuntamente con los jefes y trabajadores, definen planes de acción en función de los resultados del seguimiento y evaluación del proceso de enriquecimiento de puestos de trabajo. Un ejemplo de mejora es el entrenamiento de los trabajadores para fortalecer sus habilidades en la ejecución del puesto de trabajo enriquecido.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que esta acción se convierta o se mantenga como un factor protector se requiere que los ciclos de las tareas de un cargo conserven un nivel de variedad y significación que permita romper la monotonía, así como conservar adecuados niveles de alerta mental para centrar la atención sobre estímulos o información que requieren detalle.

Son también requisitos el conocimiento de las habilidades del trabajador, así como la retroalimentación continua, sumada al aseguramiento de tareas significativas acordes con las posibilidades de aprendizaje del trabajador.

3.11 FOMENTO DE MECANISMOS FORMALES DE COMUNICACIÓN

a. Objetivo(s) de la acción

Asegurar que los trabajadores de todos los niveles y las directivas de la organización, reciban información relevante, oportuna y suficiente, acerca de los asuntos de interés tanto general como particular para facilitar el desempeño y el logro de la misión y los objetivos de las áreas y los procesos.

b. Tipo de acción

Intervención primaria del factor de riesgo psicosocial.

c. Población objeto de la acción

Todos los trabajadores de la organización.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

Esta acción contribuye directamente a fortalecer la relación entre jefes y colaboradores por cuanto propicia espacios de comunicación en doble vía. De otra parte facilita la claridad de rol en cuanto que se centra en dar información clara y suficiente sobre los objetivos, las funciones, el margen de autonomía, los resultados y el impacto que tiene el cargo en la empresa.

Limitaciones

Se requieren tiempo y esfuerzos sistemáticos para ajustar el tipo y cantidad de información según el público objetivo. De otra parte, la organización debe destinar recursos para mantener actualizada la información que cambia muy rápidamente, en especial si tiene numerosos destinatarios.

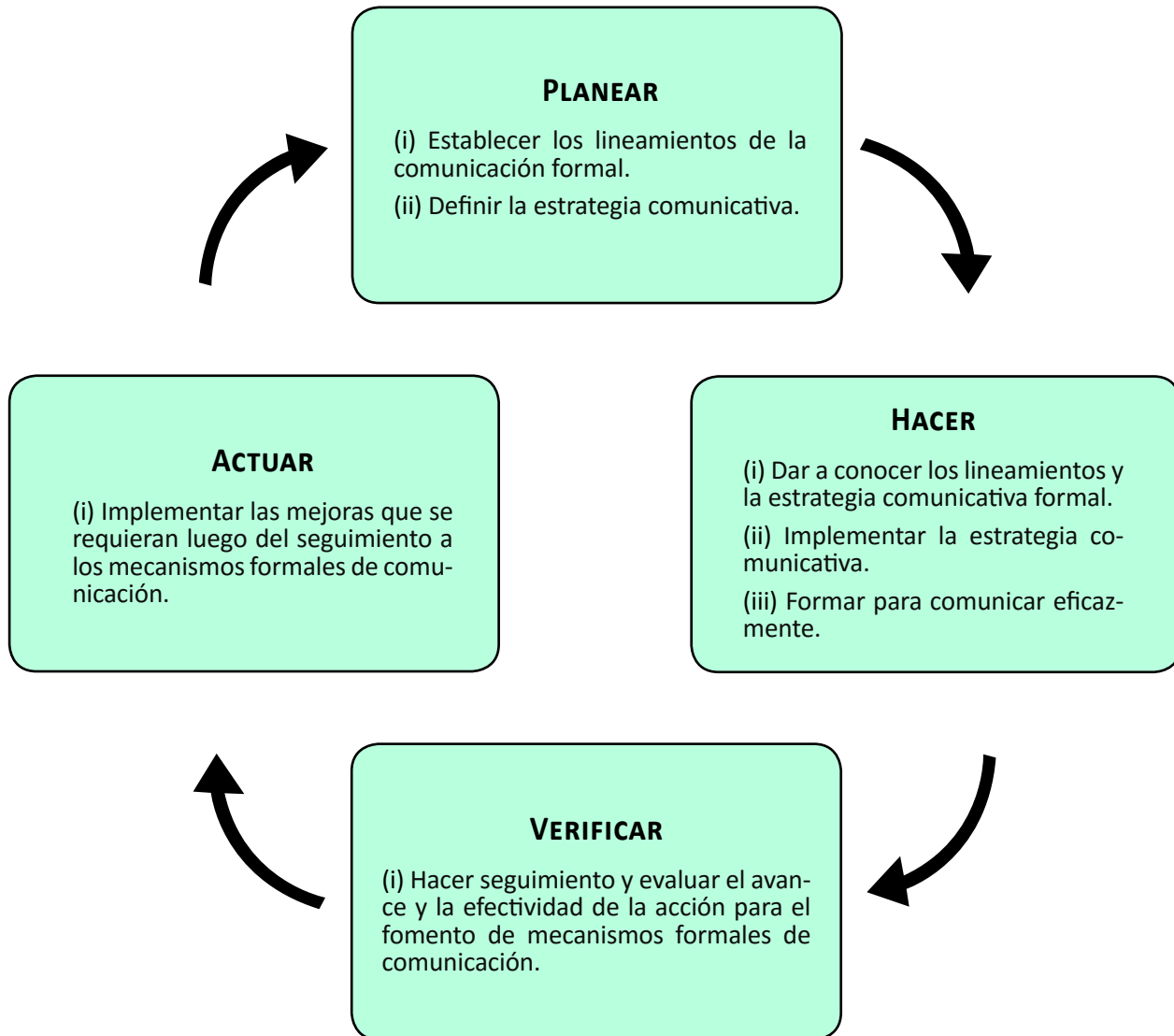
e. Actores involucrados en la implementación

- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Responsable de la seguridad y salud en el trabajo.
- Directivas y trabajadores de todos los niveles.

f. Descripción de la acción

La acción que busca fortalecer la comunicación formal de información para desempeñar la labor se desarrolla a través de varias actividades que se compilan en la figura 11 y que se amplían en el desglose de cada etapa del ciclo PHVA.

Figura 11. Ciclo PHVA de la acción “Fomento de mecanismos formales de comunicación”



La información es un recurso necesario para la realización de un trabajo y para la coordinación de esfuerzos colectivos por cuanto contribuye a optimizar los recursos y a solucionar oportuna y eficientemente los problemas, así como a tomar decisiones con suficientes elementos de juicio para favorecer el control de las situaciones.

(i) Establecer los lineamientos de la comunicación formal

Las directivas de la organización, en conjunto con el área o responsable de la gestión del talento humano definen los criterios que guían la comunicación formal y además garantizan los recursos necesarios para gestionar la comunicación en la organización.

(ii) Definir la estrategia comunicativa

Para diseñar la estrategia comunicativa se sugiere el uso de una metodología participativa que defina lo siguiente:

- Contenido de la comunicación en vía ascendente: información de necesidades, expectativas, inquietudes y problemas laborales de diversa índole, presentación de ideas y propuestas a la organización.
- Contenido de la comunicación en vía descendente: objetivos, funciones y alcances de los procesos y las tareas, avance de los objetivos de la organización, cambios del contexto en que se desenvuelve la misión e impacto en los trabajadores.
- Destinatarios de la comunicación según sea el contenido de la información.
- Frecuencia de la comunicación, medios y uso de cada uno.
- Características del público objeto de la información y medios de preferencia.
- Utilización de mecanismos de comunicación, por ejemplo reuniones periódicas, buzón de sugerencias, encuestas, informes anuales, periódicos, boletines, manuales, cartas personales, correo electrónico, carteleras, medios electrónicos como la web e intranet.
- Manejo de imagen corporativa en los medios de comunicación.
- La información que se comunica debe ser filtrada bajo criterios de utilidad, claridad y cantidad para evitar tanto la saturación como la interpretación errónea.

Verificar

- (i) Hacer seguimiento y evaluar el avance y la efectividad de la acción para el fomento de mecanismos formales de comunicación

El seguimiento está a cargo del área o responsable de la gestión del talento humano; para ello es útil realizar grupos focales que ayuden a identificar las fortalezas, barreras y opciones de mejora en la comunicación formal. Algunas barreras son, por ejemplo, el miedo a expresar las ideas, los estilos de liderazgo poco abiertos al diálogo, entre otras.

También se sugiere el uso de indicadores como:

- Número de quejas relacionadas con comunicación.
- Participación de trabajadores con ideas y propuestas a la organización.

Actuar

- (i) Implementar las mejoras que se requieran luego del seguimiento a los mecanismos formales de comunicación

El área o responsable de la gestión del talento humano define e implementa planes de acción en función de los resultados del seguimiento.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

La existencia de un mecanismo de información que perdure en el tiempo y que se mantenga actualizado frente a los cambios en los procesos y en la organización, se convierte en factor psicosocial protector.

3.12 GESTIÓN DE CARGAS DE TRABAJO¹⁶

a. Objetivo(s) de la acción

Controlar la sobrecarga cuantitativa y la mental derivada de ciertas tareas, a través de la distribución de las mismas dentro de los tiempos laborales, incluidas pausas para controlar la fatiga y los errores en el trabajo.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Los trabajadores expuestos a procesos de alta carga cuantitativa y mental.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

A través de esta acción se abordan las dimensiones de demandas cuantitativas y de carga mental dado que contribuye al ajuste y redistribución de las cargas de trabajo y al desarrollo de autonomía y control sobre el trabajo.

Limitaciones

La carencia de recursos económicos para el control de la sobrecarga cuantitativa y carga mental es quizás la mayor limitación de esta acción, caso en el cual se requiere hacer un replanteamiento de recursos *versus* cargas, para que sea resuelto en el corto plazo por la instancia pertinente en la organización.

e. Actores involucrados en la implementación

- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Responsable de la seguridad y salud en el trabajo.
- Profesionales del área encargada de organizar el trabajo.
- Áreas de producción o servicios.

16. El término carga de trabajo hace alusión a las exigencias relativas a la cantidad de trabajo que se debe ejecutar en relación al tiempo disponible para hacerlo (carga cuantitativa), y a las exigencias mentales implicadas en la actividad laboral, las cuales están determinadas por las características de la información (cantidad, complejidad y detalle), y los tiempos de que se dispone para procesarla (carga mental).

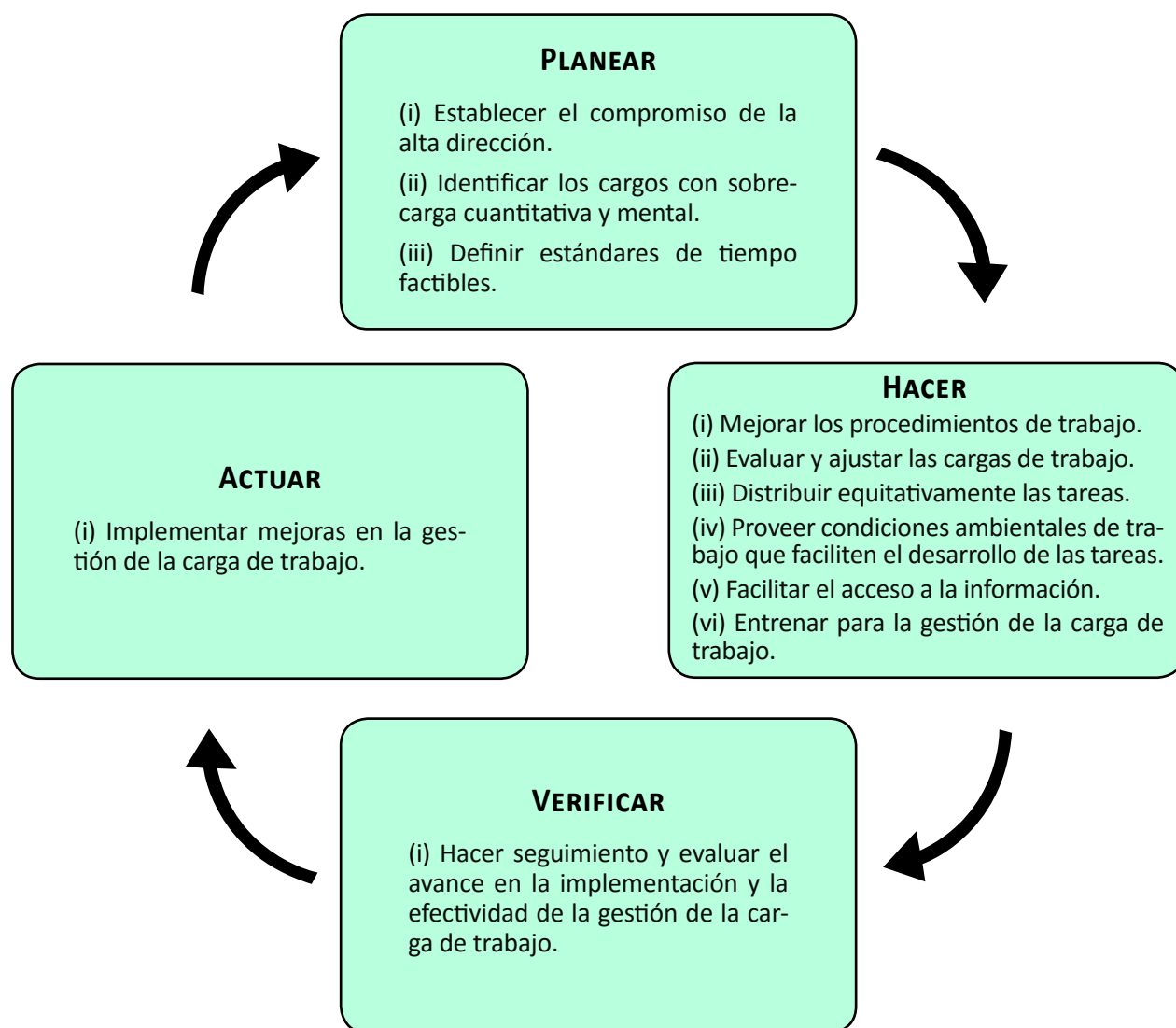
3.12 GESTIÓN DE CARGAS DE TRABAJO

- Jefes de todos los niveles.
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La acción pretende controlar la sobrecarga cuantitativa y la mental a través de la distribución de las tareas dentro de los tiempos laborales, incluidas pausas en el trabajo. Las actividades que facilitan la gestión de la carga de trabajo se compilan en la figura 12 y se desarrollan en cada etapa del ciclo PHVA.

Figura 12. Ciclo PHVA de la acción “Gestión de cargas de trabajo”



Se proponen las siguientes actividades en la planeación:

- (i) Establecer el compromiso de la alta dirección
Generar el compromiso de las directivas expresado en lineamientos para la prevención de la sobrecarga cuantitativa y mental, así como para la planificación del trabajo en plazos alcanzables.
- (ii) Identificar los cargos con sobrecarga cuantitativa y mental
A partir del diagnóstico del riesgo psicosocial el responsable de la seguridad y salud en el trabajo define los cargos objeto de la intervención.
- (iii) Definir estándares de tiempo factibles
Mediante la revisión de los requerimientos técnicos y de calidad, así como de las herramientas, equipos y recursos disponibles (tiempo, materias primas, información, talento humano, etc.), el área encargada de organizar el trabajo (si existe), o los jefes con la participación de los trabajadores, definen los tiempos de respuesta estándares y se procede a ajustar el cronograma de trabajo, considerando los imprevistos más probables según el tipo de actividad.

- (i) Mejorar los procedimientos de trabajo
Definir o mejorar participativamente los procedimientos de trabajo, incluidos los canales de comunicación y la organización de la información necesaria en medios que aseguren la rápida recuperación. Los procedimientos deben considerar el uso de listas de chequeo u otras herramientas sistematizadas o manuales que faciliten el seguimiento de la planeación y el control de la ejecución de las tareas. En esta fase se identifican y eliminan las tareas irrelevantes por su poco valor en relación con los resultados finales.

Verificar

- (i) Hacer seguimiento y evaluar el avance en la implementación y la efectividad de la gestión de la carga de trabajo

El responsable del área de seguridad y salud en el trabajo debe hacer el seguimiento y evaluación del impacto de las actividades mencionadas en el control de la carga de trabajo, mediante la comparación de las cargas de trabajo antes y después de la intervención.

Actuar

- (i) Implementar mejoras en la gestión de la carga de trabajo

El responsable de la seguridad y salud en el trabajo y los profesionales del área encargada de organizar el trabajo, definen los planes de mejora en función de los resultados de la evaluación de la acción.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que esta estrategia se convierta o se mantenga como un factor protector se requiere que esté arraigada en la cultura, y que se disponga de acompañamiento a los trabajadores y las áreas que tienen dificultad con la gestión de la carga cuantitativa y la carga mental. Adicionalmente se requieren espacios de discusión sobre las posibilidades de ajuste de cargas, primordialmente cuando se presentan cambios en los procesos o reducción de trabajadores (por incapacidad, vacante, vacaciones, entre otros).

3.13 GESTIÓN DE PAUSAS EN EL TRABAJO

a. Objetivo(s) de la acción

Facilitar al trabajador un tiempo de recuperación adecuado dentro de la jornada de trabajo, a través de un esquema de descansos acorde con el esfuerzo que implica la tarea.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Todos los trabajadores de la organización.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La gestión de un adecuado sistema de pausas contribuye a controlar los aspectos relacionados con la dimensión de la jornada de trabajo y por ende a la prevención de la fatiga y los errores y accidentes asociados, y facilita escenarios para el establecimiento de relaciones entre compañeros.

Limitaciones

La estrategia puede verse limitada en los casos en los que la sobrecarga de actividad en un puesto de trabajo impide las posibilidades reales de tomar pausas.

e. Actores involucrados en la implementación

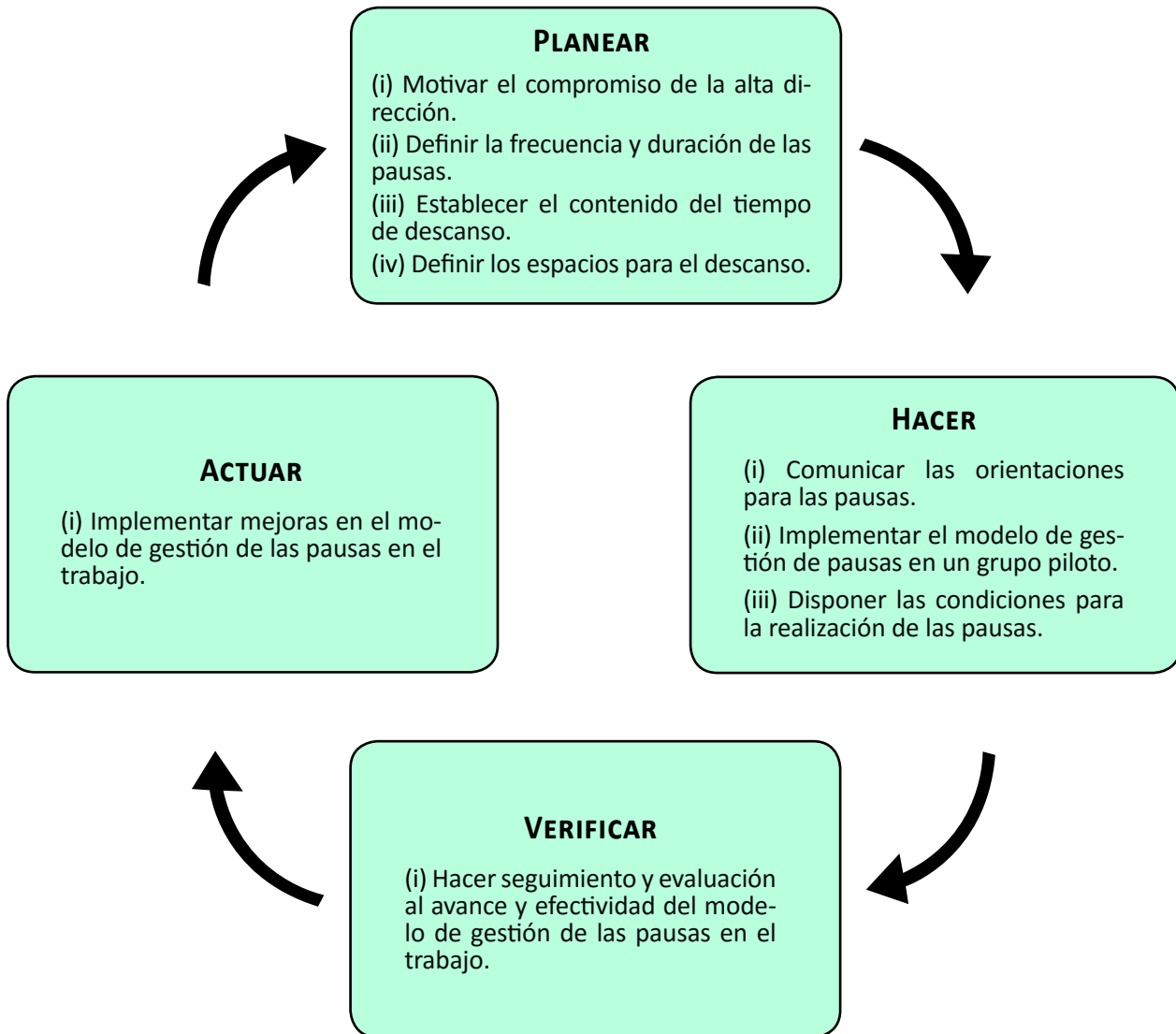
- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Responsable de la seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes de las áreas o procesos.
- Trabajadores.
- Profesionales en entrenamiento físico y fisioterapia.

f. Descripción de la acción

La acción busca que las directivas, el área o responsable de la gestión del talento humano y el responsable de la seguridad y salud en el trabajo faciliten al trabajador un tiempo de recuperación de la fatiga dentro de la jornada de trabajo.

El desarrollo de la acción de intervención para la gestión de las pausas en el trabajo implica la ejecución de un conjunto de actividades que se describen en cada fase del ciclo PHVA (Figura 13).

Figura 13. Ciclo PHVA de la acción “Gestión de pausas de trabajo”



Para que las pausas cumplan con su objetivo, estas deben permitir al trabajador “desconectarse” total o parcialmente y de manera temporal del trabajo. Las pausas pueden ser espontáneas y el trabajador las toma con autonomía según necesidad y por tanto tienen un importante papel reparador. Otras pausas son programadas en función del proceso; el trabajador debe adaptarse a ellas y por tanto la percepción de su beneficio difiere en cada persona. La planeación de las pausas debe considerar las siguientes actividades:

(i) Motivar el compromiso de la alta dirección

Las directivas de la organización manifiestan su compromiso, establecen los lineamientos generales y definen los responsables para implementar la gestión de las pausas en el trabajo.

(ii) Definir la frecuencia y duración de las pausas

Para definir el número, la duración, la distribución y las condiciones de las pausas a lo largo de la jornada de trabajo es necesario tomar en consideración aspectos propios de la tarea¹⁷ y de las características individuales; merece mencionar los siguientes (Kanawaty, 1996)¹⁸:

- En trabajos con una exigencia física elevada se recomiendan pausas cortas y frecuentes, sugerencia que aplica también en trabajo con alto esfuerzo intelectual, aunque debe aclararse que cada persona demanda una frecuencia diferente de pausas.
- Los tiempos suplementarios de descanso se pueden estimar a través de varios métodos, por ejemplo mediante el indicador de la “penosidad del trabajo”. Para el efecto existen normas específicas, por ejemplo las referentes a la ergonomía del ambiente térmico y fórmulas de tiempos de reposo o suplementos que se estiman en función del consumo energético del trabajador (algunas de ellas son las de Lehman y Spitzer, Edholm, Fariboz Tayyarl y James L. Smiths, citados por González Maestre, 2007).

17. Demandas ambientales y esfuerzo físico tales como: las condiciones ambientales adversas, las posturas forzadas y la exigencia de movimiento de cargas, el uso de vestimenta particular o de elementos de protección personal, los peligros a los que el trabajador está expuesto y el riesgo asociado, entre otras.

18. Para ampliar esta información puede consultarse el libro Introducción al estudio del trabajo (Kanawaty, 1996).

- Si las pausas son muy cortas y frecuentes es necesario adaptar el espacio de trabajo para facilitar la recuperación de la fatiga en el mismo entorno.
- En trabajos que implican levantamiento manual de cargas o con ritmo impuesto por el proceso, se recomiendan pausas flexibles para aliviar la fatiga e incluso incorporar la rotación de puestos de trabajo (Gobierno de España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997, Real Decreto 487/1997).
- Para prevenir la fatiga asociada con la carga mental de trabajo, así como con las altas demandas visuales, se utilizan las pausas discretionales y breves luego de periodos de trabajo cortos. En general se sugieren descansos de 5 a 10 minutos luego de cada hora y media de esfuerzo intenso, así como la alternancia con otras labores, cuidando siempre que haya suficiente tiempo para las necesidades personales del trabajador que implican un retiro temporal e inevitable del sitio en que desarrolla la labor. Si se trata de tareas con alto requerimiento de atención, la pausa puede tomarse cada hora (Norma UNE-EN ISO 10075-2 “Principios ergonómicos relativos a la carga mental”, citada por Nogareda y Bestratén, 2011).
- Cuando el entorno de la labor tiene una alta demanda ambiental, el descanso debe tomarse en un lugar separado del puesto de trabajo.
- En todo caso la pausa debe permitir un distanciamiento de la actividad o condición causante de la fatiga, evitando recuperar el tiempo del descanso con un aumento del ritmo de trabajo.

(iii) Establecer el contenido del tiempo de descanso

La actividad que se realiza durante el tiempo de descanso debe responder a las exigencias del trabajo, las características del proceso productivo y las necesidades del trabajador. Cuando el trabajador tiene una alta demanda de esfuerzo físico es recomendable reposar, realizar ejercicios de relajación y estiramiento y estimular el componente intelectual como escuchar música, leer, conversar, participar en juegos informáticos, etc.). Si la exposición a carga mental es alta es recomendable realizar actividades que incorporen ejercicio físico tales como: gimnasia, pausas activas, alguna práctica deportiva, relajación, pasear, etc.

Verificar

- (i) Hacer seguimiento y evaluación al avance y efectividad del modelo de gestión de las pausas en el trabajo

El seguimiento del avance y la medición de la efectividad del sistema de pausas en el trabajo están a cargo del área o responsable de la gestión del talento humano. Se sugiere utilizar indicadores para medir la disminución de la fatiga (por ejemplo, comparación de autorreportes de fatiga o de cantidad de errores antes y después del sistema de pausas), así como identificar los niveles de satisfacción con la frecuencia, duración y contenido de las pausas.

Actuar

- (i) Implementar mejoras en el modelo de gestión de las pausas en el trabajo

Con el apoyo de delegados de las áreas de gestión de talento humano, seguridad y salud en el trabajo, jefes y representante(s) de los trabajadores, se analizan los resultados de la evaluación del modelo de gestión de pausas y se proponen y aplican ajustes a la frecuencia, duración y contenido de las mismas.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Las pausas en el trabajo son protectoras porque actúan como mecanismo de control del tiempo de exposición a los factores de riesgo derivados de las condiciones ambientales y del contenido de la tarea, sin embargo se requiere trabajar paralelamente en la modificación de las fuentes generadoras de fatiga en el trabajo.

3.14 OPTIMIZACIÓN DE COMPETENCIAS DE RELACIÓN Y COMUNICACIÓN

a. Objetivo(s) de la acción

- Optimizar la gestión del liderazgo en los jefes, a partir de la incorporación de comportamientos de relación y comunicación asertivos.
- Desarrollar entre los trabajadores habilidades sociales, mediante la apropiación de comportamientos de relación y comunicación asertivos.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

- Jefes (supervisores, coordinadores, subdirectores, etc.).
- Puede ampliarse a todos los trabajadores de los diversos niveles organizacionales.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La fuente de riesgo intervenida es la relación interpersonal entre pares y entre jefes y colaboradores. El comportamiento asertivo implica respeto de sí mismo al expresar las necesidades propias y defender los propios derechos, así como respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas. Implica también la expresión de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones, sin amenazar o castigar a los demás y sin violar sus derechos.

En la medida en que se avanza en el proceso de introspección sobre el abordaje habitual de las relaciones y la comunicación, se reconocen fortalezas, dificultades y mecanismos que refuerzan los comportamientos asertivos y se reducen los comportamientos agresivos y los pasivos al interior de los grupos de trabajo. De otra parte, las competencias de relación y comunicación son también aplicables en el contexto extralaboral, particularmente en las relaciones familiares y en la relación con otras personas.

Limitaciones

Puede presentarse resistencia al cambio de comportamiento y dificultad para reconocer que se deben efectuar modificaciones en la forma de relacionamien-

to con otras personas. Otra posible reacción es el rechazo para dedicar tiempo y esfuerzo en el proceso de formación.

El apoyo de un experto en la temática implica costos para la organización, limitación susceptible de ser superada si internamente se cuenta con una persona que posea las competencias y que goce de aceptación por parte de quienes participarán en el proceso de intervención.

En organizaciones donde se presenta alta rotación de personal, esta acción pierde fuerza porque la participación de las personas se interrumpe.

e. Áreas o cargos involucrados en la implementación

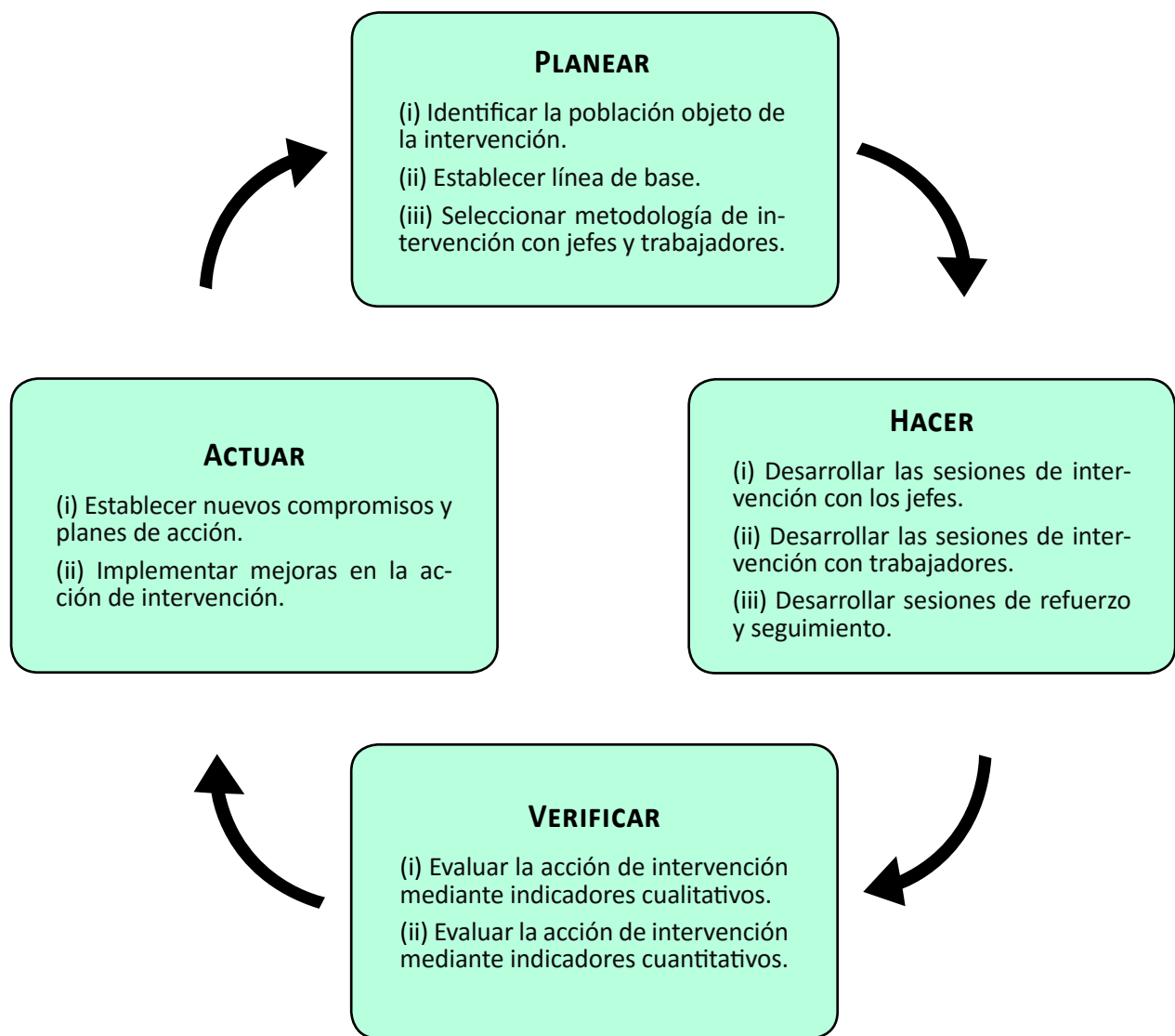
- Seguridad y salud en el trabajo.
- Gestión del talento humano.
- Profesional(es) experto(s) en procesos de *coaching*, asesoría o consultoría en comunicación interpersonal aplicada a las organizaciones; puede ser externo o propio de la organización.
- Jefes y trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La acción de optimización de competencias de relación y comunicación busca que los jefes desarrollen o mejoren sus competencias sociales para interactuar efectivamente con los colaboradores a su cargo y que se favorezca la comunicación de doble vía. Una vez se haya avanzado en el proceso de intervención con los jefes, la acción puede extenderse a todos los trabajadores, lo que permitirá un mejor resultado.

Para implementar la acción mencionada se desarrollan algunas actividades que se presentan en el marco del ciclo PHVA (Figura 14) y se desglosan posteriormente.

Figura 14. Ciclo PHVA de la acción “Optimización de competencias de relación y comunicación”



(i) Identificar la población objeto de la intervención

Las áreas de seguridad y salud en el trabajo y de gestión del talento humano determinan conjuntamente con la alta dirección¹⁹, si la acción se implementa para todos los jefes²⁰ o solo para aquellos que muestran dificultades de relación, o si se realiza de una manera gradual hasta cubrir todas las jefaturas.

De igual forma, se determina si se amplía la cobertura de la acción para todos los trabajadores o únicamente con algunos, y si dicha cobertura se hace progresivamente o de forma simultánea para todos los grupos.

(ii) Establecer línea de base

Inicialmente las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo establecen la línea base del estilo de relación y comunicación interpersonal predominante y la comparan con el estilo esperado en la organización. Para obtener esta información es posible acudir a diversas fuentes tales como consulta del modelo de liderazgo que la organización desea fomentar (si está documentado), o entrevistas con jefes y colaboradores para indagar por los comportamientos de relación y comunicación que prevalecen en la organización e identificar las brechas. Son también un insumo los resultados de la evaluación de factores psicosociales²¹, y la evaluación de clima laboral, así como los resultados de la gestión del desempeño (en especial cuando es del tipo 360 grados).

Para establecer la línea de base se tienen también en cuenta las quejas relativas a las relaciones entre personas que se presentan ante las áreas de calidad, servicio al cliente, gestión del talento humano, y seguridad y salud en el trabajo, o ante otras instancias de la organización como el comité de convivencia laboral.

19. Gerente, subgerente, presidente, vicepresidente, director.

20. Supervisores, coordinadores, subdirectores, etc.

21. Son de interés particular los resultados de la evaluación en las dimensiones de: características del liderazgo, relación con colaboradores (subordinados), relaciones sociales en el trabajo, participación y manejo del cambio.

Para verificar el nivel de avance, se combinan indicadores cualitativos e indicadores cuantitativos; esencialmente son los mismos que se consideraron para establecer la línea de base y adicionalmente los de autoevaluación.

- (i) Evaluar la acción de intervención mediante indicadores cualitativos
- La autoevaluación es un primer mecanismo de evaluación de la intervención. La misma la efectúan los participantes tanto al inicio como al final del proceso de intervención. Es posible que los cambios sean al comienzo muy sutiles o inestables, puesto que se trata de modificar comportamientos arraigados en el tiempo, de los cuales incluso no se es muy consciente.
 - En el mediano plazo, es importante realizar una o más sesiones con jefes y algunos grupos de trabajo para reconocer el alcance del cambio y sus implicaciones en términos de calidad y efectividad del proceso comunicativo en diversos escenarios (resultados, el clima laboral), a fin de determinar la necesidad de realizar ajustes. La valoración del avance puede hacerse con el acompañamiento del experto en el tema que ha asesorado el proceso.
 - Resultados de gestión del desempeño (por ejemplo retroalimentación de 360 grados).
- (ii) Evaluar la acción de intervención mediante indicadores cuantitativos
- A continuación se presentan diversos indicadores cuantitativos que pueden ser útiles para evaluar la acción de intervención:
- Indicador de cumplimiento: número de actividades realizadas / número total de actividades programadas *100
 - Indicador de cobertura: número de trabajadores que participaron en cada una de las actividades efectuadas / número total de trabajadores programados (población objeto) *100.
 - Indicador de resultado o impacto: número de personas que presentan quejas por dificultades de relación y comunicación por parte del o los jefe(s) o trabajador(es) participante(s) en el proceso / número de personas que laboran en la(s) dependencias con las que se interactúa *100 (comparación del antes y después de la intervención).

Verificar

Las quejas pueden haberse presentado ante el área o responsable de la gestión del talento humano, el comité de convivencia laboral u otras instancias de la organización.

- Resultados de la evaluación de factores de riesgo psicosocial²⁶.
- Evaluación de clima laboral.

Al analizar los resultados, se deben considerar aspectos circunstanciales que pudieron afectar el resultado tales como cambios en la estructura organizacional, reubicaciones, fusiones, etc.

Actuar

- (i) Establecer nuevos compromisos y planes de acción

Con base en los resultados de los objetivos planteados para cada sesión de acompañamiento se identifican los logros, dificultades y obstáculos que se han presentado y se establece un nuevo plan de acción y compromisos de mejora, o se programan acciones de refuerzo.

- (ii) Implementar mejoras en la acción de intervención

Según los resultados de las evaluaciones la organización toma decisiones de mejoras a la acción de intervención e incluso se define si se extenderá a otros grupos.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que esta acción se convierta o se mantenga como un factor protector se requiere que:

- La alta dirección conserve su respaldo de forma visible, además que privilegie el trato respetuoso y asertivo por parte de las jefaturas y trabajadores y que rechace todo comportamiento que se aleje del mismo.
- Los jefes comprendan la importancia de un estilo de relación y comunicación respetuoso y empático y lo refuercen al interior de sus grupos de trabajo.
- Las áreas seguridad y salud en el trabajo y de gestión del talento humano efectúen seguimiento periódico para verificar que el cambio se mantiene, y desarrollen actividades de refuerzo de ser necesario.

26. Particularmente de las dimensiones de: características del liderazgo, relación con colaboradores (subordinados), relaciones sociales en el trabajo, participación y manejo del cambio.

3.15 PARTICIPACIÓN EFECTIVA EN LOS GRUPOS DE TRABAJO

a. Objetivo(s) de la acción

- Optimizar las competencias²⁷ del personal de dirección y trabajadores para valorar e incentivar la participación y el aporte de los trabajadores.
- Desarrollar la competencia de los trabajadores para participar de manera oportuna, adecuada y eficaz en diversos escenarios colectivos, incluidos los relacionados con el mejoramiento de las condiciones de salud y trabajo.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Todos los trabajadores de la organización.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La acción de desarrollo de competencias para la participación amplía las opciones de aporte de ideas, toma de decisiones y mejoramiento de procesos de trabajo. Contribuye además a crear un clima que favorece la creatividad, el compromiso y la aceptación de los cambios; en consecuencia, el mayor impacto ocurre sobre la dimensión de participación y manejo del cambio.

La acción de intervención también contribuye a mejorar las relaciones en el trabajo, por cuanto favorece la comunicación y la búsqueda de soluciones en los grupos y por tanto se refleja en un mayor y más efectivo apoyo al jefe inmediato.

El desarrollo de competencias de participación ayuda al fortalecimiento tanto de los líderes formales como de los informales que pueden ser importantes dinamizadores de los grupos y apoyo para los jefes en diversas actividades, tales como brigadas de seguridad, comité de convivencia laboral, organización de eventos deportivos, culturales, recreativos, etc.

27. Combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoin y Vargas, 2002).

3.15 PARTICIPACIÓN EFECTIVA EN LOS GRUPOS DE TRABAJO

La acción constituye en sí misma una valiosa oportunidad de desarrollo y en la medida en que la dinámica del grupo y la organización lo propicie, constituye excelente escenario para aplicar las habilidades y destrezas adquiridas.

Limitaciones

Puede presentarse resistencia en el personal para aceptar o propiciar la participación. En organizaciones con estructura jerárquica rígida y estilo de dirección autocrático, pueden presentarse mayores resistencias.

La acción requiere dedicación de tiempo, esfuerzo y recursos en sus etapas iniciales, en particular para concientizar y propiciar el desarrollo de las habilidades de participación por parte de los trabajadores. Se requieren además refuerzos sistemáticos para afianzar los resultados en el largo plazo.

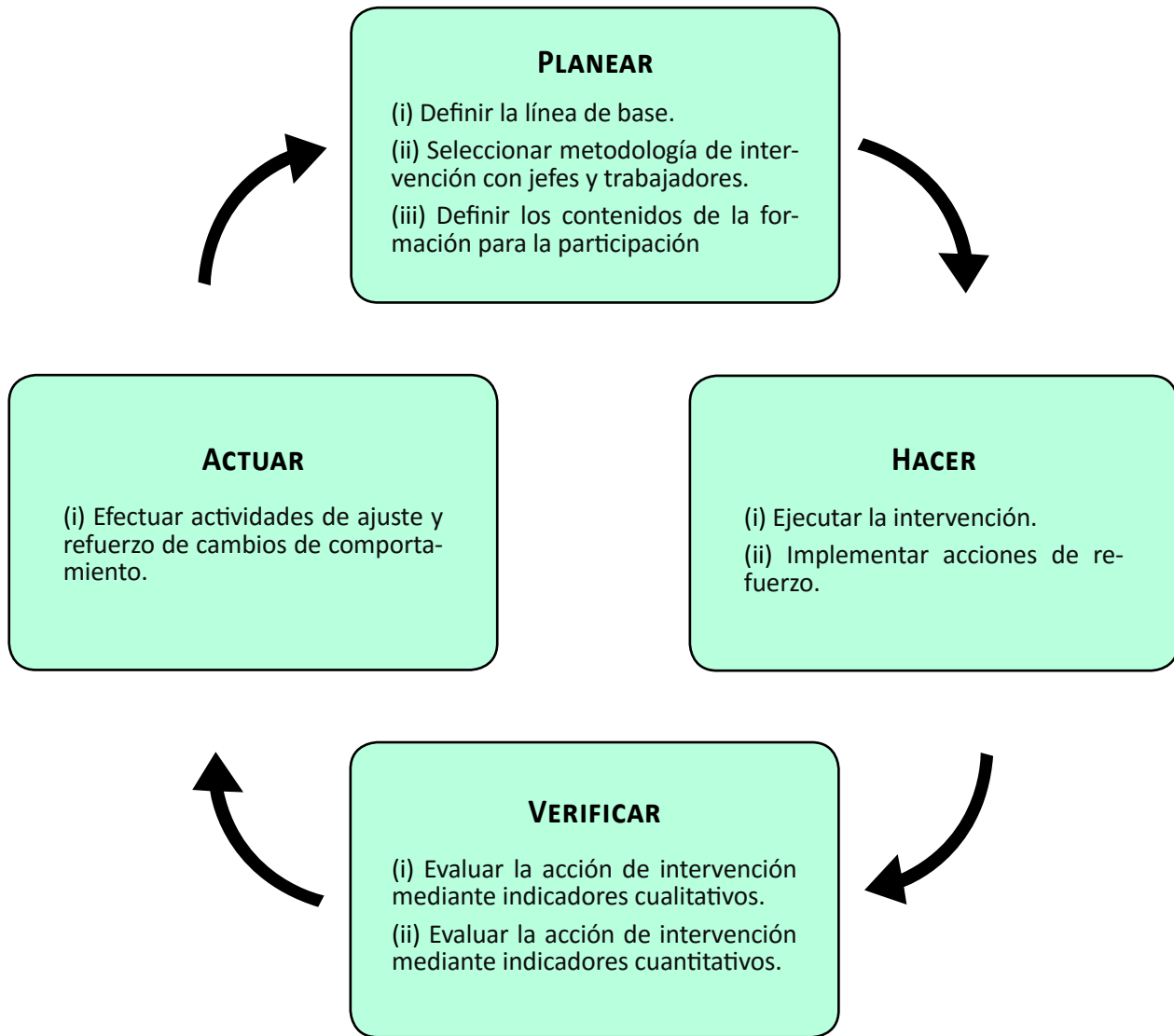
e. Actores involucrados en la implementación

- Área de gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes (supervisores, coordinadores, jefes, subdirectores, etc.).
- Profesionales especialistas en procesos de *coaching*, asesoría o consultoría en la conformación y desarrollo de grupos participativos.
- Trabajadores de los distintos niveles organizacionales.

f. Descripción de la acción

La acción de intervención está orientada a generar un ambiente de trabajo en el que el personal de dirección reconozca el valor del aporte de los trabajadores y promueva su participación para la mejora organizacional; de otra parte, se espera que los trabajadores se concienticen de la importancia de su participación. Los pasos y actividades recomendadas para implementar esta acción de intervención se compilan en la figura 15 y se amplían posteriormente bajo el ciclo PHVA.

Figura 15. Ciclo PHVA de la acción “Participación efectiva en los grupos de trabajo”



(i) Definir la línea de base

El primer momento de esta acción, que está orientada al desarrollo de habilidades y competencias para la participación, es el establecimiento del punto de partida o línea de base. Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, así como los delegados de los directivos y jefes, caracterizan la forma como se sucede la participación en la organización y luego la confrontan con el estilo deseado por la alta dirección. Como fuente de información para establecer la comparación puede recurrirse a lo definido por la organización en sus políticas y plan estratégico (si está documentado), o a las expectativas de la alta dirección.

Con el propósito de recabar información sobre la forma como se desenvuelven los procesos participativos, resulta útil realizar entrevistas a jefes y colaboradores en las que se exploran las percepciones respecto de los mecanismos y la efectividad de la participación, tanto a nivel general como en áreas o grupos particulares. En segundo lugar pueden tomarse como insumos los resultados de la evaluación de factores de riesgo psicosocial²⁸, la evaluación de clima, las evaluaciones de desempeño y las quejas relacionadas con la participación, etc.

Como resultado de la confrontación (lo esperado *versus* las opiniones de las personas y los hallazgos derivados de la consulta de información), se identifican las actitudes, comportamientos y aspectos que deben afianzarse y los que deben instaurarse o modificarse.

(ii) Seleccionar metodología de intervención con jefes y trabajadores

El siguiente paso consiste en definir espacios, mecanismos, alcances y grupos de personas que participarán en diversos escenarios según el énfasis de cada temática. A quienes se elijan como participantes activos se dirigen los primeros esfuerzos para formar o desarrollar sus habilidades para la participación.

28. En particular de las dimensiones de características del liderazgo, participación y manejo del cambio, relación con colaboradores (subalternos), relaciones sociales en el trabajo.

Finalmente se seleccionan los mecanismos más adecuados a la cultura, momento, proyección de la organización, fortalezas y falencias identificadas, con el fin de favorecer la participación de las partes interesadas en los asuntos del trabajo. Con respecto a los mecanismos para fomentar la participación es posible recurrir a diversas alternativas de manera única o combinada, según sea la disponibilidad de recursos.

Puesto que se busca un cambio de actitudes y comportamientos traducido en el desarrollo de competencias, se requiere formar para la participación y ello se puede lograr a través de metodologías activas y de tipo vivencial, que permitan trascender el nivel conceptual hasta su integración y asimilación para exhibir nuevas formas de comportamiento en el abordaje de las situaciones que precisan de participación.

Se sugiere iniciar con una etapa de sensibilización²⁹ que facilite la disposición para involucrarse en las actividades que se programen alrededor del tema de participación. La selección de la metodología estará a cargo de las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo, en coordinación con el o los profesional(es) interno(s) o externo(s) especialista(s) en procesos de coaching, asesoría o consultoría en aspectos de participación.

En lo que respecta a la intervención con trabajadores se recomienda como recurso básico la metodología de seminario-taller o sesiones de trabajo grupal, en las que se combinen técnicas que favorezcan el cambio de actitudes y comportamientos a través de la presentación de los contenidos (Baro, A., 2011)³⁰, el análisis de las propias actitudes y comportamientos en relación con la participación, la incorporación y práctica de un repertorio nuevo de conductas que evidencien participación seguidas de retroalimentación de parte del facilitador y de otros miembros del grupo, y finalmente la práctica cotidiana de los nuevos comportamientos.

29. Proceso de comunicación e interacción que da poder de participación a las personas y que puede sentar las bases de relaciones y asociaciones a largo plazo que permitan una toma de decisiones en base a un nivel mayor de información (OIT, s.f.).

30. Puesto que las personas presentan diversas formas de aprendizaje; adicionalmente el refuerzo favorece la asimilación de los contenidos de aprendizaje.

Las áreas de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo buscarán los mecanismos adecuados para comunicar a los integrantes de los grupos la metodología seleccionada, los objetivos así como los beneficios de la intervención. De igual forma, es necesario que la alta dirección de la organización evidencie su respaldo a la instauración de esta acción.

(iii) Definir los contenidos de la formación para la participación

La participación es una acción comunicativa que requiere competencias para construir colectivamente una temática de interés común o para participar efectivamente en diversos escenarios tales como: comités (de convivencia laboral, paritario, etc.), grupos funcionales o grupos de mejoramiento, etc.

La formación para la participación debe girar alrededor del desarrollo cinco competencias, así:

- Competencia para recibir, interpretar y producir información, por cuanto que esta última es la base de la participación; así mismo, competencia para comunicar en forma comprensible aquello que se conoce.
- Competencia para consultar y ser consultado, lo cual implica un compromiso de utilizar responsable y éticamente la información en un proceso participativo.
- Competencia para deliberar, es decir plantear y defender argumentos mediante la creación de un escenario abierto al acuerdo y al enriquecimiento de ideas.
- Competencia para concertar y para negociar, habida cuenta que implica también ceder en favor del bien colectivo.
- Competencia para asumir la corresponsabilidad para implementar las decisiones (Jaramillo-López, 2007).

Además del trabajo sobre las competencias anteriormente mencionadas, la formación debe ilustrar los niveles o categorías de participación y su aplicabilidad según la situación (Boix y Vogel, 2007, citados por Bestratén *et al.*, 2014):

- Información
- Consulta
- Negociación
- Codecisión³¹

El contenido del proceso de formación para la participación debe también incluir la identificación de las principales dificultades u obstáculos que enfrentan las personas para participar a nivel grupal, incluidos los derivados de factores externos³² o de aspectos ligados a condiciones personales³³.

Finalmente, la formación debe incluir actividades de refuerzo para favorecer el cambio y su instauración. En este sentido es conveniente utilizar campañas comunicacionales para reiterar la importancia de la participación, por ejemplo mediante distribución de fichas con pautas alusivas a las formas o niveles de participación y otros aspectos relacionados que pueden desplegarse de manera física o a través de medios electrónicos, entre otros.

31. La codecisión en un escenario en el que se comunica un cambio en un procedimiento; puede requerirse exclusivamente la participación centrada en preguntas para clarificar dudas e inquietudes. En otros casos se expone una situación para que los participantes planteen alternativas de solución, pero finalmente será la dirección del grupo o la organización la encargada de tomar las decisiones. En otras situaciones es posible un mayor grado de participación a través del planteamiento de múltiples ideas nuevas resultantes de la diversidad de perspectivas y aportes, llegando en ocasiones al nivel de negociación o codecisión.

32. Ambiente con ruido o interferencia, carencia de tiempo, jefe que no permite la participación, etc.

33. Autoimagen disminuida (sensación de que sus aportes no son valiosos o no son tenidos en cuenta); temor a equivocarse, etc.

(i) Evaluar la acción de intervención mediante indicadores cualitativos

Los indicadores cualitativos se basan en la autoevaluación que efectúan los jefes y los trabajadores participantes durante el proceso de asesoría o formación, a través de la cual señalan los cambios observados con la intervención.

En el mediano plazo es útil realizar una o más sesiones con jefes y grupos de trabajo orientados por el *coach* o especialista que ha dirigido el proceso, para reconocer el alcance del cambio y sus implicaciones en términos de calidad y efectividad de la participación.

(ii) Evaluar la acción de intervención mediante indicadores cuantitativos

A continuación se presentan diversos indicadores cuantitativos que pueden ser útiles para evaluar la acción de intervención:

- Evaluación del cumplimiento: número de actividades realizadas / número total de actividades programadas *100.
- Indicador de cobertura: número de trabajadores que participaron en cada una de las actividades efectuadas / número total de trabajadores programados *100.
- Índice de quejas relacionadas con la oportunidad o los mecanismos de participación.
- Resultados de la evaluación de factores de riesgo psicosocial³⁴

(i) Efectuar actividades de ajuste y refuerzo de cambios de comportamiento

Con base en el análisis de los indicadores de tipo cualitativo y cuantitativo se determina la necesidad y dirección de los ajustes requeridos para favorecer el proceso de cambio.

Una vez que se logren los objetivos propuestos, se continúa el proceso con las actividades de refuerzo planeadas.

34. Particularmente de las dimensiones de: características del liderazgo, relación con colaboradores (subordinados), relaciones sociales en el trabajo, participación y manejo del cambio.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que esta acción se convierta o se mantenga como un factor protector se requiere que, tanto el personal de dirección como los trabajadores, comprendan el valor y las posibilidades que ofrece la participación efectiva como un mecanismo para construcción colectiva y la solución de problemas.

Se debe efectuar seguimiento periódico para verificar las ventajas de la participación y realizar actividades sistemáticas de refuerzo, incluido el personal que ingresa a la organización.

3.16 ROTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO

a. Objetivo(s) de la acción

Disminuir el tiempo de exposición del trabajador a las demandas del trabajo catalogadas como de alto o muy alto riesgo.

b. Tipo de acción

Intervención secundaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Esta acción va dirigida al personal técnico, auxiliar y operativo.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La rotación por diferentes puestos de trabajo contribuye a disminuir el nivel de exposición a las demandas ambientales y de esfuerzo físico, demandas de carga mental y demandas cuantitativas. De otra parte brinda la oportunidad para el desarrollo y adquisición de conocimientos y habilidades, así como a la variedad de las tareas, con lo cual se espera la ocurrencia de menos errores causados por fatiga.

Limitaciones

Esta acción no disminuye el riesgo en la fuente, sino que lo distribuye entre varios trabajadores, porque se disminuyen los tiempos de exposición en cada caso. En lo posible debe buscarse la reducción del riesgo en la fuente antes de implementar esta acción.

El requerimiento de mayor cualificación que se deriva de la rotación de puestos de trabajo implica que la organización disponga los recursos necesarios para el entrenamiento y seguimiento de quienes deben aprender nuevas labores. Para el caso de un trabajador con escasa motivación hacia el cambio es necesario realizar una labor de concientización centrada en mostrar los beneficios del mismo.

Los cargos que requieren de alta especialización o complejidad son más difíciles de proveer con trabajadores en sistema de rotación, lo cual limita las posibilidades de implementar esta acción.

3.16 ROTACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO

Finalmente, dos limitaciones que deben considerarse y atenderse son las políticas organizacionales que restringen la rotación interna entre diversos cargos y los impactos en la remuneración de los trabajadores que rotan por diversas labores.

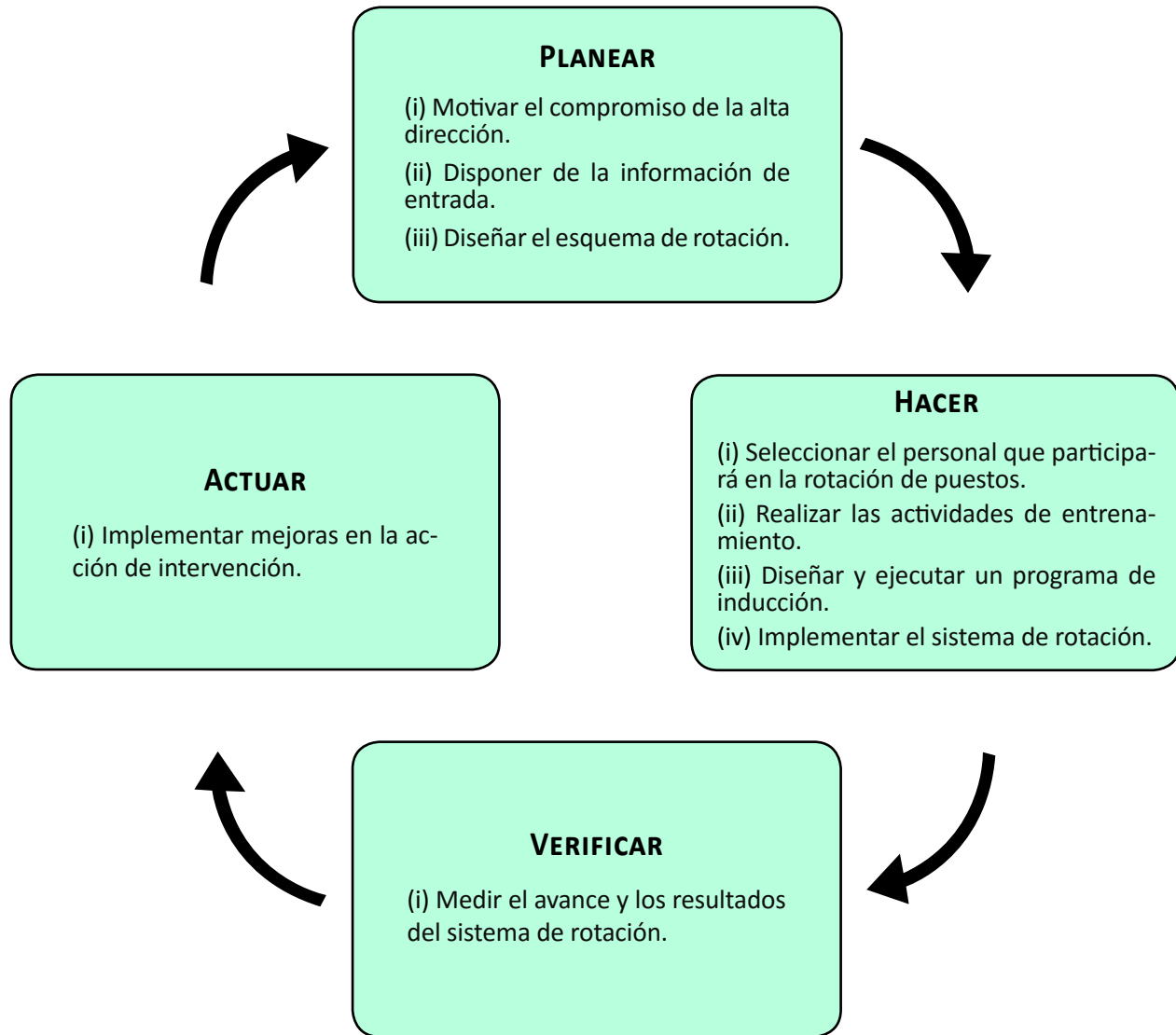
e. Actores involucrados en la implementación

- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Profesionales del área encargada de organizar el trabajo.
- Jefes de las diferentes áreas
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La acción busca disminuir la exposición del trabajador a las demandas del trabajo catalogadas como de alto o muy alto riesgo. La rotación de puestos de trabajo implica el desarrollo de una serie de acciones que se plasman en el la figura 16 y luego se desglosan en cada etapa del ciclo PHVA.

Figura 16. Ciclo PHVA de la acción “Rotación de puestos de trabajo”



Verificar

(i) Medir el avance y los resultados del sistema de rotación

Una vez se ha implementado el sistema de rotación, el responsable de la seguridad y salud en el trabajo evalúa periódicamente los resultados mediante indicadores de efectos en salud y en el trabajo, así como los tiempos de exposición a las demandas psicosociales que se intervinieron.

Actuar

(i) Implementar mejoras en la acción de intervención

Los delegados de las áreas de seguridad y salud en el trabajo y de gestión del talento humano, así como los profesionales del área encargada de organizar el trabajo y los jefes de las áreas en las que se implementó la rotación, definen planes de acción en función de los resultados de los indicadores y establecen e implementan los cambios necesarios en el sistema de rotación.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para mantener en el tiempo los resultados benéficos de la rotación se requiere verificar su impacto en la exposición a demandas del trabajo, así como en la producción. Es también necesario disponer de entrenamiento y ajustar el modelo de gestión del desempeño, al igual que fortalecer los equipos de trabajo para evitar afectaciones por la movilidad de las personas.

3.17 SEGUIMIENTO Y RETROALIMENTACIÓN DE LA GESTIÓN

a. Objetivo(s) de la acción

Incorporar el seguimiento y la retroalimentación de la gestión como prácticas habituales en la relación de los jefes con su grupo de trabajo.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

- Dirección / alta dirección (gerente, subgerente, presidente, vicepresidente, director).
- Jefes (supervisores, coordinadores, jefes, subdirectores, etc.).

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

Por tratarse de una acción que tiene como punto de partida un modelo que pretende incidir sobre las actitudes y comportamientos de las personas que participan en el seguimiento de la gestión, la acción actúa sobre la fuente del riesgo psicosocial y permite tanto a los jefes como a los colaboradores una mayor comprensión y entendimiento para analizar las situaciones problemáticas a las que se ven enfrentados en la dinámica habitual y funcional del trabajo y en las que ambos, o uno de ellos, puede estar implicado. En consecuencia, se favorece la dimensión de relación con los colaboradores (subordinados) y la retroalimentación del desempeño.

La retroalimentación es también una práctica que favorece las relaciones entre pares, en cuanto que estimula la participación y además contribuye a la mejora organizacional si se efectúa un seguimiento a los acuerdos; en consecuencia, se favorece la dimensión relaciones sociales en el trabajo.

De otra parte, la retroalimentación de la gestión puede ayudar a identificar condiciones psicosociales que requieren atención y monitoreo, y permite identificar necesidades de capacitación de diversa índole. Un beneficio adicional es la definición de planes de carrera y desarrollo al interior de la organización, con lo cual se incide sobre la dimensión de reconocimiento y compensación.

Si la retroalimentación se convierte en una práctica habitual se supera la tendencia a identificar sólo lo negativo sin reconocer los aspectos positivos del desempeño. De otra parte, la retroalimentación favorece la modificación de los comportamientos de las personas que participan y ayuda a disminuir la tensión emocional que suele estar asociada a la evaluación del desempeño. En resumen, el seguimiento a la gestión y la retroalimentación generan beneficios que impactan directamente la dimensión de retroalimentación del desempeño.

Limitaciones

Una nueva forma de conducir el seguimiento de la gestión puede causar resistencia en diversas instancias de la organización. Es posible igualmente que se presenten dificultades para mantener en el tiempo los cambios que se suscitan con esta acción de intervención, en particular en ausencia de monitoreo o de respaldo organizacional.

La retroalimentación como práctica habitual demanda tiempo, particularmente en tanto se logra conciencia acerca de sus beneficios.

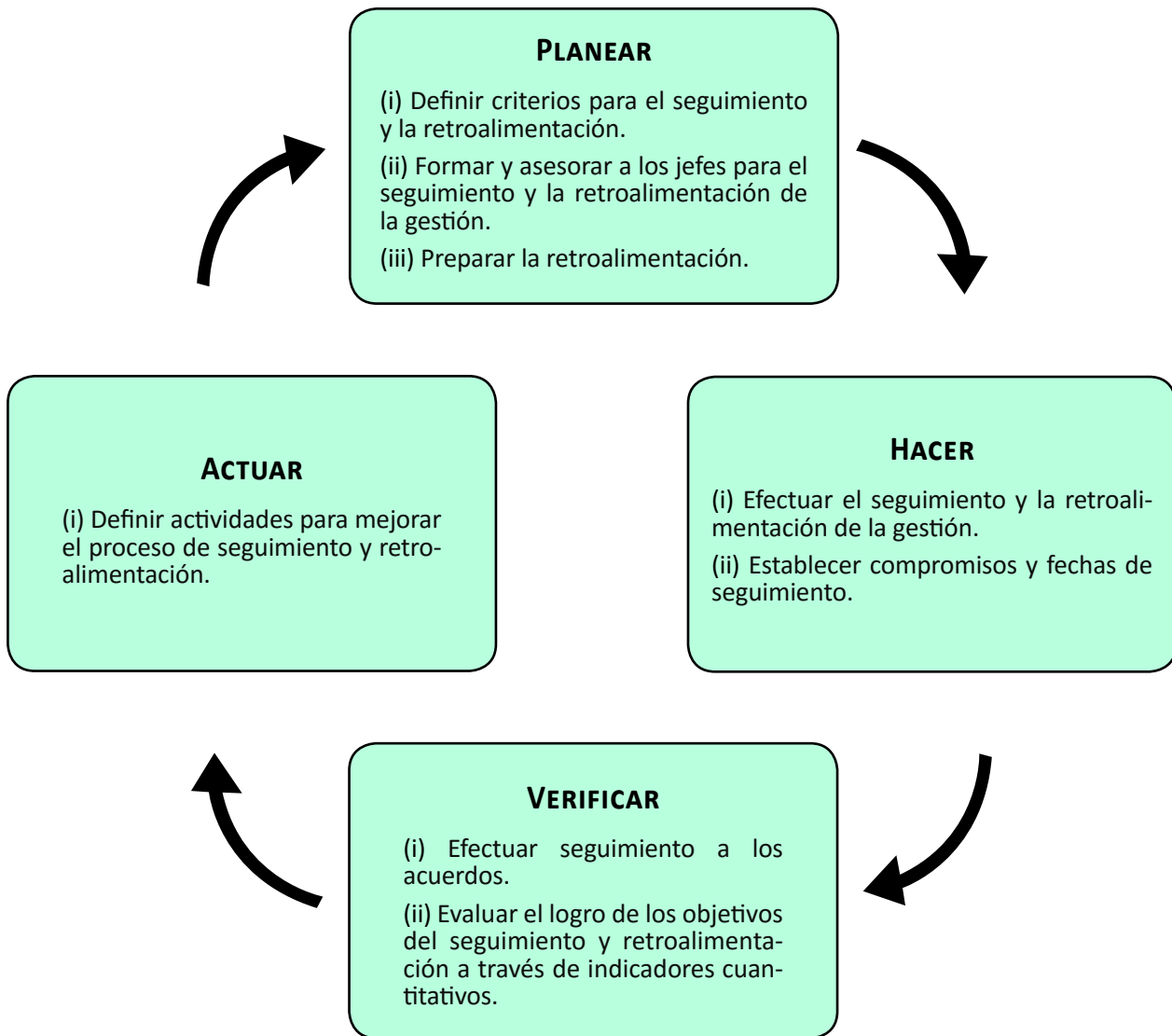
e. Actores involucrados en la implementación

- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes y directivos.
- Profesionales idóneos en procesos de *coaching*, asesoría, consultoría en procesos de evaluación de la gestión.

f. Descripción de la acción

Un elemento fundamental del seguimiento y retroalimentación de la gestión es la incorporación de la retroalimentación bidireccional entre jefes y colaboradores como un componente habitual en la relación, particularmente cuando es necesario destacar aspectos positivos o corregir otros. Los aspectos que favorecen la apropiación de esta intervención se resumen en la figura 17 y se amplían en el desglose de cada etapa del ciclo PHVA.

Figura 17. Ciclo PHVA de la acción “Seguimiento y retroalimentación de la gestión”



- Sea oportuna, es decir temporalmente lo más cercana posible al momento de ocurrencia de los eventos que dieron lugar a ella.
- Se disponga de tiempo para el intercambio de información, análisis y discusión alrededor de todos los aspectos objeto de seguimiento y retroalimentación.
- Se inicie destacando los aspectos positivos y se estimule la participación del trabajador en la identificación de los aspectos susceptibles de mejora mediante un diálogo centrado en la identificación de opciones para el desarrollo.
- Se describan objetiva y respetuosamente los comportamientos o hechos que requieren un diálogo particular, siempre evitando juicios de valor.
- Se verifique la claridad de la información entre las dos partes implicadas en el diálogo, así como las causas de los aspectos que deban mejorarse en el contexto de una conversación propositiva para concretar alternativas de solución.
- Se establezcan metas y fechas de seguimiento para verificar los cambios y hacer ajustes si fuere necesario.

(i) Efectuar el seguimiento y la retroalimentación de la gestión

Las personas que tienen cargos de jefatura o coordinación efectúan frecuentemente el seguimiento y la retroalimentación a la gestión de sus colaboradores, señalando los aciertos y generando reflexiones y acciones de mejora sobre los aspectos que así lo ameriten. Como complemento se efectúa la retroalimentación periódica de la gestión, la cual debe ser consensuada y basada en los hallazgos del seguimiento del día a día.

(ii) Establecer compromisos y fechas de seguimiento

Tanto en la retroalimentación frecuente como la periódica se identifican las causas que incidieron en el desempeño y sobre ellas se trabaja, sea para mantenerlas o para modificarlas según sea el caso, y se definen compromisos y fechas de cumplimiento.

(i) Efectuar seguimiento a los acuerdos

Durante las reuniones de seguimiento se analiza el avance de los acuerdos, se identifican los obstáculos y sus causas y se acuerdan nuevas acciones de mejora; estas últimas deben quedar documentadas.

Además es necesario evaluar el proceso de intervención psicosocial a través de una entrevista o de unas preguntas tipo cuestionario que diseña y promueve el área o responsable de la gestión del talento humano, con la finalidad de reconocer cambios actitudinales y comportamentales referentes a la forma de brindar y recibir el seguimiento y la retroalimentación.

(ii) Evaluar el logro de los objetivos del seguimiento y la retroalimentación a través de indicadores cuantitativos

- En caso de haber realizado un proceso de formación a los jefes para desarrollar sus competencias para el seguimiento y la retroalimentación, se puede hacer una evaluación del cumplimiento: número de actividades o sesiones realizadas / número total de sesiones o actividades programadas *100.
- Para evaluar el resultado de la acción de intervención se estima un indicador de disminución de quejas relacionadas con el seguimiento y la retroalimentación del desempeño, y el resultado se compara con el mismo indicador, medido antes de realizar la intervención.

(i) Definir actividades para mejorar del proceso de seguimiento y retroalimentación

A la luz de los avances y dificultades del proceso de seguimiento y retroalimentación se definen e implementan acciones de mejora.

g. Uso de la acción como mecanismo de promoción de factores psicosociales protectores

Para que el seguimiento a la gestión se comporte como un factor protector se requiere que se encuentre incorporado a las políticas de personal de la organización, que exista coherencia en su aplicación, adecuado manejo de los resultados y respaldo para capitalizar e implementar las oportunidades de mejora, así como seguimiento sistemático en función de su mejora continua. Igualmente, la retroalimentación dará sus beneficios siempre que sea habitual y se efectúe bajo parámetros establecidos que garanticen su idoneidad. Si logra instaurarse como una condición básica y transversal, puede pasar a ser considerada como una actividad preventiva de tipo psicosocial.

3.18 CONCILIACIÓN DE ENTORNOS INTRA Y EXTRALABORAL

a. Objetivo(s) de la acción

Promover el equilibrio y la conciliación entre la vida personal, familiar y laboral y reducir la interferencia del trabajo sobre el entorno extralaboral, a través de dos tipos de prácticas organizacionales: la flexibilización en la distribución temporal del trabajo y el control de la duración de las jornadas.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial.

c. Población objeto

Esta acción está dirigida a jefes (supervisores, coordinadores, jefes, subdirectores, etc.), así como a todos los trabajadores que por las características de sus cargos pueden acceder a formas flexibles de distribución temporal del trabajo.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

A través de esta acción se interviene de forma directa la dimensión de influencia del trabajo en el entorno extralaboral; además se controla el tiempo de exposición a otras condiciones de riesgo tales como altas demandas cuantitativas y demandas de carga mental y emocional. Al lograr respeto del tiempo extralaboral se favorecen otros factores psicosociales protectores en este ámbito, entre ellos el uso de tiempo fuera del trabajo y las relaciones familiares.

Algunas formas de lograr la conciliación entre los entornos intra y extralaborales implican la flexibilización de los horarios de trabajo, modificación que puede favorecer la dimensión extralaboral de desplazamiento vivienda - trabajo - vivienda, en la medida en que estos trayectos pueden realizarse en horarios menos congestionados o con mayor disponibilidad de transporte público.

Limitaciones

Esta acción tiene limitaciones en organizaciones en las que por razones de servicio los horarios están supeditados a exigencias externas o del mercado (p.ej. horarios de atención al público).

La efectividad de la acción dependerá en gran medida de la claridad que implica su implementación, así como de la comunicación e información que se brinde a los trabajadores sobre la misma.

Esta acción también tiene limitaciones en tanto que puede percibirse como una medida que coarta la autonomía y discrecionalidad del trabajador para distribuir los tiempos del trabajo y autorregular el ritmo.

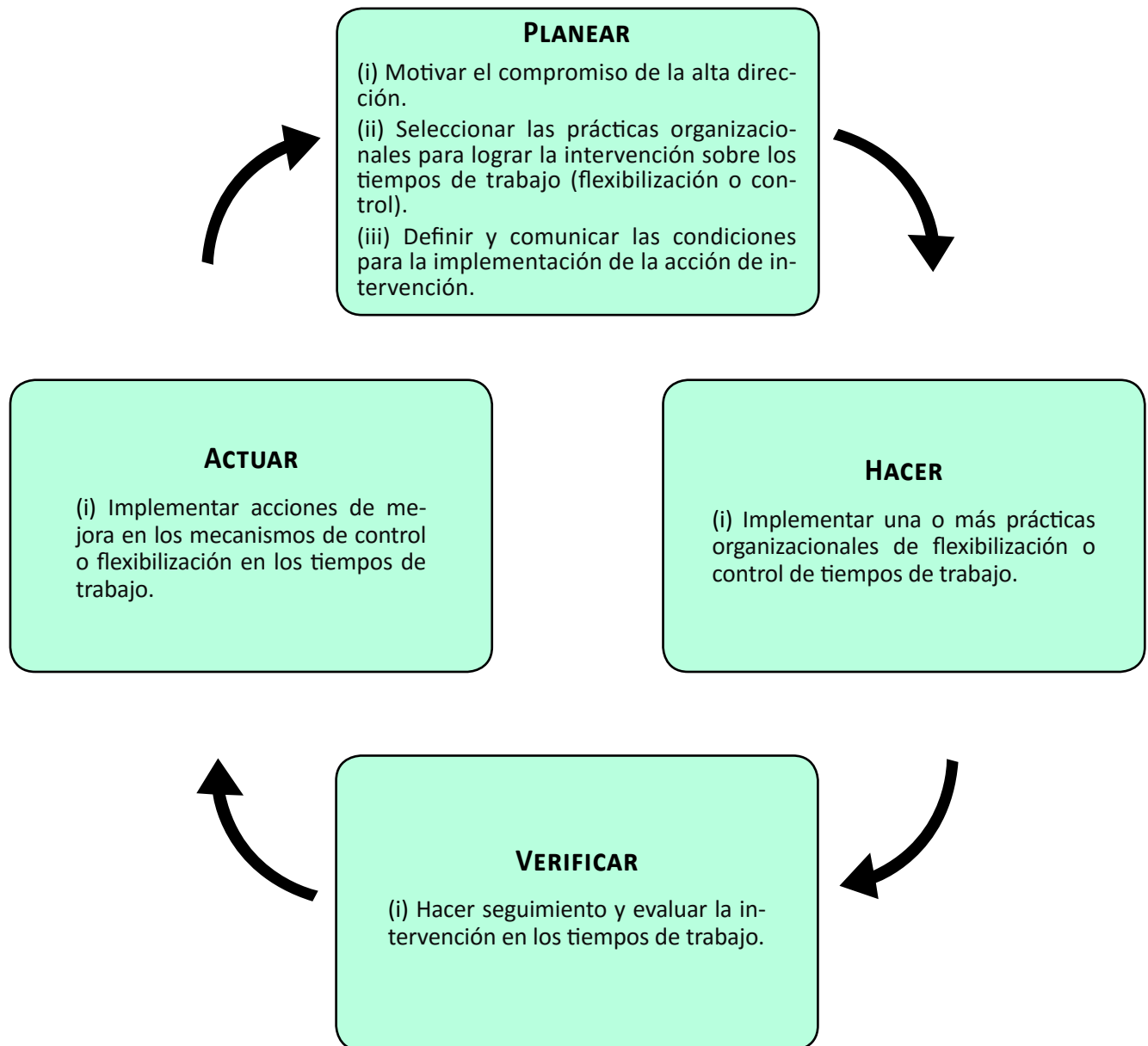
e. Actores involucrados en la implementación

- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Encargado de la seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes.
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

Esta acción busca que los trabajadores logren balancear mejor su vida intra y extralaboral a partir de la implementación de una o varias actividades de control temporal de la jornada de trabajo. En la figura 18 se ilustran algunos aspectos que facilitan la implementación de esta acción bajo un ciclo PHVA, cuyas fases serán descritas con mayor detalle posteriormente.

Figura 18. Ciclo PHVA de la acción “Conciliación de entornos intra y extralaboral”



- Fecha de inicio de implementación.
- Áreas o cargos en los que será implementada.
- Cargos que en virtud de la naturaleza de sus funciones se exceptúan de la implementación de la acción.
- Medidas en caso de incumplimientos.

Una vez estos lineamientos y condiciones sean establecidos, el área o responsable de la gestión del talento humano debe formalizarlos y comunicarlos a los trabajadores de la empresa.

- (I) Implementar una o más prácticas organizacionales de flexibilización o control de tiempos de trabajo

Una empresa puede encontrar diversas fórmulas para flexibilizar o controlar los tiempos de trabajo, pero es importante que las mismas no interfieran con las exigencias propias de funcionamiento de la organización. El éxito en la implementación de estas medidas estará cifrado en el claro establecimiento de las condiciones, alcances y coberturas de funcionamiento, lo cual debe ser informado y acordado con los trabajadores previamente a su puesta en marcha.

El área o responsable de la gestión del talento humano y los jefes de dependencia implementan una o más de las siguientes acciones de flexibilización o control de los tiempos de trabajo, según sea más apropiado a la naturaleza de las actividades que allí se desarrollan:

- Control de la duración de la jornada laboral de los jefes

Esta actividad busca que el funcionamiento de las áreas o dependencias de una organización sea fluido, que no esté supeditado a la presencia real o virtual del jefe durante el horario extralaboral de este, y que se respeten sus tiempos de descanso luego de la jornada laboral o durante permisos, licencias, incapacidades, vacaciones, etc. Lo anterior evita la excesiva dependencia de una persona en particular y libera el tiempo extralaboral del jefe para su descanso y para desarrollar otras actividades en las esferas personal, familiar y social.

- (i) Hacer seguimiento y evaluar la intervención en los tiempos de trabajo
- Con el propósito de hacer seguimiento y evaluar la implementación de esta acción, los jefes inmediatos y el área o responsable de la gestión del talento humano pueden realizar alguna de las siguientes actividades:
- Aplicar una encuesta con el fin de identificar el impacto y la satisfacción que ha tenido entre los trabajadores la implementación de la acción de intervención, especialmente en lo referente a los beneficios o dificultades del cambio.
 - Evaluar el impacto en productividad una vez implementada la acción de intervención.

- (i) Implementar acciones de mejora en los mecanismos de control o flexibilización en los tiempos de trabajo
- Con base en los resultados de la evaluación y tomando en consideración las apreciaciones de los trabajadores, de los jefes y del área o responsable de la gestión del talento humano, se adoptan medidas para ajustar o modificar las actividades, y replantear (ampliar o restringir) áreas o cargos en los que se implementa la acción.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Para que esta acción se convierta o se mantenga como un factor protector se requiere que se conserve en el tiempo y que se adapte según se presenten cambios en las funciones y responsabilidades de los cargos o áreas.

En tanto que en una organización se encuentre que la dimensión psicosocial de demandas cuantitativas de trabajo y jornada de trabajo son factores que no representan riesgo psicosocial, la implementación de esta acción se convierte en un factor psicosocial protector.

La flexibilidad en la distribución horaria del trabajo puede favorecer en gran medida el manejo de la exigencias de tiempo que tiene un trabajador fuera de su labor, lo que seguramente mejora su calidad de vida en cuanto que logra conciliar la vida laboral, personal y familiar, y por consiguiente se convierte en una medida de promoción de factores extralaborales protectores.

3.19 SERVICIO DE ASISTENCIA AL TRABAJADOR

a. Objetivo(s) de la acción

Facilitar a los trabajadores el manejo de situaciones, laborales o extralaborales, que les causen tensión o distrés, a través actividades de información, orientación, consejería, asistencia psicosocial o asesoría en temas específicos (p.ej. financieros y legales).

b. Tipo de acción

- Intervención secundaria de factores de riesgo psicosocial.
- Coadyuvante en la prevención secundaria de efectos en la salud.

c. Población objeto

Todos los trabajadores.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

A través del servicio de asistencia al trabajador³⁷ se brinda información, asesoramiento y apoyo a los trabajadores cuando enfrentan una situación problemática o generadora de distrés. La finalidad del servicio de asistencia al empleado es facilitar el uso de herramientas para tomar decisiones e implementar acciones orientadas a afrontar de una forma más asertiva y eficiente la situación, o incluso transformarla.

Se trata de una acción de intervención de amplio espectro, toda vez que a través de esta se pueden atender problemáticas de diversa naturaleza (laborales, extralaborales, o personales), según la necesidad del trabajador. Las dimensiones psicosociales que impacta esta acción pueden ser:

- Exigencias de responsabilidad del cargo.
- Demandas emocionales.
- Consistencia de rol.

37. Otros nombres o denominaciones bajo las que se puede encontrar esta acción son: programas o servicios de ayuda a los empleados, servicios de orientación al empleado, servicio o programa de consejería para el empleado, etc.

3.19 SERVICIO DE ASISTENCIA AL TRABAJADOR

- Influencia del ambiente laboral sobre el extralaboral.
- Relaciones sociales en el trabajo.
- Relaciones familiares.
- Comunicación y relaciones interpersonales.
- Situación económica del grupo familiar.
- Influencia del entorno extralaboral en el trabajo.

De forma secundaria, la implementación de este tipo de acciones puede favorecer la dimensión psicosocial intralaboral de reconocimiento y compensación, en tanto que los trabajadores pueden percibir a través de ella el interés que tiene su empleador en su bienestar y salud. Otras dimensiones en las que el servicio de asistencia al trabajador puede tener efectos positivos, aunque indirectos, son: características de liderazgo, relación con los colaboradores (subordinados), claridad de rol, demandas cuantitativas y uso del tiempo fuera del trabajo.

A través de esta acción se puede brindar asesoría al trabajador en la prevención secundaria de los efectos de los factores de riesgo psicosocial, tales como síntomas de estrés, bajos niveles de motivación, disminución del desempeño laboral, etc.

Dada la diversidad de medios y horarios en los que pueden funcionar los servicios de asistencia al empleado, se facilita el acceso de los trabajadores en cualquier momento y casi en cualquier lugar.

Limitaciones

A través de esta acción se provee al empleado de información y orientación que le puede ayudar a enfrentar de forma más eficiente las situaciones problemáticas, por lo tanto no actúa sobre los factores de riesgo.

Se trata de una acción cuya implementación implica una inversión de recursos importante para el empleador; sin embargo, su adecuada puesta en marcha puede hacer que los costos de ejecución se recuperen en el mediano o largo plazo, a través de la disminución en los índices de ausentismo y rotación de los trabajadores.

La efectividad de la acción dependerá en gran medida del rol activo que el trabajador consultante asuma frente al servicio que se le brinda.

e. Actores involucrados en la implementación

- Alta dirección.
- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo (SST).
- Trabajadores de la organización.

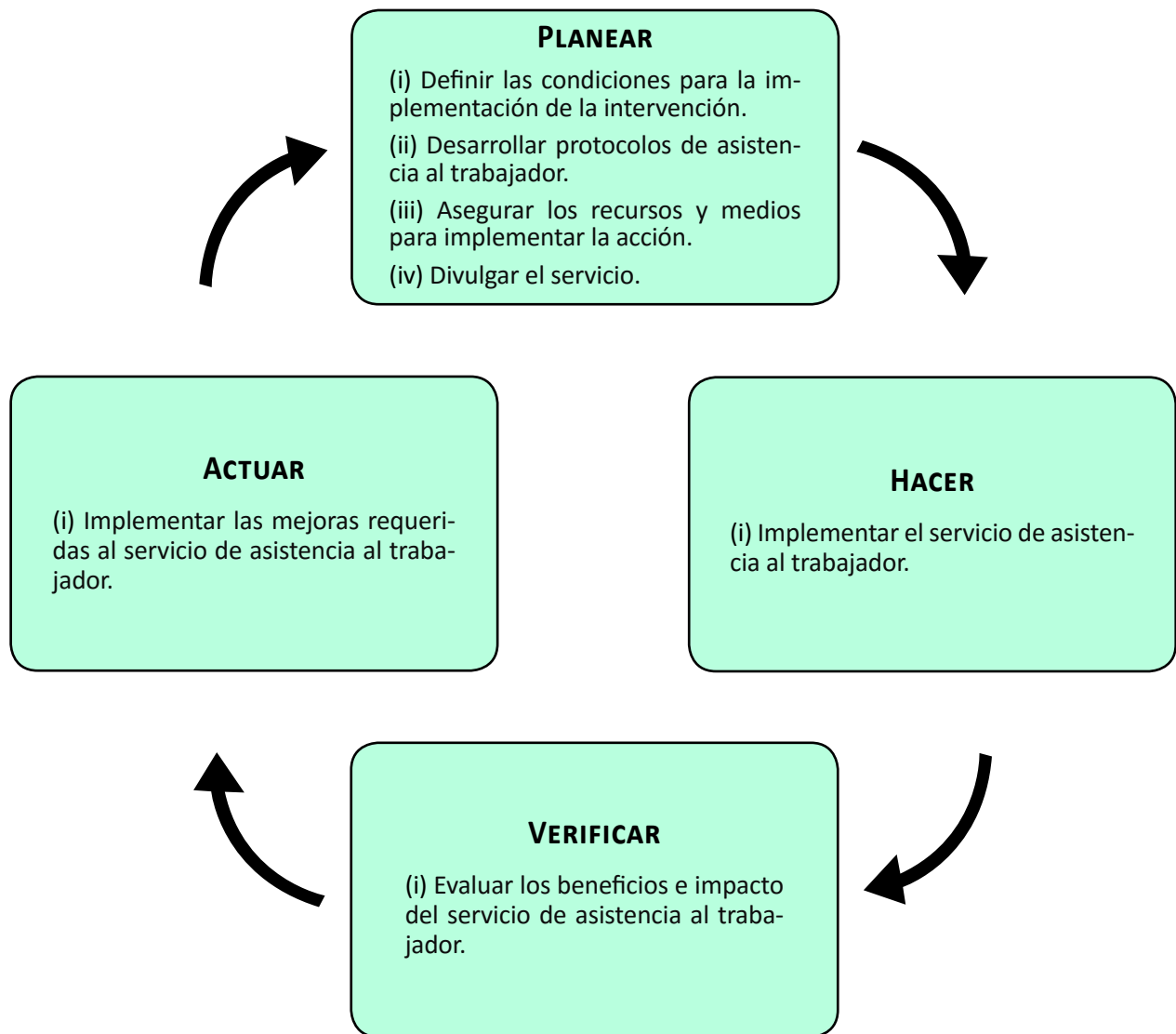
f. Descripción de la acción

Los programas de asistencia al empleado son un servicio de consejería³⁸ individual dirigido a los trabajadores de una organización con el fin proporcionar información, orientación, asistencia y asesoría para enfrentar y resolver problemáticas de índole laboral y extralaboral. Los programas de asistencia al trabajador se originan como servicios de prevención e intervención del alcoholismo en los ámbitos ocupacionales en Estados Unidos (Attridge *et al.*, 2009).

En la figura 19 se ilustran las actividades con las que se implementa esta acción de intervención en el marco del ciclo PHVA, actividades que se desglosan con detalle posteriormente.

38. El término consejería o *counseling* se refiere a la orientación que un profesional (psicólogo, trabajador social, psiquiatra, abogado, etc.) puede proporcionar a otra persona que manifieste confusión, desorientación, sobrecarga o tensión emocional, para facilitarle un proceso de tipo cognitivo-emocional con la finalidad de promover el entendimiento y la resolución de situaciones problemáticas, la movilización de recursos (personales y ambientales), para enfrentar las situaciones y la elaboración de nuevas alternativas ante situaciones que puedan generar distrés (Dietrich, 1986).

Figura 19. Ciclo PHVA de la acción “Servicio de asistencia al trabajador”



(i) Definir las condiciones para la implementación de la intervención

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo deben establecer las condiciones bajo las que se implementará el servicio de asistencia al empleado, considerando los siguientes aspectos:

- Condiciones éticas de prestación del servicio

Se deben declarar de forma explícita las condiciones éticas de prestación de este tipo de servicios, entre las que se encuentran las siguientes:

- Confidencialidad. El servicio se debe prestar garantizando a sus usuarios que la información por ellos proporcionada será manejada con total respeto y reserva.
- Uso voluntario. El uso de este tipo de servicios debe ser totalmente voluntario y en ningún caso un trabajador se debe ver obligado o coaccionado a acudir a él.
- Profesionalismo. El servicio de consejería deberá ser provisto por profesionales que cuenten con la formación y experiencia que los acredite para brindar el tipo de orientación solicitada por el trabajador.

- Medios para brindar el servicio

Tradicionalmente los servicios de asistencia al trabajador se han desarrollado a través de la consejería telefónica que brinda un profesional (psicólogo, trabajador social, psiquiatra, abogado, etc.), al trabajador que decide voluntariamente acudir a este medio para recibir orientación relacionada con una situación problemática que lo aqueja. Si bien la asistencia telefónica tiene la ventaja de hacer que este servicio sea más expedito, también existe la posibilidad de implementar los servicios de asistencia al trabajador de forma presencial. En las últimas décadas también se ha recurrido a estrategias online o vía Internet (chats, video-llamadas, llamadas vía Web, etc.) para desplegar los servicios de consejería.

Tomando en consideración estas posibilidades se debe definir cuál será el medio más conveniente en la empresa para brindar el servicio: telefónica, presencial o virtualmente; también es posible optar por una combinación de estas alternativas. Lo importante al momento de seleccionar el(los) medio(s) de comunicación es garantizar que estarán disponibles para todos los trabajadores a los que se les ofrecerá el servicio.

- Horario de atención del servicio

Otro factor que se involucra en los servicios de asistencia al empleado es la disponibilidad horaria para atender los requerimientos de los trabajadores. Es posible implementar este tipo de servicios con disponibilidades de amplio espectro (24 horas durante los 365 días del año) y disponibilidades restringidas (atención algunos días a la semana, en algunos horarios específicos). En este sentido, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo deben definir y comunicar el horario de atención del servicio, idealmente para que los trabajadores puedan acudir al servicio en diferentes días y franjas horarias.

- Temáticas que serán objeto de orientación a través del servicio

Los temas de consejería que se pueden abordar a través de un servicio de asistencia al trabajador son, entre otros, los siguientes:

- Situaciones o problemáticas laborales (p.ej. dificultades interpersonales con jefes o compañeros de trabajo, dificultades para desarrollar una tarea o actividad laboral, sobrecarga emocional, situaciones de cambio en el trabajo como traslados, ascensos, etc.).
- Situaciones o problemáticas extralaborales (p.ej. dificultades con la pareja, hijos, padres u otros familiares, dificultades de tipo financiero, dificultades de índole legal, violencia intrafamiliar, enfermedad de familiares, cambios en la vida personal como separaciones, cambios de vivienda, pérdida de seres queridos, cuidado de niños, de adultos mayores o de personas en situación de discapacidad, etc.).
- Situaciones o problemáticas personales (p.ej. consumo de sustancias psicoactivas, otras adicciones, sentimientos de soledad o tristeza, etc.).

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo deben definir y delimitar las temáticas que serán objeto de orientación a través del servicio de asistencia al trabajador. En este sentido podrán tomar la decisión de implementar amplitud de servicios, a través de los que se brinde orientación a los trabajadores en cualquiera de los temas antes relacionados, o limitarlo a algún tipo de situación particular.

- Talento humano que brindará el servicio

Los servicios de asistencia al empleado pueden ser implementados con talento humano interno de las organizaciones (los profesionales que brindan la consejería son empleados de la empresa), o a través de proveedores externos. En cualquier caso, las personas que brindan la asesoría deben ser profesionales³⁹ con experiencia en este tipo de actividades. De acuerdo con la delimitación de temáticas que se haya fijado como parte del alcance del servicio, los profesionales involucrados en la prestación del mismo deberán tener conocimientos y experiencia para brindar asesoría en temas específicos (p.ej. violencia intrafamiliar, dificultades económicas o legales, etc.).

- (ii) Desarrollar protocolos de asistencia al trabajador

Con el fin de unificar los criterios de atención de los profesionales involucrados en la prestación del servicio, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, con el apoyo de profesionales experimentados en este tipo de servicios, deben establecer protocolos de atención en los que se definan aspectos como:

- Condiciones éticas de prestación del servicio.
- Inicio de la consejería: presentación, explicación del objetivo y alcance del servicio, verificación de los datos generales del consultante, etc.

39. Preferiblemente personas cuya formación profesional les permita hacer un adecuado manejo de situaciones en las que el consultante pueda tener una desestabilización emocional durante la consulta (p.ej. psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, etc.).

- Exploración de las dimensiones del problema.
- Exploración de los recursos individuales y personales.
- Proceso de transformación de la problemática.
- Cierre de caso.
- Seguimiento del caso (tiempo, responsables, medio, forma de evaluación del impacto y satisfacción de los usuarios, etc.).

Los protocolos de asistencia al trabajador deben incluir información de referencia sobre los recursos internos o externos a la organización a los que pueda acudir un trabajador en búsqueda de ayuda para solventar la problemática que consulta (p.ej. comité de convivencia laboral, centros de atención y asistencia de adultos mayores, discapacitados o personas con adicciones, convenios de prestación de servicios de salud que tenga la empresa, servicios de la caja de compensación familiar, convenios que haya establecido la empresa con otras organización como consultorios jurídicos, consultorios psicológicos, etc.).

(iii) Asegurar los recursos y medios para implementar la acción

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo deben estimar cuáles serán los recursos (humanos, económicos, de infraestructura de comunicaciones, etc.) que se requerirán para implementar el servicio. La alta dirección deberá garantizar los recursos para la implementación del servicio. En este sentido es importante que la empresa garantice que el trabajador tenga acceso gratuito al servicio, con el fin que esto estimule su uso y aprovechamiento, por lo que los costos de su implementación deberán ser cubiertos por la organización.

(iv) Divulgar el servicio

El servicio debe ser divulgado y dado a conocer entre los trabajadores, haciendo claridad respecto de sus beneficios, condiciones, alcances y confidencialidad.

Verificar

- (i) **Evaluar los beneficios e impacto del servicio de asistencia al trabajador**
Con el propósito de hacer seguimiento y evaluar la implementación de esta acción, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo pueden implementar las siguientes actividades:
- Llevar estadísticas de los casos atendidos y cerrados satisfactoriamente.
 - Aplicar una encuesta a los usuarios del servicio con el fin de identificar el impacto logrado, la utilidad percibida y la satisfacción con la consejería.

Actuar

- (i) **Implementar las mejoras requeridas al servicio de asistencia al trabajador**
Con base en los resultados de la evaluación y tomando en consideración las apreciaciones de los trabajadores que evaluaron el servicio, el área de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo deben adoptar medidas para ajustar, modificar y mejorar las condiciones del servicio.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Si bien tradicionalmente los programas o servicios de asistencia al trabajador tienen una orientación reactiva, en cuanto que la intervención se despliega cuando un empleado consulta por una problemática que se le presenta y en ese sentido se esperaría que subyacentemente ya exista un factor o situación de riesgo psicosocial, el tipo de orientación que se brinda mediante el servicio de asistencia al trabajador puede fortalecer los recursos cognitivos y emocionales de una persona para afrontar situaciones de distrés similares en el futuro.

3.20 IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD DE TELETRABAJO

a. Objetivo(s) de la acción

Reducir o eliminar la necesidad de desplazamiento del trabajador entre el lugar de vivienda y el de trabajo, a través de la implementación de una forma de organización espacial del trabajo que le permita laborar desde su propio hogar o desde cualquier otro lugar en el que se disponga de los medios tecnológicos y de información para realizar cabalmente sus funciones, sin tener que desplazarse a un lugar específico.

b. Tipo de acción

Intervención primaria de factores de riesgo psicosocial, toda vez que se estaría interviniendo directamente sobre el desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda y consecuentemente sobre el factor de riesgo asociado al uso del tiempo fuera del trabajo.

c. Población objeto

Todos los trabajadores que por la naturaleza de sus funciones puedan realizar su labor fuera de las instalaciones de la empresa.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

A través de la modalidad de teletrabajo⁴⁰ se limita o se restringe la exposición del trabajador a las condiciones de riesgo derivadas del desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda (tiempo de desplazamiento prolongado, exposición a situaciones de inseguridad y uso de transportes incómodos o dificultosos).

Al reducir el tiempo de desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, la implementación de esta acción puede tener un impacto favorable en la dimensión de uso del tiempo fuera del trabajo, esto siempre que las características personales del teletrabajador y las condiciones del teletrabajo faciliten el establecimiento de límites entre la vida personal y laboral.

De otro lado, mediante esta acción de intervención se favorece la inclusión laboral de trabajadores que por su situación de discapacidad pueden encontrar

40. Otros nombres o denominaciones bajo las que se puede encontrar esta acción son: trabajo remoto, trabajo a distancia, flexibilidad espacial del trabajo, *teleworking*, etc.

dificultades para movilizarse hasta las instalaciones del empleador. Una vez el teletrabajo rinde los resultados esperados, también se fortalecen el control y la autonomía en el trabajo.

Limitaciones

Dadas las características del teletrabajo, esta modalidad laboral puede implicar la exposición a otros factores de riesgo psicosocial los cuales deben ser tenidos en cuenta para implementar las acciones preventivas pertinentes, con el objetivo de que el trabajo a distancia no se convierta en fuente de otras condiciones de riesgo.

A continuación se presenta una relación, no exhaustiva, de los factores psicosociales que deben considerarse antes de implementar una estrategia de teletrabajo:

- **Demandas cuantitativas de trabajo**

Tanto la sobrecarga cuantitativa de trabajo como la subcarga se pueden convertir en factores de riesgo psicosocial en un modelo de teletrabajo. En el primer escenario el tiempo de la jornada laboral normal resulta insuficiente para la cantidad de trabajo que un empleado debe atender en un día de teletrabajo, lo que aunado a la autonomía para la regulación del horario de trabajo y al hecho de no tener que desplazarse desde y hacia su domicilio, puede facilitar que el trabajador extienda el tiempo de actividad laboral, sobrepasando la jornada que habitualmente tendría, o reduciendo u omitiendo las pausas para almorzar o pequeños recesos para descansar. De otro lado, cuando la cantidad de trabajo que una persona tiene para hacer en un día de teletrabajo es poco, el empleado puede encontrarse ante una situación en la que poco a poco va a ocupar el tiempo laboral en otras actividades y podrá desmotivarse frente a su labor.

- **Demandas ambientales y de esfuerzo físico**

Algunos de los aspectos que se deben considerar en la modalidad de teletrabajo son las condiciones ambientales del espacio donde el empleado realizará la actividad laboral fuera de las instalaciones de la oficina. Dentro de tales condiciones se debe verificar que se tengan una temperatura e iluminación adecuadas, posibilidades de aislarse de otros mientras está teletrabajando, que

no existan ruidos o actividades que puedan distraer su atención, que se cuente con suficiente espacio de trabajo y con buenas condiciones de orden, aseo y ergonomía. En los casos en los que no se cuenta con condiciones ambientales y ergonómicas favorables que faciliten el trabajo, estas se convierten en una fuente de cansancio, desmotivación, fatiga y consecuentemente puede implicar una disminución en la calidad y cantidad de trabajo desarrollado.

- Jornada de trabajo

La jornada es un aspecto que requiere especial atención en el teletrabajo ya que de no limitarse de forma clara por parte del empleador y del trabajador, puede convertirse fácilmente en un factor de riesgo. Debido a la autonomía y flexibilidad que caracterizan al trabajo remoto, los empleados pueden verse abocados a extender con alguna frecuencia el tiempo de trabajo más allá de la jornada establecida contractualmente, laborar en horarios nocturnos, y omitir las pausas para tomar alimentos o descansar.

- Influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral y viceversa

Desde una perspectiva psicosocial, la conciliación de la vida privada y laboral en el teletrabajo se constituye en uno de los aspectos más importantes a ser abordados. Al respecto se ha encontrado que la alternativa del teletrabajo puede conllevar efectos benéficos, así como nocivos. Dentro de los primeros se encuentra el hecho que los trabajadores logran armonizar mejor las exigencias de la vida laboral y la personal, llegando a sentir que son más eficaces en las dos esferas; de igual forma, el ahorro de tiempo en desplazamientos o interrupciones en el lugar de trabajo resulta beneficioso, en tanto que este tiempo puede dedicarse a la atención de asuntos personales y familiares. No obstante, el teletrabajo también puede conllevar un factor de riesgo potencial dado que propicia el desvanecimiento de las fronteras temporales y espaciales entre un ámbito y otro, con lo cual resulta más fácil invadir el entorno de trabajo con temas del orden personal o familiar o viceversa, viéndose afectado el desempeño del trabajador, bien sea en su labor o en su vida personal.

- Carga mental

Dado que el teletrabajo se realiza a través de tecnología de información y comunicación, se ha identificado que las tareas que habitualmente se realizan bajo esta modalidad de trabajo implican demandas cognitivas que pueden derivar en una elevada carga mental, especialmente relacionada con la

atención y concentración, y el manejo de información compleja o detallada, para lo cual las pausas suelen ser un buen mecanismo de manejo.

- Claridad de rol

Dado que la modalidad de teletrabajo implica que el empleado trabaje por su cuenta por algunos días a la semana, y con el fin que esto se lleve a cabo de forma satisfactoria para todas las partes, resulta indispensable que el trabajador cuente con información clara y suficiente sobre cuáles son los objetivos, responsabilidades, funciones y resultados que se esperan del ejercicio de su cargo, de forma tal que no se presenten situaciones de confusión y por consiguiente pueda precisar qué actividades y tareas es conveniente adelantar durante la jornada de teletrabajo, y de qué forma estas coadyuvan al cumplimiento global de sus funciones y responsabilidades.

- Control y autonomía sobre el trabajo

La falta de autonomía o la limitación del margen de decisión que tiene un trabajador sobre cómo organizar su trabajo, el ritmo y la forma de trabajar se han documentado como condiciones que limitan y desfavorecen el teletrabajo. En este sentido, es relevante identificar si los trabajadores que laboran bajo esta modalidad cuentan con la suficiente autonomía para organizar sus actividades.

- Relaciones sociales en el trabajo

Si bien las tecnologías de información y comunicación facilitan la interacción no presencial de las personas, la modalidad de teletrabajo puede implicar cierto grado de aislamiento social debido a que existe una limitación en las posibilidades de interacción funcional con compañeros o jefes, así como una limitación de las posibilidades de interacción social informal en el contexto laboral. Esto puede conllevar efectos negativos en el desempeño y en el sentido de pertenencia y cohesión con el grupo de trabajo. Bajo la modalidad de teletrabajo se desestimula la interacción espontánea entre compañeros de trabajo, bien sea para buscar una orientación, opinión o sugerencia relacionada con un asunto de trabajo o bien sea para sostener conversaciones de aspectos que si bien son más informales, contribuyen a la integración social. Es por tanto fundamental contar con estrategias y mecanismos a través de los cuales el teletrabajador establezca interacción laboral y personal con sus compañeros de trabajo.

- **Retroalimentación del desempeño**

Como parte de la comunicación organizacional, la retroalimentación del desempeño es uno de los aspectos que demanda especial atención en una experiencia de teletrabajo, en tanto que es a través de esta que un trabajador recibe información sobre la forma como está adelantando su labor y orientación para hacerla más eficiente. Dado que el trabajo a distancia puede generar cierto aislamiento, es fundamental contar con estrategias y mecanismos a través de los cuales se establezca comunicación fluida y oportuna con él y de manera particular se le trasmite oportunamente la información sobre aspectos favorables o aspectos que debe mejorar en su desempeño.

e. Actores involucrados en la implementación

- Alta dirección.
- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Áreas de tecnología e información.
- Jefes.
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

Según el Decreto 884 de 2012, el teletrabajo “es una forma de organización laboral, que se efectúa en el marco de un contrato de trabajo o de una relación laboral dependiente, que consiste en el desempeño de actividades remuneradas utilizando como soporte las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el contacto entre el trabajador y empleador, sin requerirse la presencia física del trabajador en un sitio específico de trabajo”.

El teletrabajo se caracteriza por cumplir con dos requisitos: 1) la ubicación física distante del trabajador respecto de la sede de su empleador, y 2) el uso de tecnologías de información y comunicación para desarrollar el trabajo y comunicarse con su empleador, jefes, clientes o compañeros de trabajo.

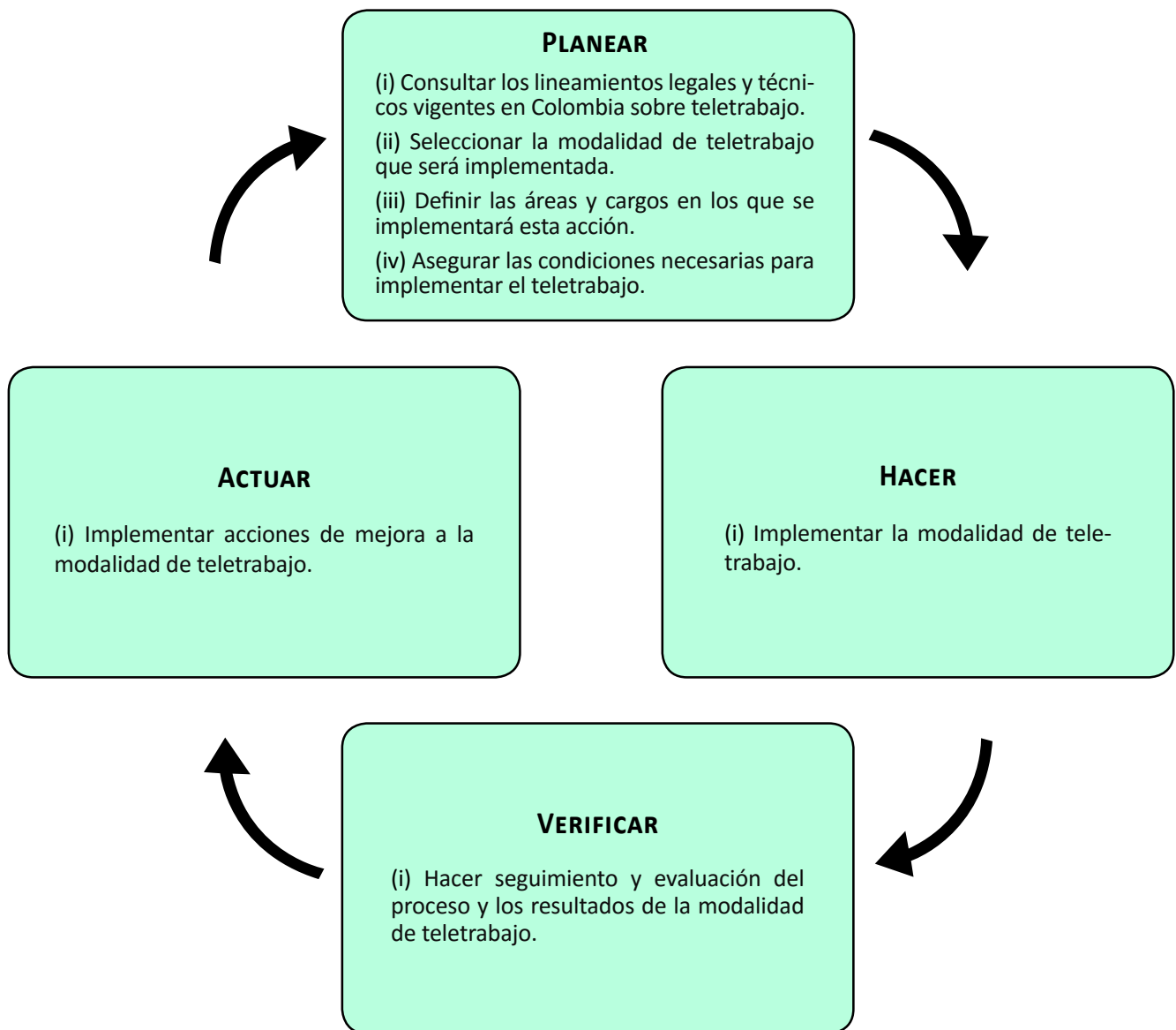
El uso de las TIC en el teletrabajo puede abarcar un amplio espectro, desde aquellas actividades laborales que se realizan casi exclusivamente a través del uso de tecnologías de información y comunicación, hasta aquellas ocu-

3.20 IMPLEMENTACIÓN DE LA MODALIDAD DE TELETRABAJO

paciones en las que el uso de las TIC es esporádico y limitado, en cuanto que el desarrollo de las tareas no las requiere permanentemente.

En la figura 20 se ilustran algunas actividades que facilitan la implementación de esta acción bajo un ciclo PHVA, cuyas fases serán descritas con mayor detalle posteriormente.

Figura 20. Ciclo PHVA de la acción “Implementación de la modalidad de teletrabajo”



- (i) Consultar los lineamientos legales y técnicos vigentes en Colombia sobre teletrabajo

La implementación del teletrabajo en Colombia está regida por una serie de disposiciones legales y jurídicas que regulan esta modalidad laboral. La Ley 1221 de 2008 brinda el marco legal general para la implementación del teletrabajo en el país. A través del Decreto 884 de 2012 se reglamentó la ley mencionada, y adicionalmente el Ministerio del Trabajo y el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones expedieron dos documentos (el *Libro Blanco. El ABC del teletrabajo en Colombia* y la *Guía Jurídica para la Implementación del Teletrabajo*) en los que se reseñan los deberes y obligaciones de empleados y empleadores, así como algunos criterios jurídicos a tener en cuenta para instaurar el teletrabajo en las organizaciones. En este sentido, es necesario que la alta dirección y las áreas de gestión del talento humano de las empresas interesadas en implementar esta acción consulten y se guíen por la normativa y disposiciones legales vigentes en el país para implementar esta modalidad laboral.

- (ii) Seleccionar la modalidad de teletrabajo que será implementada

De acuerdo con la Ley 1221 de 2008 el teletrabajo se puede presentar en una de las siguientes tres formas:

- Teletrabajo autónomo. En esta categoría se incluyen a las personas que siempre trabajan fuera de las instalaciones de la empresa y sólo acuden de forma ocasional a la sede de su empleador; es así como los teletrabajadores autónomos pueden utilizar su propio domicilio o un lugar por ellos escogido para desarrollar su actividad laboral (p.ej. una pequeña oficina, un local comercial, etc.).
- Teletrabajo móvil. Bajo esta denominación se incluyen a los teletrabajadores⁴¹ que “no tienen un lugar de trabajo establecido y cuyas herramientas primordiales para desarrollar sus actividades

41. De acuerdo con el Decreto 884 de 2012 “el teletrabajador es la persona que el marco de la relación laboral dependiente, utiliza las tecnologías de la información y comunicación como medio o fin para realizar su actividad laboral fuera del local del empleador, en cualquiera de las formas definidas por la ley”.

- Asegurar las condiciones psicosociales necesarias para que el teletrabajo tenga un impacto positivo en los trabajadores, dentro de las cuales se debe tener en cuenta la claridad del rol (claridad en las funciones, tareas, resultados, horario de trabajo, etc.), la autonomía que se tiene para realizar el trabajo, las características de liderazgo del jefe del teletrabajador (quien debe brindar empoderamiento, autonomía, dar lineamientos claros, establecer de común acuerdo con su colaborador los resultados que se esperan de él, etc.), los mecanismos de retroalimentación del desempeño, una adecuada carga cuantitativa de trabajo (evitando la subcarga y la sobrecarga), la claridad y cumplimiento de la jornada de trabajo, mecanismos o estrategias para mantener buenas relaciones sociales con compañeros de trabajo, entre otros.
- Asegurar que los teletrabajadores estén cubiertos por las actividades de promoción de hábitos y estilos de vida y trabajo saludables que se desarrollan en la empresa.
- Cabe destacar que dadas las condiciones que definen al teletrabajo es muy importante tomar en consideración las características, competencias y habilidades personales de los individuos que laborarán bajo esta modalidad, ya que en gran medida una experiencia de trabajo a distancia será exitosa si se cuenta con las personas más idóneas para desarrollar este tipo de trabajo. En este sentido, es recomendable que el área de gestión del talento humano asegure que los teletrabajadores se caractericen por sus buenas habilidades para el uso de las TIC, por sus competencias de autorregulación, autocontrol, autogestión, organización y planeación, responsabilidad y habilidades de comunicación no presencial, entre otras. En caso de que los trabajadores que vayan a laborar a distancia no tengan estas competencias lo suficientemente desarrolladas, el área de gestión del talento humano deberá implementar un plan para el fortalecimiento y desarrollo de las mismas.

Verificar

- Realizar una evaluación de los factores de riesgo psicosocial que se busca intervenir (p.ej. desplazamiento vivienda-trabajo-vivienda, uso del tiempo fuera del trabajo, control y autonomía sobre el trabajo) antes y después de la implementación de la modalidad de teletrabajo.
- Evaluar la productividad del teletrabajador comparada con los estándares de desempeño del mismo trabajo pero bajo la modalidad presencial.

Actuar

- (i) Implementar acciones de mejora a la modalidad de teletrabajo
Con base en los resultados de la evaluación y tomando en consideración las apreciaciones de los trabajadores que evaluaron la modalidad de teletrabajo, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo deben adoptar medidas para ajustar, modificar y mejorar el proceso de implantación del teletrabajo, así como el impacto del mismo.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

El teletrabajo podrá convertirse en un mecanismo que favorezca la dimensión psicosocial de control y autonomía de un empleado, toda vez que el trabajo a distancia implica hacer uso de un mayor margen de decisión frente al orden en el que se realizan las actividades, el ritmo y forma de trabajo, y las pausas que se pueden tomar durante la jornada.

3.21 INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD, PENSIÓN, VIVIENDA, EDUCACIÓN, FINANZAS FAMILIARES, Y CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

a. Objetivo(s) de la acción

- Brindar información a los trabajadores en temas relacionados con los beneficios de salud, pensiones, vivienda, educación, recreación y cajas de compensación familiar, que les permitan fomentar el uso sano y constructivo de su tiempo libre, atender cambios o problemáticas asociados con su vivienda, educación, situaciones económicas, relaciones familiares y personales.
- Abrir un espacio o un medio a través del cual los trabajadores puedan establecer contacto con las instituciones que brindan servicios de salud, pensión, vivienda, educación, recreación y las cajas de compensación familiar con el fin de conocer y acceder a los beneficios que tales instituciones pueden ofrecer a los trabajadores y sus familias.

b. Tipo de acción

Intervención secundaria de factores de riesgo psicosocial.

c. Población objeto

Todos los trabajadores de una empresa.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

Esta acción busca brindar información al trabajador sobre los servicios a los que puede acceder en materia de salud, educación, recreación, vivienda y seguridad social. Esta acción tiene impacto en el control de las dimensiones psicosociales relativas al uso del tiempo fuera del trabajo, influencia del entorno extralaboral en el trabajo, características de la vivienda y de su entorno, y situación económica del grupo familiar.

De forma secundaria, la implementación de este tipo de acciones puede favorecer la dimensión psicosocial intralaboral de reconocimiento y compensación, en tanto que los trabajadores perciben a través de ella el interés que tiene el empleador en su bienestar y el de la familia.

3.21 INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD, PENSIÓN, VIVIENDA, EDUCACIÓN, FINANZAS FAMILIARES, Y CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Limitaciones

Si bien la empresa puede facilitar que los empleados tengan información sobre los servicios de bienestar que ofrecen entidades externas, no podrá responsabilizarse por la calidad, el alcance y las limitaciones de los mismos una vez el trabajador accede a ellos.

e. Actores involucrados en la implementación

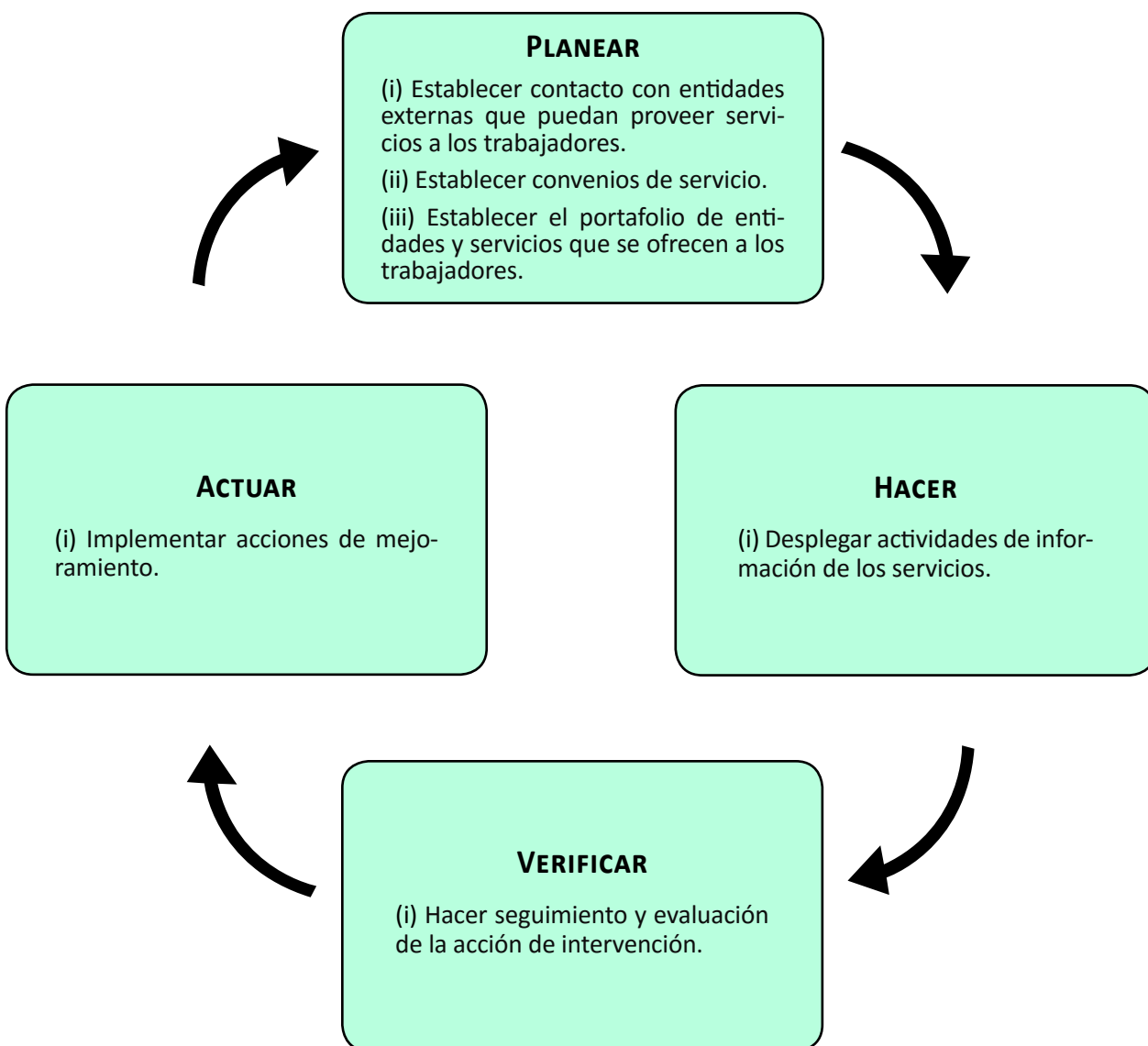
- Alta dirección.
- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Cajas de compensación familiar.
- Fondos de pensiones y cesantías.
- Organizaciones externas con las que se tengan convenios especiales (p.ej. organizaciones prestadoras de servicios de salud, consultorios de asesoría jurídica, económica o psicológica, centros educativos, recreativos, culturales, etc.).

f. Descripción de la acción

En la figura 21 se ilustran las actividades que se desarrollan para implementar la intervención, las cuales están organizadas en el marco del ciclo PHVA y posteriormente se describen con mayor detalle.

3.21 INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD, PENSIÓN, VIVIENDA, EDUCACIÓN, FINANZAS FAMILIARES, Y CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Figura 21. Ciclo PHVA de la acción “Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares y cajas de compensación familiar”



(i) Hacer seguimiento y evaluación de la acción de intervención

Con el propósito de hacer seguimiento y evaluar la implementación de esta acción, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo pueden desarrollar las siguientes actividades:

- Aplicar una encuesta para evaluar la satisfacción de los trabajadores con la información y con los servicios ofrecidos por las entidades externas, con lo cual la empresa podrá tomar decisiones respecto a mantener o no los convenios y la disponibilidad de la información de los servicios.
- Llevar estadísticas del número de trabajadores que han utilizado los servicios ofertados por las entidades externas.

(i) Implementar acciones de mejoramiento

Con base en los resultados de las evaluaciones, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo adopta medidas para ajustar, modificar y mejorar la información que se proporciona, así como decisiones respecto de mantener o modificar la información y los convenios de servicios con las entidades externas.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores.

A través de esta acción se brinda a los trabajadores información y facilidades para acceder a servicios de diversa naturaleza provistos por entidades externas, lo cual puede redundar no sólo en la atención de una problemática extralaboral del trabajador, sino en su bienestar y en el de su familia, momento en el cual se convierte en un factor psicosocial protector. Para que esta acción cumpla este fin protector se requiere que:

- La información proporcionada esté actualizada.
- Los servicios y convenios faciliten el acceso a beneficios que respondan a necesidades del trabajador y su familia.

3.21 INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD, PENSIÓN, VIVIENDA, EDUCACIÓN, FINANZAS FAMILIARES, Y CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

- El acceso a servicios no incremente innecesariamente el nivel de endeudamiento del trabajador.
- La acción se mantenga en el tiempo.
- Que todas las personas que se vinculen a la organización reciban la información de los servicios.
- Que se proporcione información solo de servicios de calidad y provistos por entidades serias, legalmente constituidas y responsables.

3.22 FOMENTO DE LA CALIDAD DE LAS RELACIONES FAMILIARES

a. Objetivo(s) de la acción

Fomentar la calidad de las relaciones familiares de los trabajadores a través de la implementación de espacios participativos, recreativos y formativos que promuevan la interacción armónica como fuente de apoyo social extralaboral.

b. Tipo de acción

- Promoción de factores psicosociales protectores.
- Intervención secundaria de factores de riesgo psicosocial.

c. Población objeto

Todos los trabajadores y sus familias.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

A través de esta acción se promueven desde el ámbito laboral las relaciones familiares armónicas, el apoyo entre sus miembros y el uso constructivo y saludable del tiempo fuera del trabajo, lo cual significa que se promueve el bienestar de los trabajadores.

La implementación de este tipo de acciones puede favorecer la dimensión psicosocial intralaboral de reconocimiento y compensación, en tanto que los trabajadores pueden percibir a través de ella el interés que tiene el empleador en su bienestar y en el de sus familias.

Cuando las actividades que se contemplan en esta acción dan cobertura a amplios grupos poblacionales, las mismas contribuyen a fortalecer la buena imagen de la organización en la comunidad y favorecen su reconocimiento como empresa interesada en el bienestar de su personal y el de sus familias, por lo que redundará positivamente en la dimensión de recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza.

Limitaciones

Estas actividades se hacen exitosas en la medida en que la participación del trabajador y sus familiares sea frecuente, y dado que la misma es totalmente voluntaria, su cobertura e impacto dependerá en gran medida del interés y disposición de los empleados para acceder a las mismas.

Para que haya una efectiva implementación de esta acción la relación del empleador con sus trabajadores debe caracterizarse por la confianza mutua y la información personal debe manejarse de forma confidencial.

Tomando en consideración que algunas dinámicas familiares son difíciles de permeable, es preciso aclarar que el abordaje de conflictos familiares crónicos y de violencia intrafamiliar no está dentro del alcance de la acción de intervención.

Según la cantidad y cobertura de las actividades programadas, este tipo de acción puede implicar para el empleador una inversión importante de recursos; sin embargo a través del establecimiento de acuerdos interinstitucionales, el aprovechamiento de espacios públicos y una buena programación de actividades, es posible reducir los costos de ejecución.

e. Actores involucrados en la implementación

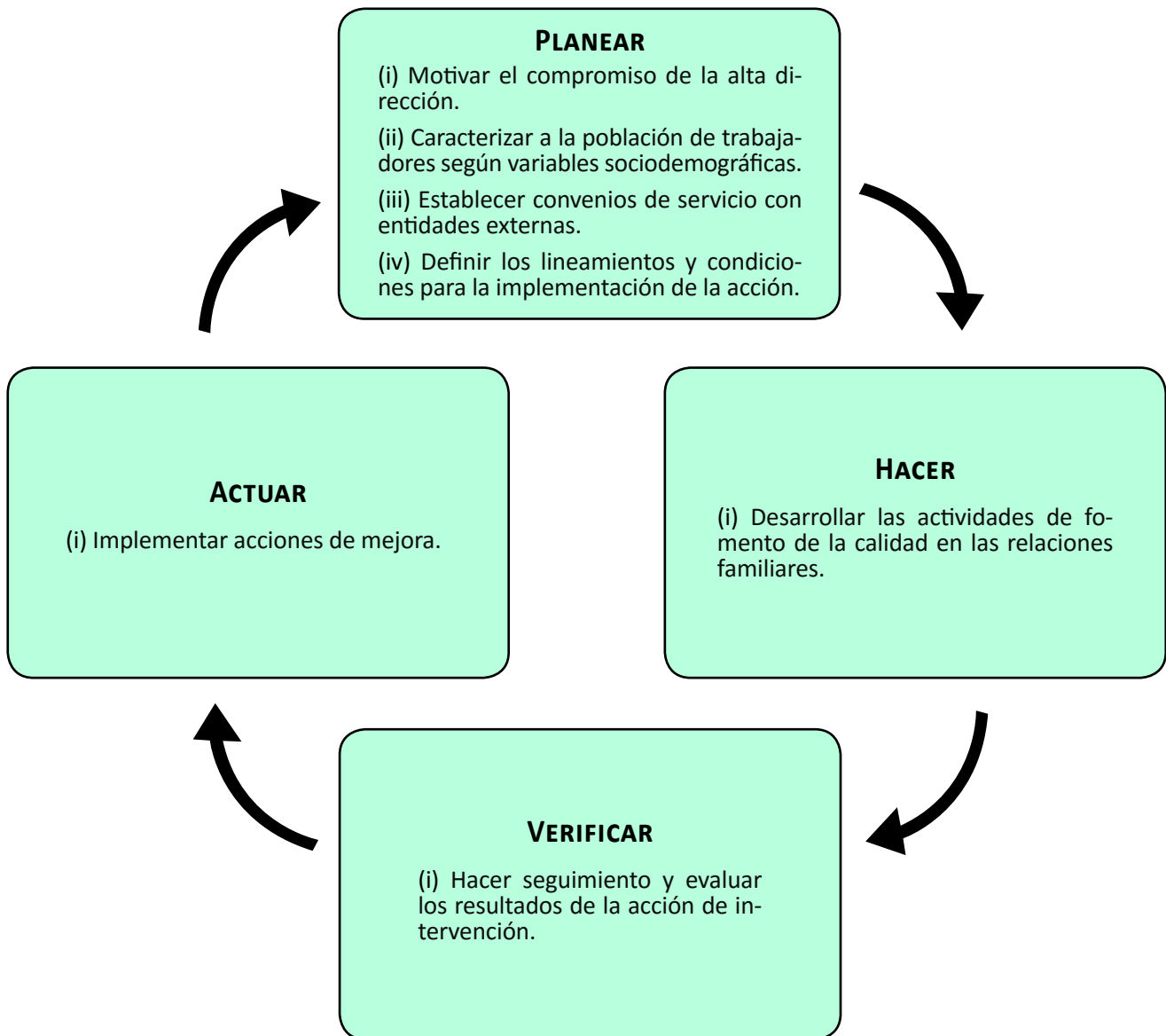
- Alta dirección.
- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Trabajadores de la organización.
- Familias de los trabajadores.
- Cajas de compensación familiar y otras entidades externas con las que se tengan convenios de servicio (p.ej. centros o entidades educativas, deportivas, recreativas y culturales).
- Para algunas actividades específicas podrá requerirse la participación de profesionales en psicología, psiquiatría, trabajo social, terapeutas, o el apoyo de personal con experiencia en actividades deportivas, lúdicas y recreativas.

f. Descripción de la acción

La acción de fomento de la calidad de las relaciones familiares se basa en el desarrollo de un conjunto de actividades patrocinadas por el empleador y encaminadas hacia la promoción y el fortalecimiento de las relaciones familiares de sus trabajadores.

En la figura 22 se ilustran los pasos que facilitan la implementación de esta acción, los cuales se presentan en el marco del ciclo PHVA y cuyas fases se describen posteriormente con mayor detalle.

Figura 22. Ciclo PHVA de la acción “Fomento de la calidad de las relaciones familiares”



- Temas que generen conflicto familiar.
- Actividades realizadas durante el tiempo libre.
- Intereses o pasatiempos de los empleados y sus familias.

La información recolectada durante este diagnóstico permitirá diseñar actividades orientadas a suplir algunas de las necesidades más sobresalientes y recurrentes de los trabajadores de la empresa y sus familias.

(iii) Establecer convenios de servicio con entidades externas

En caso de que el empleador lo considere pertinente, a través de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, se podrán establecer convenios especiales con entidades externas (p.ej. cajas de compensación familiar, centros o entidades educativas, deportivas, recreativas y culturales, etc.) para obtener servicios o beneficios que den cobertura a las familias de los trabajadores.

(iv) Definir los lineamientos y condiciones para la implementación de la acción

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo deben establecer los lineamientos y condiciones para implementar la acción.

Entre los lineamientos que se pueden establecer para la implementación de esta acción se encuentran los siguientes:

- Contratación de personal idóneo para brindar la mejor calidad en las actividades de integración familiar y aprovechamiento del tiempo libre que se realicen dentro de la organización.
- Cumplimiento de las normas establecidas para la seguridad de los participantes en las actividades que se implementen.
- Estimular la participación de los empleados para que aporten ideas para el mejoramiento e innovación en las actividades de promoción de la calidad en las relaciones familiares y el aprovechamiento del tiempo libre.

- Velar porque las actividades que sean implementadas estén exentas de violencia y de toda acción o manifestación que pueda alterar los resultados de los objetivos propuestos.
- Aprovechar los espacios que diversas entidades externas, privadas o públicas, abren para el goce de las actividades familiares y de esparcimiento, con el ánimo de satisfacer algunas necesidades familiares en materia deportiva, recreativa y cultural.
- Favorecer las manifestaciones del deporte, la recreación, las expresiones culturales, folclóricas o tradicionales desarrolladas a nivel municipal y departamental.
- Difundir información y documentación sobre programas y experiencias que destaquen la importancia y las bondades de la unidad familiar y el uso constructivo y saludable del tiempo libre.
- Fomentar el aprovechamiento constructivo del tiempo libre como elemento fundamental de la calidad de vida y del proceso de formación integral de las personas.

Las condiciones para la implementación de esta acción pueden incluir los siguientes aspectos:

- Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo deben definir a qué integrantes de la familia (núcleo familiar, grado de consanguinidad, etc.) del trabajador se dará cobertura con las actividades que se implementen.
- Es conveniente establecer una programación semestral o anual de las actividades que se desarrollarán (cronograma), con el fin de gestionar los recursos necesarios e informar oportunamente a los trabajadores. En este sentido, se deben definir cuáles actividades se realizarán en horario de la jornada laboral y cuáles se realizaran fuera de este horario.
- Dado que las actividades que se despliegan dan cobertura no sólo a los empleados sino también a sus familias, debe garantizarse que la participación sea totalmente voluntaria y en consecuencia no podrá utilizarse ningún medio de convocatoria que coaccione la participación.

Verificar Verificar Verificar

- (i) Hacer seguimiento y evaluar los resultados de la acción de intervención
- Con el propósito de hacer seguimiento y evaluar la implementación de esta acción, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo pueden:
- Aplicar una encuesta a los trabajadores con el fin de identificar la pertinencia y utilidad de las actividades en función del fomento de la calidad de las relaciones familiares.
 - Aplicar una encuesta para evaluar la satisfacción de los trabajadores y sus familias con las actividades implementadas.
 - Llevar estadísticas del número de trabajadores y familiares que participan en las actividades desarrolladas.
 - Calcular indicadores de cumplimiento del cronograma de actividades.

Actuar

- (i) Implementar acciones de mejora
- Con base en los resultados de las evaluaciones, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo definen e implementan las medidas de mejora necesarias para ajustar o modificar las actividades de fomento de la calidad de las relaciones familiares.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Como se mencionó anteriormente, esta es una acción de promoción de factores psicosociales extralaborales protectores, focalizada en el fomento de la calidad de las relaciones familiares y el uso constructivo y saludable del tiempo fuera del trabajo.

Solo en los casos en los que los trabajadores tienen algún tipo de problemática familiar se constituirá en una herramienta de intervención secundaria de factores psicosociales extralaborales asociados a las relaciones familiares.

3.23 ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN PARA LA PENSIÓN

a. Objetivo(s) de la acción

Fortalecer las habilidades y estrategias de afrontamiento de los trabajadores para asumir y adaptarse a una nueva condición de vida derivada del cambio vital que representa la pensión, a través de información, asesoría, orientación y capacitación dirigida a los pre-pensionados⁴³.

b. Tipo de acción

- Intervención secundaria de factores de riesgo psicosocial.
- Coadyuvante en la prevención secundaria de efectos en la salud.

c. Población objeto

Todos los trabajadores de una empresa que se encuentran en los tres años de trabajo previos a su pensión.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

A través de esta acción se busca brindar información y asesoría a los trabajadores pre-pensionados como mecanismo de preparación para adaptarse al cambio vital que supone la pensión. La acción de intervención está centrada en el fortalecimiento de habilidades o competencias para adaptarse a una nueva vida ocupacional.

Mediante esta acción se pueden impactar favorablemente las relaciones familiares y el uso del tiempo fuera del trabajo. De igual forma, es útil como coadyuvante en los casos en los que los trabajadores próximos a pensionarse manifiestan alguna sintomatología asociada al estrés que puede causar este cambio vital (p.ej. depresión, ansiedad, insomnio, etc.)

Limitaciones

Los paradigmas culturales de los trabajadores pre-pensionados y de quienes les rodean, pueden representar un desafío para asimilar este momento de la vida de una forma más activa, productiva y dinámica.

43. Se entiende por pre-pensionado aquel trabajador que está a tres años o menos de pensionarse.

Esta acción se hace exitosa en la medida en que la participación del trabajador, si bien es voluntaria, sea constante. En este sentido es necesario generar una estrategia de motivación.

e. Actores involucrados en la implementación

- Alta dirección.
- Área o responsable de gestión del talento humano.
- Área de salud y seguridad en el trabajo.
- Trabajadores pre-pensionados.
- Profesionales en psicología o trabajo social con experiencia en manejo de ciclos vitales y preparación para la pensión.
- Fondos de pensiones.

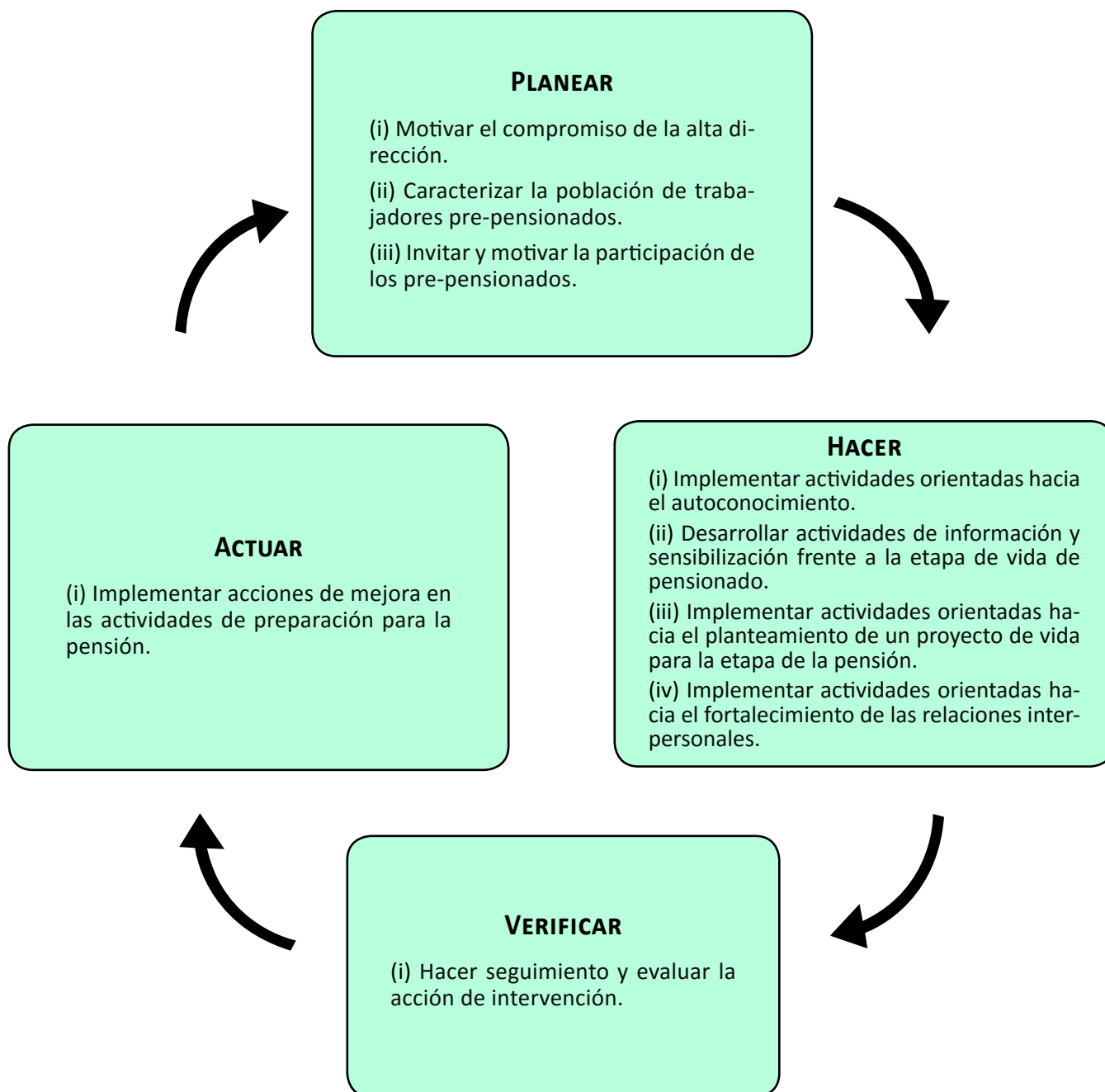
f. Descripción de la acción

La desvinculación laboral a causa de la pensión es un hecho relativamente frecuente en la dinámica organizacional. Se requiere entonces la implementación de mecanismos facilitadores del momento de la desvinculación, con el fin de hacerla menos traumática para el trabajador. Se requiere, por tanto, generar una estrategia de apoyo que permita recuperar la capacidad de planificar acciones orientadas a afrontar esta etapa de cambio.

Por lo anterior es importante que en el marco de las actividades de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo se desplieguen las acciones necesarias para ayudar al pre-pensionado a afrontar la situación de pensión o cambio de vida con actitud positiva y con visión de oportunidades. La preparación para la pensión es la oportunidad para guiar al trabajador en el fortalecimiento de los aspectos psicológicos, familiares, sociales, ocupacionales y financieros que le faciliten el retiro de la vida laboral y la apertura a nuevas posibilidades de trabajo o de actividad, según sea su decisión.

En la figura 23 se ilustran las actividades que facilitan la implementación de esta acción en un ciclo PHVA, las cuales se describen posteriormente con mayor detalle.

Figura 23. Ciclo PHVA de la acción “Actividades de preparación para la pensión”



Hacer

de la mejor forma posible a las nuevas dinámicas que implica este cambio vital.

Es conveniente que durante toda la etapa del *Hacer* se cuente con la posibilidad de brindar apoyo psicoemocional para el futuro pensionado y su familia en caso que así se requiera, apoyo que debe ser suministrado por un profesional idóneo con experiencia en este tipo de actividades.

Verificar

(i) Hacer seguimiento y evaluar la acción de intervención

El área de gestión del talento humano es la encargada de hacer el seguimiento y la evaluación de los resultados de esta acción, para lo cual puede desarrollar las siguientes actividades:

- Aplicar una encuesta a los trabajadores con el fin de identificar la pertinencia y utilidad de las actividades desarrolladas en el proceso de asimilación y adaptación al cambio que implica la etapa de pensión.
- Aplicar una encuesta para evaluar la satisfacción de los trabajadores con las actividades implementadas.
- Llevar estadísticas del número de trabajadores que participan en las actividades desarrolladas.

Actuar

(i) Implementar acciones de mejora en las actividades de preparación para la pensión

Con base en los resultados de las evaluaciones, el área de gestión del talento humano debe adoptar medidas para ajustar, modificar y mejorar las actividades.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

La acción de preparación para la pensión, si bien incide directamente en las relaciones familiares y en el uso del tiempo fuera del trabajo, es útil en los casos en que se deben afrontar otras situaciones que exigen habilidades de adaptación y la movilización de recursos internos y externos para enfrentarlas, situaciones en las que se evidencia su papel como factor protector.

3.24 FOMENTO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS, DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y CULTURALES

a. Objetivo(s) de la acción

Promover la salud y bienestar de los trabajadores a través de diferentes alternativas de esparcimiento, aprendizaje y recreación.

b. Tipos de acción

- Promoción de la salud.
- Coadyuvante en la prevención primaria, secundaria y terciaria de problemas de salud.
- Promoción de factores psicosociales protectores.

c. Población objeto

Todos los trabajadores de una empresa y las familias que deseen participar.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

Si bien esta acción está orientada fundamentalmente al fomento de la salud y el bienestar de los trabajadores, a través de ella también se puede dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 respecto de la realización de actividades recreativas, culturales o de capacitación dentro de la jornada de trabajo⁴⁴.

44. Decreto 1072 de 2015: “Artículo 2.2.1.2.3.1. Acumulación de horas para actividades recreativas, culturales o de capacitación. Para efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 21 de la Ley 50 de 1990, las dos (2) horas de la jornada de cuarenta y ocho (48) semanales a que esta norma se refiere, podrán acumularse hasta por un (1) año. En todo caso, los trabajadores tendrán derecho a un número de horas equivalente a dos (2) semanales en el período del programa respectivo dentro de la jornada de trabajo (Decreto 1127 de 1991, art. 3)”.

“Artículo 2.2.1.2.3.2. Programas recreativos, culturales o de capacitación. El empleador elaborará los programas que deban realizarse para cumplir con lo previsto en el artículo 21 de la Ley 50 de 1990. Dichos programas estarán dirigidos a la realización de actividades recreativas, culturales, deportivas o de capacitación, incluyendo en éstas las relativas a aspectos de salud ocupacional, procurando la integración de los trabajadores, el mejoramiento de la productividad y de las relaciones laborales (Decreto 1127 de 1991, art. 4)”.

Cuando se desarrollan actividades que dan cobertura a grupos poblacionales grandes, las mismas contribuyen a la buena imagen de la organización frente a la comunidad externa, al ser reconocidas como empresas interesadas en el bienestar de su personal y el de sus familias.

Mediante la implementación de estas actividades se pueden prevenir o atenuar los efectos nocivos de situaciones de riesgo psicosocial intra o extralaboral según sea el caso, o aquellas identificadas por diagnósticos situacionales o reportes de condiciones de salud.

La adecuada implementación de este tipo de acción se convierte en una condición que favorece la dimensión extralaboral de uso del tiempo fuera del trabajo, además de favorecer la dimensión intralaboral de relaciones sociales en el trabajo por cuanto fomenta espacios de apoyo, trabajo en equipo y cohesión entre compañeros. Adicionalmente, tiene un impacto favorable en la dimensión psicosocial de reconocimiento y compensación, en la medida en que los trabajadores la perciben como una expresión del interés y preocupación que el empleador tiene en su salud y bienestar general.

Limitaciones

La implementación de esta acción implica una inversión de recursos para el empleador, sin embargo, mediante convenios interinstitucionales, el aprovechamiento de espacios públicos y una buena programación de actividades, se pueden racionalizar los costos y los beneficios pueden visibilizarse en los indicadores de ausentismo y rotación de los trabajadores.

En caso de que las actividades se realicen fuera del horario de trabajo, los empleados estarán en toda libertad de decidir participar o no en ellas. Dado que estas actividades se hacen exitosas en la medida en que la participación del trabajador sea activa y constante, su impacto y cobertura dependerá de la motivación y el interés que manifiesten los empleados en su realización.

e. Actores involucrados en la implementación

- Alta dirección.
- Área de gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Trabajadores de la organización.

3.24 FOMENTO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS, DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y CULTURALES

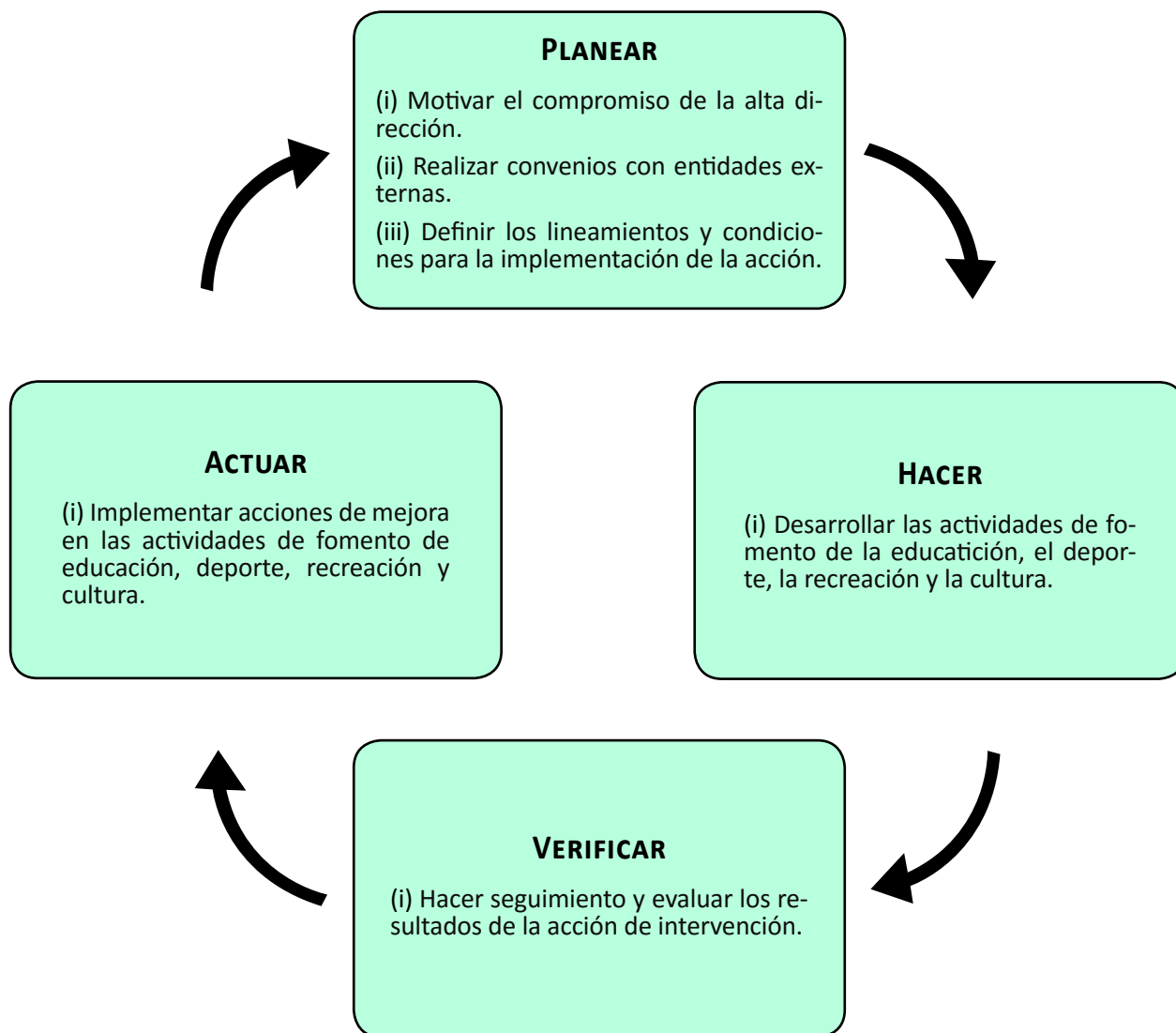
- Cajas de compensación familiar y otras entidades externas con las que se tengan convenios de servicio (p.ej. centros o entidades educativas, deportivas, recreativas y culturales).
- Para algunas actividades específicas podrá requerirse la participación de profesionales con experiencia en actividades educativas, deportivas, culturales, lúdicas y recreativas.

f. Descripción de la acción

Se trata de un conjunto de actividades patrocinadas por el empleador, encaminadas a promover en el entorno laboral la práctica del deporte, la recreación y las actividades educativas y culturales.

En la figura 24 se ilustran las actividades que se desarrollan en cada fase del ciclo PHVA, y posteriormente se desglosan.

Figura 24. Ciclo PHVA de la acción “Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales”



3.24 FOMENTO DE ACTIVIDADES EDUCATIVAS, DEPORTIVAS, RECREATIVAS Y CULTURALES

(i) Motivar el compromiso de la alta dirección

Las directivas de la organización deben establecer formalmente un compromiso para promover desde el ámbito laboral la práctica del deporte, la recreación y las actividades educativas y culturales.

Este compromiso gerencial puede expresarse a través de una política o mediante la aprobación de prácticas deportivas, de recreación, educación y cultura. La alta dirección debe comprometerse también con el fomento de las actividades de divulgación, planificación, coordinación, ejecución y asesoramiento de tales prácticas, como mecanismos para el desarrollo integral de los trabajadores.

De igual forma debe hacerse visible el compromiso de la alta dirección a través de la asignación de los recursos necesarios para su implementación.

(ii) Realizar convenios con entidades externas

En caso de que el empleador lo considere pertinente, a través de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo se podrán establecer convenios especiales con entidades externas (p.ej. cajas de compensación familiar, centros o entidades educativas, deportivas, recreativas y culturales, etc.), para obtener servicios o beneficios que faciliten el desarrollo de las actividades.

(iii) Definir los lineamientos y condiciones para la implementación de la acción

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo establecen los lineamientos y condiciones para implementar la acción de intervención.

Entre los lineamientos que se pueden establecer para la implementación de esta acción se encuentran los siguientes:

- Contratación de personal idóneo para desarrollar las actividades con la mejor calidad.
- Cumplimiento de las normas establecidas para la seguridad de los participantes y espectadores en las actividades que se implementen.

- Estimular la participación de los empleados para que aporten ideas de mejoramiento e innovación en las actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales.
- Velar porque las actividades implementadas estén exentas de violencia y de toda acción o manifestación que alterare el logro de los objetivos propuestos.
- Aprovechar los espacios que diversas entidades externas (privadas o públicas) abren para el goce de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales.
- Favorecer las manifestaciones del deporte, la recreación, las expresiones culturales, folclóricas o tradicionales que se desarrollen a nivel municipal y departamental.
- El área de seguridad y salud en el trabajo deberá tener en cuenta las restricciones de salud de los trabajadores por razones médicas y a su vez debe plantear actividades especiales para este grupo de empleados sin afectar su salud.

Las condiciones a tener presentes en la implementación de esta acción son:

- Definir como obligatoria la convocatoria de todos los trabajadores, no así su participación, salvo que se trate de actividades que se programen en horario laboral y que respondan a las definidas en el Decreto 1072 de 2015 (artículos 2.2.1.2.3.1 y 2.2.1.2.3.2)⁴⁵.
- Establecer una programación semestral o anual de las actividades (cronograma), con el fin de gestionar los recursos necesarios e informar oportunamente a los trabajadores. Este debe aclarar qué actividades se realizarán en horario de la jornada laboral y cuáles se realizarán fuera de este.

45. Decreto 1072 de 2015: "Artículo 2.2.1.2.3.3. Obligación de asistir. La asistencia de los trabajadores a las actividades programadas por el empleador es de carácter obligatorio. Los empleadores podrán organizar las actividades por grupos de trabajadores en número tal que no se vea afectado el normal funcionamiento de la empresa (Decreto 1127 de 1991, art. 5)".

Verificar Verificar Verificar

- (i) Hacer seguimiento y evaluar los resultados de la acción de intervención
Con el propósito de hacer seguimiento y evaluar la acción de intervención, las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo pueden realizar las siguientes actividades:
- Aplicar una encuesta a los trabajadores con el fin de identificar el impacto de las actividades desarrolladas en cuanto a su pertinencia y utilidad para el fomento del deporte, la recreación, la cultura y la educación.
 - Aplicar una encuesta para evaluar la satisfacción de los trabajadores con las actividades implementadas.
 - Llevar estadísticas del número de trabajadores que participan en las actividades desarrolladas.
 - Calcular indicadores de cumplimiento del cronograma de actividades establecido.

Actuar

- (i) Implementar acciones de mejora en las actividades de fomento de educación, deporte, recreación y cultura
Con base en los resultados de las evaluaciones de la acción de intervención, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, adoptan medidas para ajustar, modificar y mejorar las actividades.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

La implementación sistemática de esta acción de fomento de educación, deporte, recreación y cultura se termina comportando como un factor protector que contribuye a mitigar el efecto de algunas demandas del trabajo, por tanto es importante incorporarlo con otras acciones también protectoras. Es conveniente monitorear y controlar cualquier problemática que surja de esta acción de intervención, a fin de evitar efectos adversos, por ejemplo discordias por la práctica deportiva.

3.25 FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

a. Objetivo(s) de la acción

Incrementar la frecuencia de comportamientos saludable en los trabajadores, mediante un conjunto de acciones organizacionales de fomento del autocuidado.

b. Tipo de acción

La acción de fomento de estilos de vida saludable está diseñada para la promoción de la salud, sin embargo también puede actuar como coadyuvante en la prevención primaria, secundaria y terciaria en salud.

c. Población objeto de la acción

Cuando la acción de intervención se desarrolla en el contexto de la promoción de la salud, la población objetivo son los trabajadores asintomáticos de áreas en las que los factores psicosociales fueron valorados en su conjunto por el 60 %⁴⁷ o más de las personas como sin riesgo o en riesgo despreciable, riesgo bajo o riesgo medio.

La acción de intervención sirve a los propósitos de la prevención primaria (evitar efectos en la salud), para la población de trabajadores asintomáticos de las áreas de trabajo en las que los factores psicosociales fueron valorados en su conjunto por no más del 30 %⁴⁸ de las personas en riesgo alto o muy alto⁴⁹.

La acción de intervención se orientará como de prevención secundaria en salud (identificación precoz y tratamiento oportuno de afecciones de salud) para la población de trabajadores con signos y síntomas sugestivos de enfermedades que guardan relación con estrés laboral.

La acción de intervención se orientará como de prevención terciaria en salud (rehabilitación de problemas de salud) para los trabajadores diagnosticados con síndrome de agotamiento laboral (*burnout*), estrés agudo, estrés postraumático, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad.

47. Se toma como criterio el percentil 60 orientado por los baremos de la *Batería de instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial* (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

48. Ídem (percentil 30).

49. En caso que la proporción sea mayor del 30 % se utiliza como prevención secundaria o terciaria según los hallazgos de las condiciones de salud en los trabajadores.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La descripción de esta acción proporciona herramientas para que la organización desarrolle actividades tendientes a que los trabajadores adopten hábitos saludables relacionados con la nutrición, la actividad física y el descanso.

La acción establece elementos para la promoción de la salud y prevención primaria del estrés. Puede ayudar en la prevención secundaria y terciaria de síndrome de agotamiento laboral, estrés postraumático, manejo del duelo, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad y depresión.

Limitaciones

La promoción de hábitos saludables es insuficiente para la prevención o minimización de los efectos del estrés, por lo que su implementación debe formar parte de una estrategia integral de intervención en función de los resultados de la evaluación de los factores psicosociales.

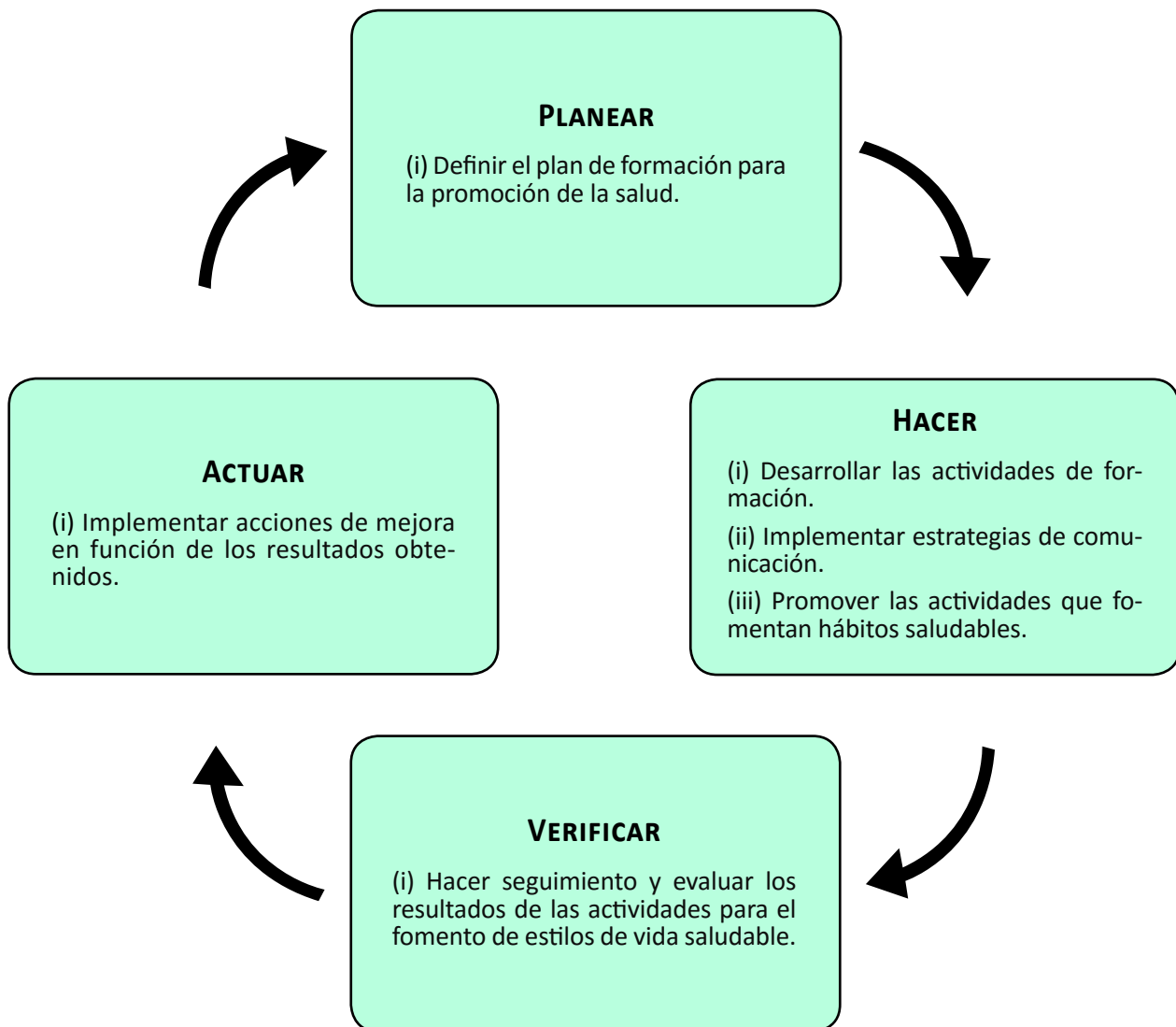
e. Actores involucrados en la implementación

- Área de gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Trabajadores de la organización.
- Profesionales idóneos del área de la salud.
- Entidades promotoras de salud.
- Cajas de compensación familiar.

f. Descripción de la acción

La alimentación, la actividad física y el descanso son algunos de los determinantes de la salud y además sirven como mecanismos de resistencia frente al estrés. Los pasos para la implementación de la acción de intervención se presentan en la figura 25, los cuales se amplían posteriormente.

Figura 25. Ciclo PHVA de la acción “Fomento de estilos de vida saludable”



- Importancia de la alimentación en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, características de una alimentación balanceada, causas y consecuencias de malos hábitos alimentarios, criterios para lograr una dieta equilibrada (Organización Mundial de la Salud, 2010), de calidad y en cantidad suficiente en función de las demandas calóricas del trabajo.
- Concepto, características, beneficios y tipos de actividad física (aeróbica, estiramiento, aumento de la fuerza, actividades al aire libre, etc.), características de la actividad física (frecuencia, intensidad, tiempo y tipo de actividad), etapas de la actividad física (calentamiento, ejercicio y recuperación), y recomendaciones para las actividades físicas según la capacidad individual (resistencia, fuerza y flexibilidad).
- Recomendaciones para mejorar la calidad del sueño (horario regular, ingesta de alimentos y bebidas, ejercicio físico, ambiente, etc.), control de jornadas de trabajo, participación en actividades culturales y sociales, descanso durante los fines de semana, entre otros.

(i) Desarrollar las actividades de formación

Una vez definidos los contenidos temáticos del programa de formación para la promoción de la salud, el área de gestión del talento humano en coordinación con el responsable de la seguridad y salud en el trabajo se encargan de coordinar su realización. Para estos fines pueden desarrollar el programa con recursos propios (en caso de contar con profesionales idóneos del área de salud), o solicitar el apoyo o asesoría de las empresas promotoras de salud (EPS). Una alternativa adicional es el uso de programas virtuales (*e-learning*) en los que se utilizan herramientas o aplicaciones digitales como soporte al proceso de formación.

(ii) Implementar estrategias de comunicación

Para fomentar la adopción de estilos de vida saludable, el área de gestión del talento humano en coordinación con el responsable de

- (i) Hacer seguimiento y evaluar los resultados de las actividades para el fomento de estilos de vida saludable

La medición de los avances tiene por finalidad evaluar la gestión y el cumplimiento de las metas definidas, así como analizar las tendencias a través del tiempo. La acción de intervención debe ser monitoreada con indicadores de proceso, estructura o resultado, tales como:

- De estructura: número de convenios realizados.
- De proceso: proporción de trabajadores que participan en las actividades de formación o en la actividad física, etc.
- De resultado: proporción de trabajadores que mejoran su estado físico y su salud luego de incorporar hábitos saludables de alimentación, ejercicio y descanso.

- (i) Implementar acciones de mejora en función de los resultados obtenidos

Las actividades de medición y seguimiento apoyan el proceso de mejora continua. A partir de los resultados obtenidos en la medición y seguimiento, el área de gestión del talento humano o la de seguridad y salud en el trabajo, deberá(n) determinar el grado de cumplimiento de los objetivos y metas propuestas y, en caso de contar con información de años anteriores, realizar un análisis de tendencia con el propósito de disponer de elementos que permitan proponer e implementar planes de acción que mejoren los resultados obtenidos.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Dado que la acción de intervención se centra en la promoción de los factores psicosociales protectores, se recomienda hacer seguimiento a la misma e implementar las mejoras necesarias a fin de asegurar que mantiene sus fortalezas.

3.26 TÉCNICAS PARA LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA ANTE SITUACIONES DE ANSIEDAD

a. Objetivo(s) de la acción

Desarrollar habilidades en los trabajadores para modificar las reacciones de ansiedad o miedo ante situaciones que resultan amenazadoras, mediante la práctica de técnicas de desensibilización sistemática.

b. Tipo de acción

Las técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad están diseñadas como mecanismo de prevención primaria, sin embargo pueden emplearse en el contexto de la prevención secundaria y terciaria en salud, o incluso como acción de promoción de la salud.

c. Población objeto de la acción

Como técnica de prevención primaria (evitar efectos en la salud), la población objetivo son los trabajadores asintomáticos de áreas de trabajo en las que los factores psicosociales fueron valorados por más del 30 % de las personas en nivel alto o muy alto de riesgo⁵⁰.

En el contexto de la prevención secundaria en salud (identificación precoz y tratamiento oportuno de afecciones de salud), la población objetivo son los trabajadores con signos y síntomas sugestivos de enfermedades que guardan relación con estrés laboral.

La acción de intervención se utiliza como estrategia de prevención terciaria en salud (rehabilitación de problemas de salud) con los trabajadores diagnosticados con síndrome de agotamiento laboral (*burnout*), estrés agudo, estrés post-traumático, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

En la promoción de la salud y la prevención del estrés, las técnicas para desensibilización sistemática ayudan a los trabajadores en el control de las reacciones de ansiedad o miedo ante situaciones que le resultan amenazadoras. Estas técnicas pueden ayudar en la prevención secundaria y terciaria del síndrome

50. Se toma como criterio el percentil 30 orientado por los baremos de la *Batería de instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial* (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

de agotamiento laboral, estrés postraumático, manejo del duelo, trastornos del sueño y trastornos de ansiedad.

La desensibilización sistemática permite que una persona aprenda a relajarse para enfrentarse a situaciones que le son particularmente amenazadoras a través de la exposición real o imaginaria ante tales estímulos. La presentación repetida del estímulo amenazador permite que progresivamente pierda su capacidad de evocar ansiedad y estrés (malestar físico, emocional y cognitivo).

Para el éxito de esta acción se requiere el apoyo de profesionales idóneos, con experticia en el manejo de la(s) técnica(s) de desensibilización sistemática.

Limitaciones

La utilidad de las técnicas de desensibilización sistemática depende de la regularidad y adherencia al proceso de aprendizaje y práctica, sin embargo por sí solas no son suficientes para la prevención o minimización de los efectos del estrés, por lo que deben formar parte de una estrategia integral de control de los factores de riesgo psicosocial.

e. Actores involucrados en la implementación

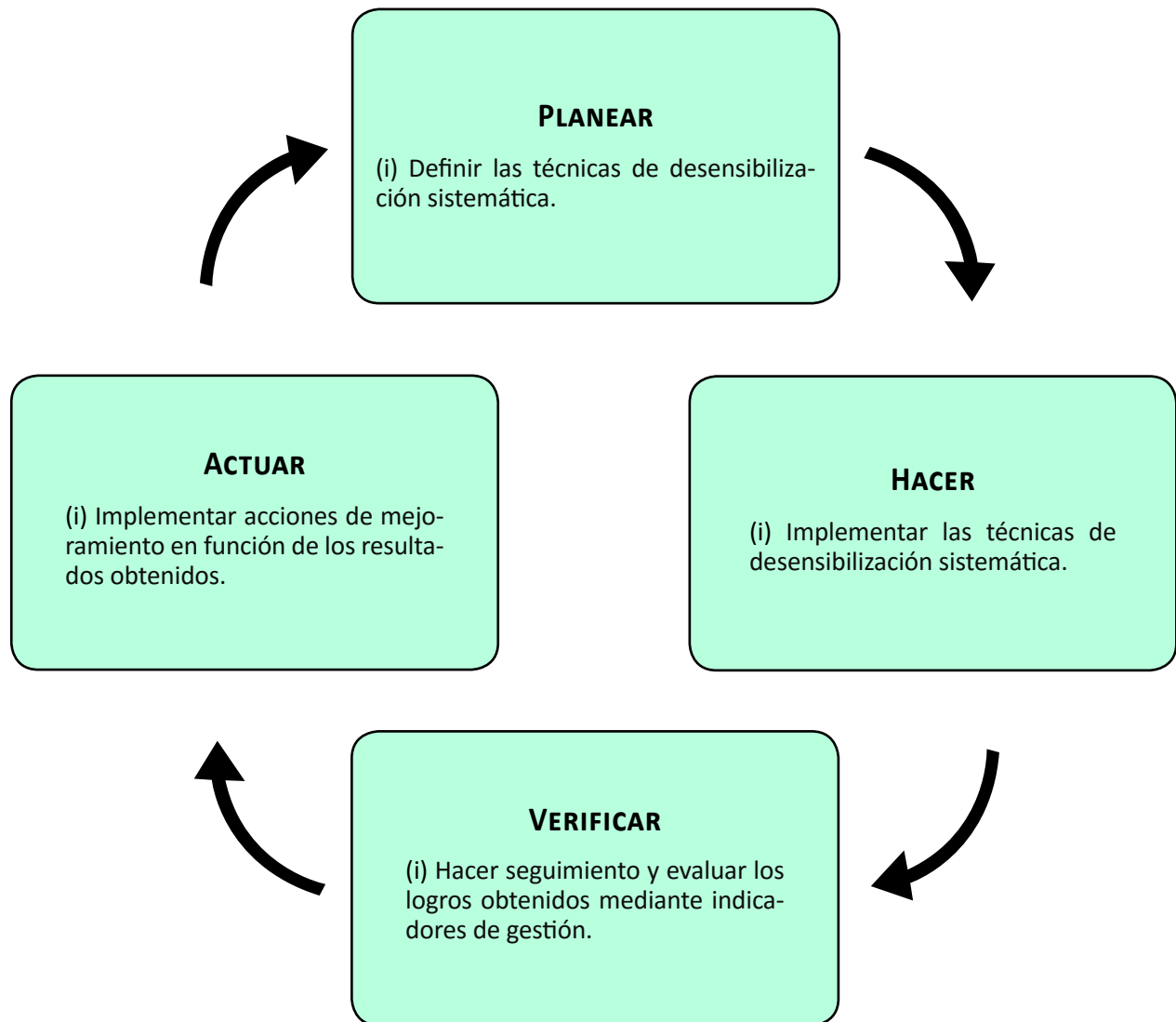
- Área de gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Trabajadores de la organización.
- Profesionales idóneos con experticia en el manejo de técnicas de desensibilización sistemática.
- Entidades promotoras de salud.
- Administradoras de riesgos laborales.
- Cajas de compensación familiar.

f. Descripción de la acción

La acción se fundamenta en el hecho que la desensibilización sistemática es un mecanismo de modificación de las respuestas individuales hacia otras más adaptativas para enfrentar dificultades o amenazas y reducir las reacciones de estrés. Las técnicas de desensibilización sistemática contribuyen en la modificación de las respuestas fisiológicas y cognitivas causadas por la exposición a factores de riesgo psicosocial.

Los pasos que se siguen para la implementación de la acción se presentan en la figura 26 y se amplían posteriormente.

Figura 26. Ciclo PHVA de la acción “Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad”



Técnica de meditación:

Aprender técnicas de relajación mental permite concentrar la atención en nuevas percepciones o conductas, desconectándose de todo aquello que pueda generar estrés. Es una estrategia de afrontamiento basada en la focalización emocional que le permite al trabajador establecer periodos de relajación y enfrentar lo que está sucediendo sin realizar juicios de valor o intentar cambiarlos, y sin preocuparse por el pasado o el futuro, lo que le permitirá relajarse y disminuir el estrés que la situación genera.

Técnica del yoga:

El yoga es una técnica oriental que combina respiraciones profundas, meditación y ejercicios (posturas o posiciones), que permiten reducir la ansiedad y el estrés. Se constituye en una habilidad que el trabajador puede aprender y practicar en búsqueda de un estado de relajación, que además le permitirá el mantenimiento físico y el desarrollo personal.

(i) Implementar las técnicas de desensibilización sistemática

El área de gestión del talento humano, en coordinación con el responsable de la seguridad y salud en el trabajo, puede optar por varias alternativas, entre ellas:

- Solicitar a las entidades promotoras de salud (EPS), la realización de jornadas de capacitación y entrenamiento en técnicas de relajación como parte de las actividades de los programas de promoción y prevención que dichas entidades deben desarrollar con sus afiliados.
- Realizar jornadas de formación sobre técnicas de desensibilización, con el apoyo y la asistencia técnica de la administradora de riesgos laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la empresa. En este caso, el responsable del sistema de gestión de seguridad en el trabajo debe asegurar que las actividades que se realicen con el apoyo de la ARL se documenten en el plan de trabajo anual de la empresa.

Hacer Hacer Hacer

- Fomentar la realización de las técnicas de relajación durante espacios ya establecidos en la empresa para el control de riesgos (como por ejemplo las pausas activas, las charlas de seguridad, entre otros).
- Desarrollar estrategias de comunicación (mensajes de correo, carteles, folletos informativos, entre otros) que incluya información sobre técnicas de relajación.
- Realizar convenios con instituciones especializadas en el manejo de técnicas de relajación o que cuenten con programas de formación o entrenamiento en estos temas, como por ejemplo las cajas de compensación familiar.

Verificar Verificar Verificar

- (i) Hacer seguimiento y evaluar los logros obtenidos mediante indicadores de gestión

La medición tiene como finalidad evaluar la gestión realizada y el cumplimiento de las metas establecidas. A su vez, el análisis de tendencias permite una comparación a través del tiempo. En este sentido, la acción debe ser monitoreada con indicadores de proceso, estructura o resultado.

Se presentan a continuación algunos ejemplos de indicadores que las áreas de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo puede(n) implementar para evaluar las técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad:

- De estructura: número de convenios realizados.
- De proceso: proporción de trabajadores que participan en las actividades de desensibilización sistemática.
- De resultado: proporción de trabajadores que inician y se mantienen en el programa, reducción del ausentismo laboral por enfermedades relacionadas con estrés laboral.

- (i) Implementar acciones de mejoramiento en función de los resultados obtenidos

A partir de los resultados obtenidos en la medición y seguimiento de la acción de intervención, las áreas de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo, deberá(n) emprender planes de acción que mejoren los resultados obtenidos.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Para que las técnicas de desensibilización sistemática se mantengan como mecanismos de promoción de la salud se requiere que se extiendan al total de la población y que se refuercen mediante diversas actividades de divulgación, con el propósito de que gracias a la reiteración se incorporen como un hábito cotidiano.

3.27 MANEJO EFICAZ DEL TIEMPO

a. Objetivo(s) de la acción

Desarrollar habilidades de planificación y manejo del tiempo en los trabajadores, como mecanismo para lograr mayor eficacia en el trabajo y en las actividades cotidianas.

b. Tipo de acción

La acción de “Manejo eficaz del tiempo” está diseñada para la promoción de la salud, sin embargo también puede actuar como coadyuvante en actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud.

c. Población objeto de la acción

El manejo eficaz del tiempo es un mecanismo para la promoción de la salud de los trabajadores asintomáticos de áreas en las que el nivel de riesgo psicosocial fue valorado por lo menos por el 60 % de las personas como sin riesgo o riesgo despreciable, bajo o riesgo medio⁵¹.

Prevención primaria (evitar efectos en la salud): trabajadores asintomáticos de áreas de trabajo en las que el nivel de riesgo psicosocial fue valorado por más del 30 % de las personas⁵² como alto o muy alto en las dimensiones de carga cuantitativa y carga mental.

Prevención secundaria en salud (identificación precoz y tratamiento oportuno de afecciones de salud): trabajadores con signos y síntomas sugestivos de enfermedades que guardan relación con estrés.

Prevención terciaria en salud (rehabilitación de problemas de salud): trabajadores diagnosticados con síndrome de agotamiento laboral (*burnout*), estrés agudo, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La acción de intervención orientada al manejo eficaz del tiempo aporta elementos para la promoción de la salud y la prevención primaria del estrés. Puede

51. Se toma como criterio el percentil 60 orientado por los baremos de la *Batería de instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial* (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

52. Ídem (percentil 30).

ayudar también en la prevención secundaria y terciaria del síndrome de agotamiento laboral, trastornos del sueño y el trastorno de ansiedad, al reducir el estrés que genera el cumplimiento de plazos estrictos para realizar las actividades.

Aunque esta intervención no busca impactar en primera instancia los factores psicosociales, puede aliviar las dimensiones de carga cuantitativa y mental.

Limitaciones

La posibilidad de planificación del tiempo está ligada al control que se otorgue al trabajador, por lo que la sobrecarga de responsabilidades y la carencia de autonomía limitan la efectividad de esta acción. De otra parte, esta intervención por sí sola es insuficiente para la prevención o minimización de los efectos del estrés, por lo que se debe integrar en una estrategia más amplia que considere los resultados de la evaluación de los factores psicosociales.

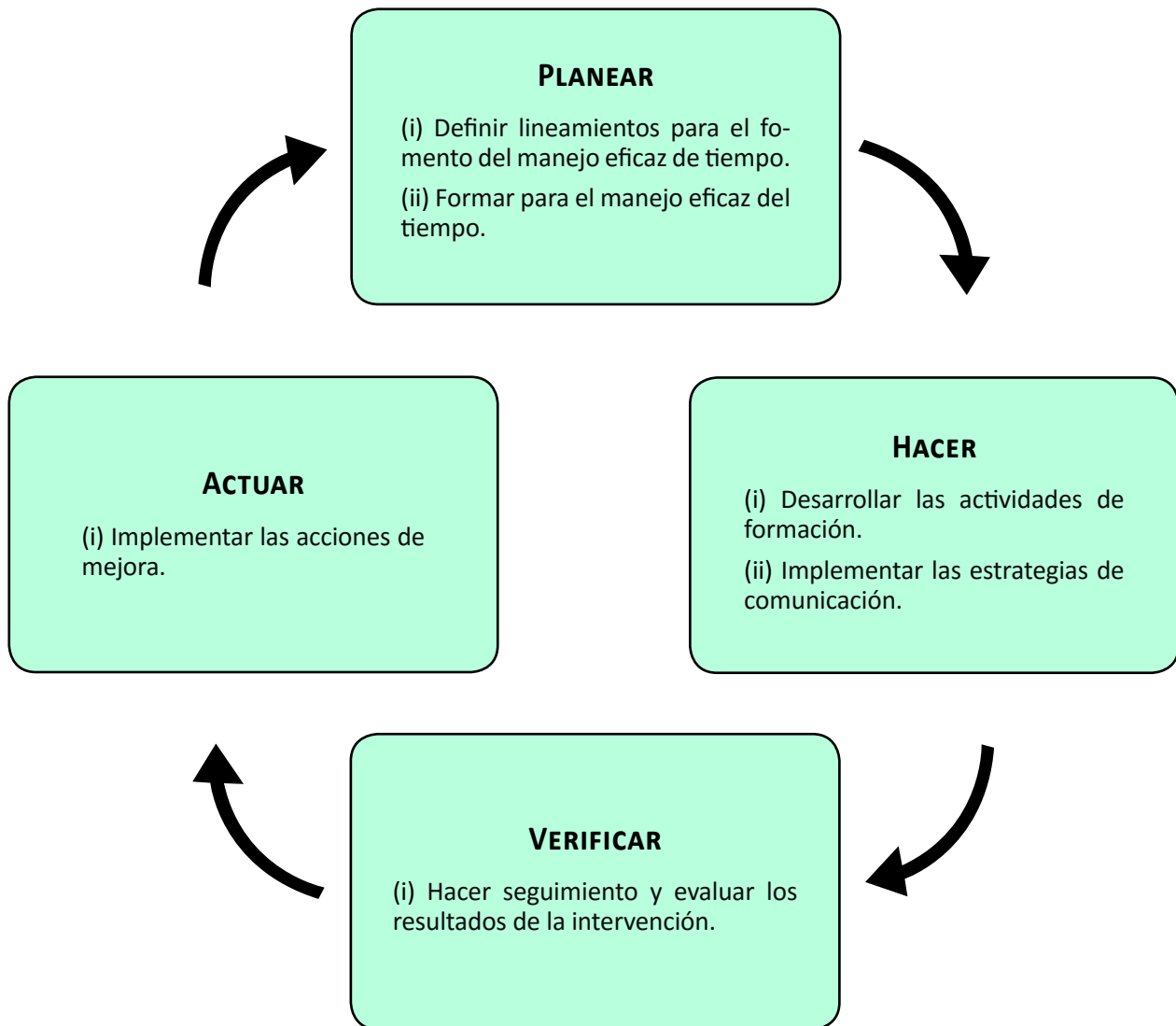
e. Actores involucrados en la implementación

- Área de gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Trabajadores de la organización.
- Entidades promotoras de salud.
- Administradora de riesgos laborales.

f. Descripción de la acción

La falta de planeación o priorización de las actividades, la dilación en la toma de decisiones para iniciar o terminar una actividad y el dejar las cosas para más tarde (procrastinar), son fuentes generadoras de ansiedad por cuanto no permiten que un trabajador cumpla con sus actividades en el tiempo asignado o con la calidad esperada. Los pasos para la implementación de esta acción se presentan en la figura 27, y se amplían posteriormente.

Figura 27. Ciclo PHVA de la acción “Manejo eficaz del tiempo”



(ii) Formar para el manejo eficaz del tiempo

Es necesario que las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo establezcan los contenidos y las actividades de educación para el manejo eficaz del tiempo, teniendo presente que las mismas deben contribuir al desarrollo de habilidades para:

- Planificar las actividades, las cuales se pueden clasificar en urgentes, porque requieren realizarse de manera inmediata, y las importantes, por la significancia de sus resultados. Es de gran utilidad que los trabajadores aprendan a planificar y priorizar las actividades y programen su ejecución de manera que se hagan las actividades más importantes tan bien como sea posible y las urgentes tan rápido como se pueda.
- Para planificar las actividades es de utilidad clasificarlas en una matriz que incluya la tarea y su categoría según importancia y urgencia (urgente e importante, importante y no urgente, urgente pero no importante y no urgente ni importante). Los trabajadores serán más efectivos en la medida en que concentren sus esfuerzos en ejecutar las actividades que en la matriz hayan sido clasificadas como urgentes e importantes, mientras que los trabajadores que se concentran en las actividades urgentes pero no importantes podrán tener más estrés por no haber hecho todo lo que debían hacer.
- La planificación y la programación deben ser tan ágiles y flexibles como lo permita el trabajo y el estilo de cada persona. Es ideal incluir en la programación los tiempos para actividades sociales, proyectos personales o familiares, rutinas específicas (por ejemplo el deporte) e imprevistos.
- Aprender a iniciar: planificar es un medio y no un fin en sí mismo. Los trabajadores deben ser conscientes que la planificación sin acción genera pérdida de tiempo, por tanto el programa de capacitación debe brindar herramientas que orienten en el establecimiento de controles para iniciar y desarrollar una actividad a tiempo.

- Aprender a delegar: delegar implica motivar e involucrar a los trabajadores para lograr un objetivo. El área de gestión del talento humano debe garantizar que los jefes aprendan a delegar tareas, se comuniquen claramente con su equipo de trabajo, provean entrenamiento para la ejecución de las actividades de las personas a su cargo, y hagan seguimiento evitando el sobre-supervisar o supervisar menos de lo debido. Los jefes deben asegurar que las actividades que se delegan recaigan en la(s) persona(s) idónea(s), que se delegan actividades completas y que quien las recibe conoce los resultados esperados.

(i) Desarrollar las actividades de formación

Una vez definidos los objetivos y contenidos de la formación, el área de gestión del talento humano, con el apoyo del área de seguridad y salud en el trabajo, se encargan de coordinar su desarrollo. La formación se puede desarrollar con recursos propios o con el apoyo o asesoría de las administradoras de riesgos laborales. La formación también se puede hacer con ayudas para instrucción virtual, con lo cual se optimizan los tiempos, pero para ello se requiere que las personas cumplan el ciclo completo.

(ii) Implementar las estrategias de comunicación

El área de gestión del talento humano en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo, pueden considerar el desarrollo de estrategias de comunicación (mensajes de correo, cartelera, folletos informativos, entre otros), que incluyan pautas y recomendaciones de fácil implementación para el manejo eficaz del tiempo. También se puede difundir información sobre la temática a través de otros espacios, como por ejemplo durante la ejecución de las pausas activas, las charlas de seguridad, entre otros.

Verificar

Verificar

Verificar

Actuar

(i) Hacer seguimiento y evaluar los resultados de la intervención

La medición tiene como finalidad evaluar la gestión realizada y el cumplimiento de las metas establecidas. El análisis de tendencias permite seguir los avances a través del tiempo. El monitoreo de la acción mediante indicadores facilita su evaluación.

Algunos ejemplos de los indicadores que el área de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo puede(n) utilizar para evaluar la acción son:

- De estructura: socialización de las orientaciones para el manejo eficaz del tiempo.
- De proceso: proporción de trabajadores que participan en las actividades de formación.
- De resultado: reducción en el tiempo de reuniones, proporción de trabajadores que cumplen con los horarios de salida establecidos por la empresa.

(i) Implementar las acciones de mejora

A partir de los resultados obtenidos con la acción de intervención se definen e implementan las acciones de mejora que sean necesarias.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Al igual que con otras acciones de promoción de los factores protectores, las técnicas para el manejo eficaz del tiempo deben extenderse al total de la población y deben reforzarse mediante diversas actividades de divulgación, con el propósito de que se incorporen como un hábito cotidiano.

3.28 MEJORAMIENTO PARTICIPATIVO DE LAS CONDICIONES PSICOSOCIALES DE TRABAJO

a. Objetivo(s) de la acción

Generar una estrategia participativa para mejorar las condiciones psicosociales de trabajo que tienen el potencial de generar trastornos de salud, incluido el estrés laboral.

b. Tipos de acción

- Intervención primaria de factores de riesgo (acciones que están dirigidas a reducir o eliminar el factor de riesgo).
- Coadyuvante de las actividades de prevención secundaria y terciaria.

c. Población objeto de la acción

- Trabajadores de las áreas en las que el nivel de riesgo psicosocial intralaboral fue valorado por más del 30 % de las personas⁵³ como alto o muy alto.
- Trabajadores de áreas o puestos de trabajo con signos y síntomas sugestivos de enfermedades que guardan relación con estrés laboral.
- Trabajadores de áreas o puestos de trabajo con diagnósticos de síndrome de agotamiento laboral (*burnout*), estrés agudo, estrés postraumático, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La participación de los trabajadores en la identificación de los factores de riesgo psicosocial y en la toma de decisiones para intervenirlos, permite encontrar soluciones que al provenir de quienes realizan el trabajo son más fácilmente adoptadas. Las acciones de mejora de las condiciones psicosociales de trabajo pueden focalizarse en la organización del trabajo, la comunicación y la productividad, las relaciones entre las personas y las demandas que las personas deben enfrentar, siendo estas últimas (demandas del trabajo) aquellas sobre las cuales se suelen realizar más número de propuestas de mejora.

53. Se toma como criterio el percentil 30 orientado por los baremos de la *Batería de instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial* (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

El mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo actúa también como coadyuvante de las actividades de prevención secundaria y terciaria en los trabajadores que presentan signos y síntomas sugestivos de enfermedades que guardan relación con estrés laboral, o con síndrome de agotamiento laboral (*burnout*), estrés agudo, estrés postraumático, trastornos del sueño y trastorno de ansiedad.

Limitaciones

Los equipos de mejoramiento de condiciones psicosociales de trabajo solo son efectivos si todos los integrantes del grupo están dispuestos a formar parte activa y a cooperar eficazmente en la solución de los problemas detectados.

Pueden presentarse también dificultades en la implementación de la acción cuando no se ha fomentado una cultura de participación, de trabajo en equipo y de mejoramiento.

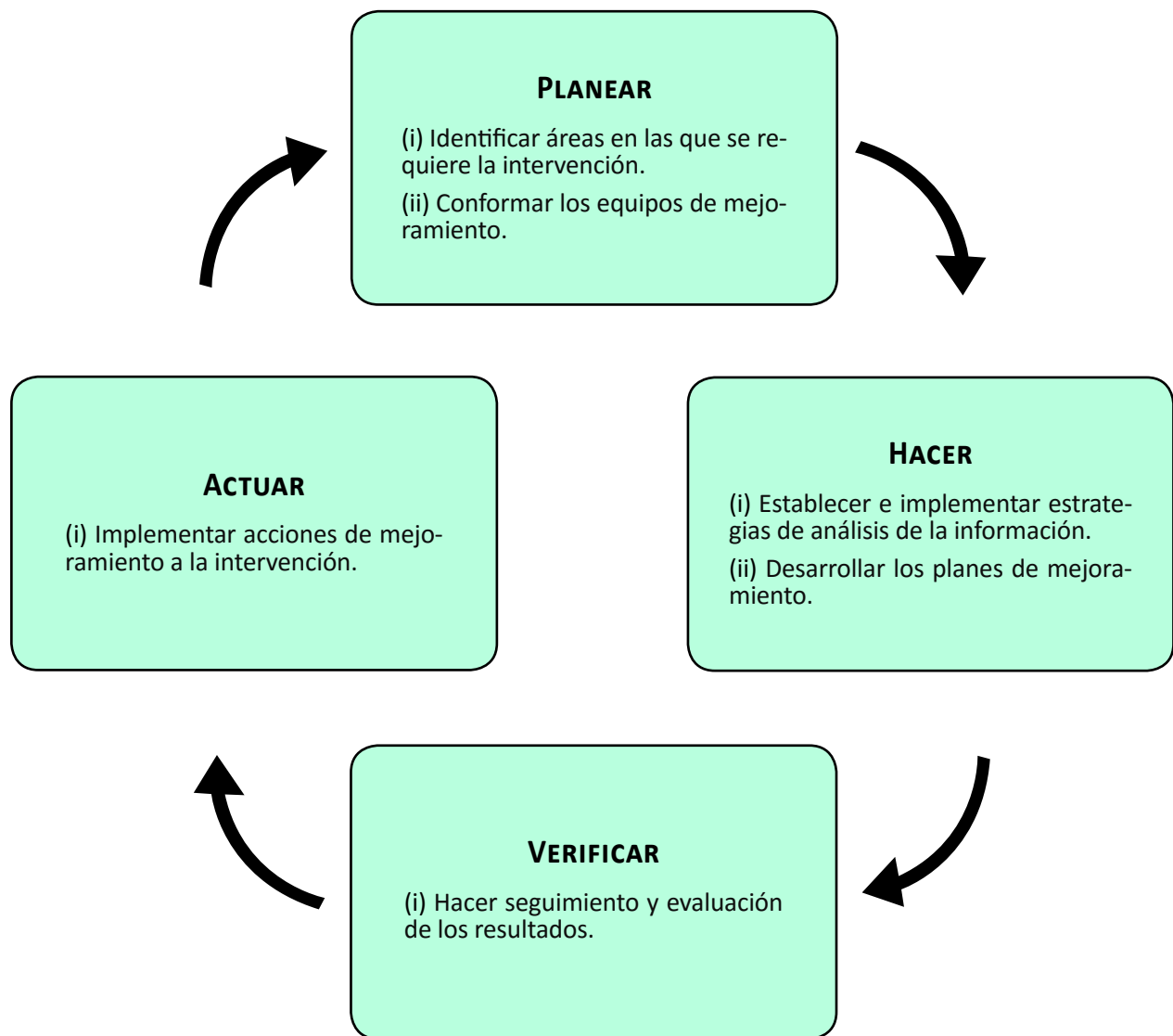
e. Actores involucrados en la implementación

- Área de gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes.
- Trabajadores de la organización.
- Comité paritario de salud y seguridad en el trabajo (COPASST).

f. Descripción de la acción

La acción de intervención tiene un enfoque participativo y de fomento en el control de los determinantes del entorno laboral que afectan la salud y el bienestar de los trabajadores. Los pasos para la implementación de la acción se presentan en la figura 28, y posteriormente se amplían.

Figura 28. Ciclo PHVA de la acción “Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo”



(i) Identificar áreas en las que se requiere la intervención

La acción inicia con el apoyo del área de gestión del talento humano que se encarga de identificar las áreas o puestos de trabajo en los que se presentan más problemas de desempeño, accidentalidad o ausentismo laboral. De igual forma se identifican los trabajadores que tienen trastornos de la salud de posible relación causal con reacciones de estrés laboral, por ejemplo síndrome de agotamiento laboral (*burnout*), estrés agudo, estrés postraumático, trastornos del sueño o trastorno de ansiedad.

También pueden ser consideradas como objeto de intervención las áreas en las que el riesgo psicosocial intralaboral fue valorado por más del 30 % de las personas⁵⁴ como alto o muy alto, así como las áreas que presentan condiciones ambientales (calidad del aire, iluminación, temperatura, espacio, ruido, entre otros), o de seguridad (señalización, condiciones de las herramientas y equipos de trabajo, condiciones de orden y aseo), que tienen alto potencial de generar accidentes o enfermedades laborales.

(ii) Conformar los equipos de mejoramiento

Una vez identificada el área a intervenir, es responsabilidad del área de gestión del talento humano conformar un equipo de mejoramiento continuo, en el cual a través del análisis y deliberación sobre los factores de riesgo asociados a los problemas detectados, se proponen acciones de mejoramiento de las condiciones psicosociales intralaborales que afectan el bienestar de los trabajadores. Pueden coexistir tantos equipos de mejoramiento como se requieran, pues son los trabajadores quienes mejor conocen los problemas y las posibles soluciones realistas, prácticas y efectivas.

54. Se toma como criterio el percentil 30 orientado por los baremos de la *Batería de instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial* (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Los equipos de mejoramiento deben estar conformados por trabajadores de diversos niveles y por representantes del área de seguridad y salud en el trabajo. El número ideal de participantes está comprendido entre 4 y 8. Un mayor número hace difícil los acuerdos y un grupo muy reducido limita la cantidad de ideas de mejoramiento. El equipo debe contar con un facilitador, quien además de orientar el análisis tiene la responsabilidad de motivar al equipo, mantenerlo enfocado en el análisis, estimular la participación de todas las personas, documentar la información generada y elaborar los informes (tanto a la dirección de la empresa como al comité paritario de seguridad y salud en el trabajo).

(i) Establecer e implementar estrategias de análisis de la información

Los equipos de mejoramiento son un buen escenario para encontrar posibles soluciones a los problemas a partir de un buen análisis de la información. Dependiendo de la complejidad de los problemas detectados, puede requerirse el uso de metodologías complementarias para el análisis de riesgos (ejemplo listas de chequeo, qué pasaría si (*what if*), árbol de fallos, análisis funcional de operatividad (HAZOP por sus siglas en inglés) y análisis de riesgos del proceso, en cuyo caso el facilitador debe conocer y estar en capacidad de aplicar la metodología seleccionada.

Las reuniones de los equipos de mejoramiento continuo se deben realizar dentro de la jornada laboral, y los trabajadores que lo conforman deben disponer del tiempo que se requiera para asegurar que se debatan con suficiencia los temas tratados. Independientemente del método utilizado, lo que se espera del equipo de mejoramiento participativo es que proponga soluciones prácticas, viables y costo efectivas, para solucionar los problemas detectados.

(ii) Desarrollar los planes de mejoramiento

Las soluciones identificadas por el equipo de mejoramiento participativo se deben traducir en planes de acción, en los que se precisa la actividad, los responsables de su implementación, los recursos requeridos y el plazo en el cual se espera el resultado.

Hacer

Hacer

Hacer

El plan propuesto debe presentarse a consideración de la alta dirección para conseguir su aval y los recursos. Las estrategias participativas, como los equipos de mejoramiento, generan expectativas sobre cambios y mejoras, por lo que la empresa debe ser clara y definir cuáles se aprueban y luego asegurar su implementación y mantenimiento en el tiempo.

Es conveniente promover planes de mejora tanto de corto, como de largo plazo, de manera que se puedan implementar rápidamente soluciones que satisfagan las necesidades inmediatas. Los logros tempranos generan en el equipo confianza en el proceso y los motiva a involucrarse en las siguientes etapas, para las cuales se puede necesitar más tiempo y recursos.

Verificar

Verificar

Verificar

Verificar

Verificar

(i) Hacer seguimiento y evaluación de los resultados

El equipo de mejoramiento de condiciones psicosociales de trabajo es responsable de realizar el seguimiento a la implementación de las acciones, por lo que es conveniente que desde el momento de la formulación del plan se establezcan los indicadores con los que se verificará su cumplimiento.

A manera de ejemplo, los indicadores que permiten hacer la evaluación del proceso de mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo incluyen:

- Indicadores de proceso: porcentaje de soluciones implementadas en el tiempo.
- Indicadores de resultado: reducción de la incidencia y severidad de los accidentes de trabajo y del ausentismo laboral por enfermedades relacionadas con estrés laboral en el área objeto de la intervención.

También se puede realizar el seguimiento a las mejoras de las condiciones psicosociales del trabajo, a través del análisis de tendencias en el diagnóstico de los mismos.

(i) Implementar acciones de mejoramiento a la intervención

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación de la acción de mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo, el área de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo, determinan la necesidad de mantener activo el grupo o de replicar la acción en otras áreas de trabajo.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Los grupos de mejoramiento de condiciones de trabajo son una herramienta eficaz de intervención primaria de los factores psicosociales. Sin embargo para conservar esta acción como protectora se requiere mantenerla en el tiempo, así como dar reconocimiento a los trabajadores que estuvieron involucrados.

3.29 ROL DE LOS JEFES EN LA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL ESTRÉS

a. Objetivo(s) de la acción

Proporcionar herramientas para que quienes ocupan cargos directivos y de supervisión estén en capacidad de reconocer la importancia de su rol en la prevención del estrés, e identificar oportunamente situaciones sugestivas de estrés en los trabajadores a su cargo.

b. Tipo de acción

La intervención centrada de los jefes en la prevención y manejo del estrés es un mecanismo de intervención primaria de factores de riesgo (acciones que están dirigidas a reducir o eliminar los factores de riesgo psicosocial).

c. Población objeto de la acción

- Directivos
- Jefes
- Líderes (formales e informales)

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

Esta acción pretende que quienes tienen personas a su cargo tomen conciencia sobre el estrés y sus efectos en la salud. Puede además mejorar las características de liderazgo y la capacidad para motivar a los trabajadores e incidir positivamente en las relaciones de los jefes con su equipos de trabajos. Por esta razón tiene impacto directo en la dimensión de características de liderazgo.

Al brindar herramientas para que los jefes de cualquier nivel en la jerarquía identifiquen tempranamente comportamientos sugestivos de enfermedades asociadas a estrés laboral (como por ejemplo síndrome de agotamiento laboral, trastornos del sueño, trastorno de ansiedad y depresión entre otros), también puede actuar como coadyuvante en la prevención secundaria en salud (identificación precoz y tratamiento oportuno de afecciones de salud).

Limitaciones

La acción de los jefes en la prevención y manejo del estrés no es suficiente por sí sola, por lo que se requiere de una estrategia integral de control que responda a los resultados de la evaluación de los factores psicosociales.

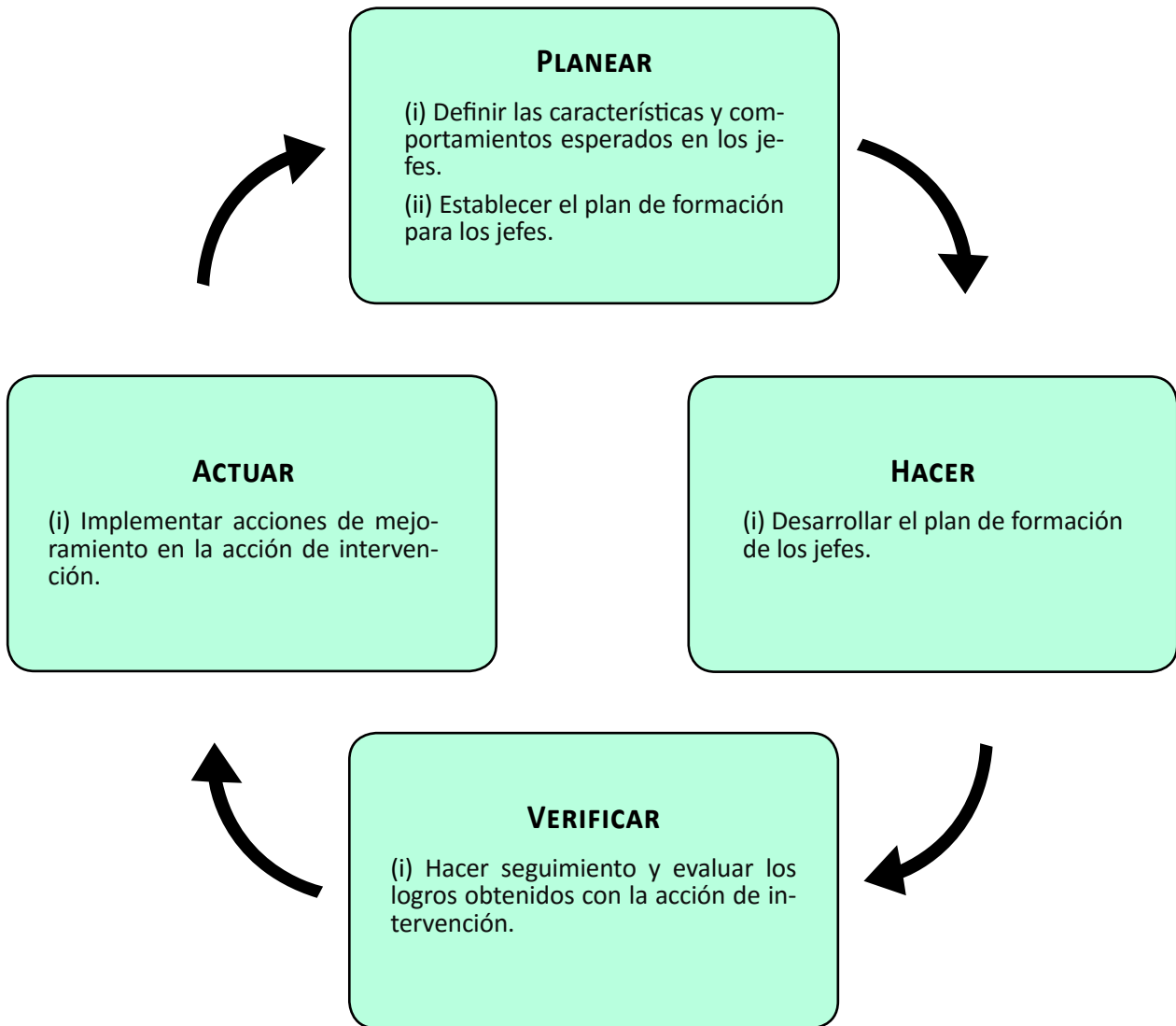
e. Actores involucrados en la implementación

- Área de gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Directivos(as) y jefes.
- Trabajadores de la organización.
- Administradora de riesgos laborales

f. Descripción de la acción

Parte de las dificultades que tienen algunas empresas para manejar las situaciones asociadas al estrés laboral radica en que pueden ser sus mismos directivos o jefes los generadores de esta reacción, o también puede suceder que el desconocimiento de las consecuencias del estrés puede llevar a los jefes a creer que es innecesario tomar acciones; además porque consideran que quienes lo padecen tienen una personalidad frágil. Los pasos para implementar la acción de intervención se presentan en la figura 29, y posteriormente se amplían.

Figura 29. Ciclo PHVA de la acción
“Rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés”



(i) Definir las características y comportamientos esperados en los jefes

Trabajar en ambientes de camaradería y confianza permite a las personas la expresión de opiniones, emociones y dificultades sin temor a represalias y con la certeza de que encontrarán en los jefes apoyo y acompañamiento para superar las dificultades y lograr los objetivos asignados.

En las descripciones de los cargos, el área de gestión del talento humano debe establecer claramente lo que se espera de los jefes, no solo en términos de resultados sino también de los comportamientos que contribuyen a la consolidación de una cultura de trabajo saludable, basada en la confianza y la retroalimentación honesta, oportuna y orientada al desarrollo. Finalmente, el área de gestión del talento humano debe explorar en las entrevistas de selección las competencias definidas en el perfil del cargo.

(ii) Establecer plan de formación para los jefes

Además de definir las características y comportamientos esperados en los jefes, se les debe formar y apoyar en el desarrollo de habilidades para identificar oportunamente la presencia de síntomas sugestivos de estrés laboral, de manera que puedan implementar o apoyar las acciones de promoción de la salud, y de prevención establecidas en la organización.

El área de gestión del talento humano establece el plan de formación de los jefes, el cual, además de estar orientado a desarrollar competencias blandas de liderazgo, debe incluir un componente que les facilite su rol en la identificación y prevención del estrés en sus colaboradores. El contenido debe incluir el concepto y evolución del estrés, las situaciones que lo generan en el ámbito laboral, los factores de riesgo asociados a su ocurrencia, las consecuencias, los signos y conductas sugestivas del mismo. Los jefes deben además conocer, orientar y fomentar la participación de sus colaboradores en las actividades que la empresa ha implementado para la intervención de los factores de riesgo psicosocial y el manejo del estrés.

El plan de formación debe estar acompañado de momentos de retroalimentación por parte de los jefes de mayor nivel jerárquico, con el objetivo de contribuir al desarrollo de los comportamientos definidos en el perfil.

Hacer Hacer Hacer

(i) Desarrollar el plan de formación de los jefes

Para implementar el programa de formación, la empresa puede considerar algunas de las siguientes opciones:

- Elaborar el programa de formación de directivos y jefes con la asistencia técnica de la administrada de riesgos laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada la empresa y documentar su desarrollo en el plan de trabajo anual.
- Desarrollar estrategias de comunicación (mensajes de correo, cartelera, folletos, entre otros) que incluyan información sobre el estrés y sus efectos, y las estrategias que la empresa ha implementado para prevenirlo o manejarlo.
- Generar programas de formación virtual (*e-learning*).
- Desarrollar convenios institucionales con entidades especializadas en el manejo de estos temas.

Verificar Verificar Verificar

(i) Hacer seguimiento y evaluar los logros obtenidos con la acción de intervención

El seguimiento y evaluación de la acción de intervención se puede llevar a cabo en el escenario de la evaluación de la gestión de los jefes, o a través de grupos focales específicamente desarrollados para tal fin. Además, el rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés debe ser monitoreado con indicadores de proceso y resultado, tales como los que se presentan a continuación:

- De proceso: número de horas destinadas a la formación de líderes y proporción de jefes que cumplen con la totalidad de actividades de formación establecidas.
- De resultado: Mejora en los resultados de la evaluación de la gestión en los jefes, o también en las mediciones de clima organizacional.

(i) Implementar acciones de mejoramiento en la acción de intervención

A partir de los resultados obtenidos en el seguimiento y evaluación de la acción de intervención, el área de gestión del talento humano determina el grado de avance en el desarrollo del estilo de liderazgo deseado, y con base en ello implementa planes de mejora que contribuyan a consolidar los comportamientos orientados al control del estrés en el ambiente de trabajo.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

El comportamiento de los jefes en el trabajo es sin duda un factor de notable influencia en el control del estrés en los lugares de trabajo, pero para conservarlo como un factor protector se requiere que como parte del seguimiento a la gestión de los jefes, se evalúe y apoye para desarrollar conciencia del impacto de su conducta, y para convertirse en “neutralizadores” en las situaciones de tensión que se viven en sus respectivas áreas de influencia.

3.30 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

a. Objetivo(s) de la acción

Contribuir en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral, mediante un conjunto de actividades de sensibilización, identificación activa de posibles casos y asistencia profesional a los mismos.

b. Tipo de acción

La acción de “Prevención del consumo de sustancias psicoactivas” está diseñada para la prevención primaria de la salud; sin embargo también puede actuar como coadyuvante en actividades de prevención secundaria y terciaria de la salud.

c. Población objeto de la acción

Como acción de prevención primaria en salud (evitar efectos en la salud), la población objetivo son todos los trabajadores

Como acción de prevención secundaria en salud (identificación precoz y tratamiento oportuno de afecciones de salud), la población objetivo son los trabajadores con signos y síntomas sugestivos de patologías que guarden relación con estrés laboral y que puedan desarrollar adicción a sustancias psicoactivas.

Como acción de prevención terciaria en salud (rehabilitación de problemas de salud), la población objetivo son los trabajadores con diagnóstico de patologías que guarden relación causal con estrés laboral, incluidos los casos de farmacodependencia.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La acción de intervención proporciona herramientas para que la empresa establezca e implemente un programa orientado a la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, soportado en un conjunto de actividades de sensibilización, de identificación activa de posibles casos y de estrategias de asistencia profesional a los trabajadores que así lo requieran.

Limitaciones

Para que la acción propuesta tenga éxito se requiere que se integre a las políticas y actividades de seguridad y salud en el trabajo. El uso de sustancias psi-

3.30 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

coactivas tiene origen multicausal, por lo que su intervención debe involucrar otras acciones en las diferentes dimensiones de la vida del trabajador (familia y sociedad).

Las actividades de esta acción de intervención han sido diseñadas con un enfoque preventivo y no incluyen aspectos relacionados con el manejo clínico ni farmacológico, que sería necesario en algunos casos.

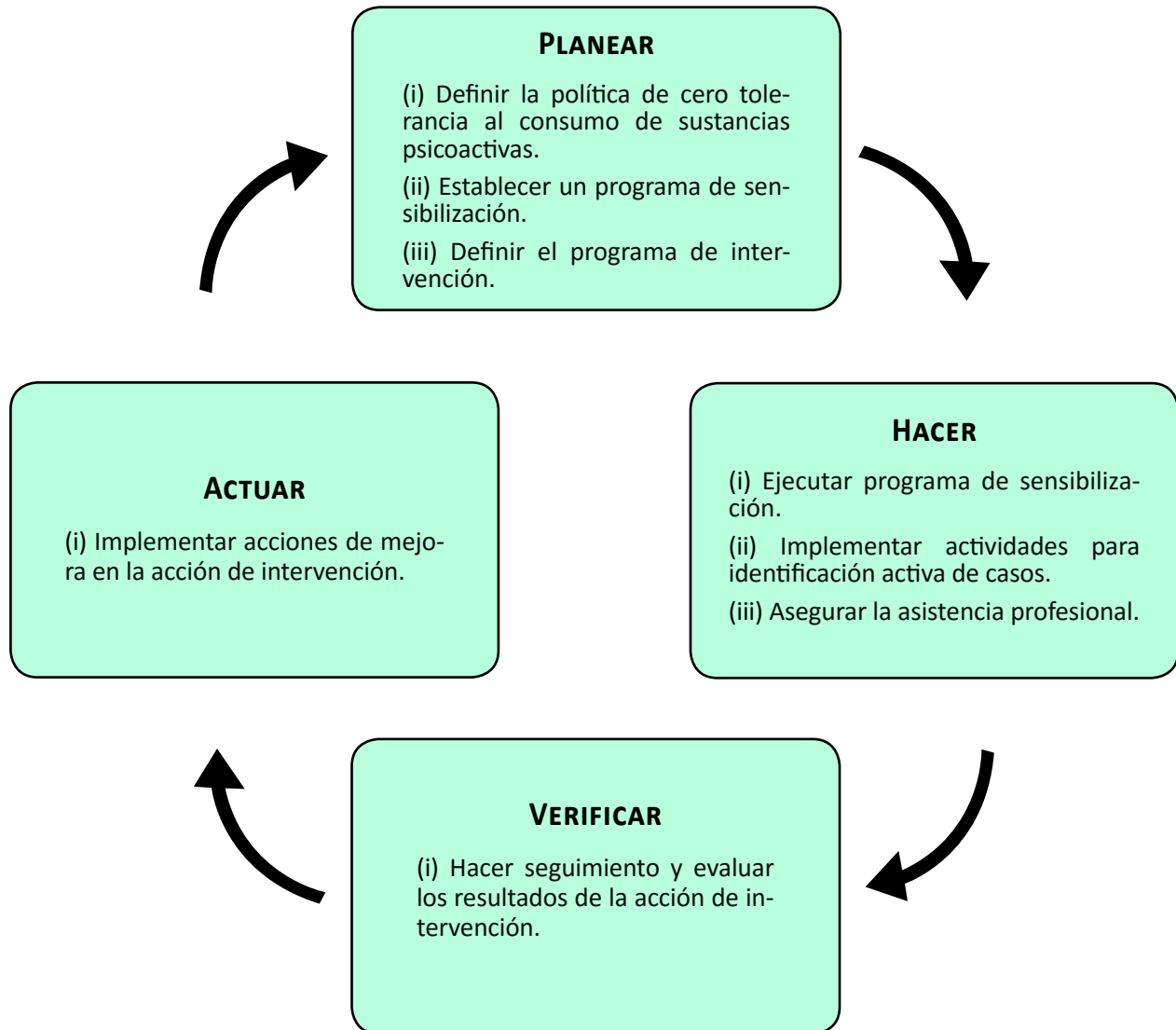
e. Actores involucrados en la implementación

- Área de gestión del talento humano.
- Área de seguridad y salud en el trabajo.
- Personas con formación y entrenamiento en la identificación de signos de alerta relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.
- Empresas promotoras de salud.
- Administradora de riesgos laborales.

f. Descripción de la acción

Los trabajadores afectados por el estrés presentan una mayor susceptibilidad para el consumo de sustancias psicoactivas, por lo que la presente acción tiene como propósito brindar elementos para que la empresa establezca e implemente un programa para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Los pasos para la implementación de la acción se presentan en la figura 30 y se amplían posteriormente.

Figura 30. Ciclo PHVA de la acción “Prevención del consumo de sustancias psicoactivas”



- (i) Definir la política de cero tolerancia al consumo de sustancias psicoactivas

El programa de prevención del consumo de sustancias psicoactivas inicia con la definición e implementación, por parte de la alta dirección de la empresa, de una política de cero tolerancia al uso de sustancias psicoactivas, en la cual se establecen los lineamientos y el marco de acción ante el consumo de este tipo de sustancias por parte de los trabajadores.

La política de cero tolerancia al uso de sustancias psicoactivas debe ser apropiada a la cultura organizacional y complejidad de la empresa y debe garantizar un trato equitativo, confidencial y uniforme para todos los trabajadores y para todas las situaciones.

El acatamiento de la política de cero tolerancia al uso de sustancias psicoactivas depende de su difusión a todos los trabajadores y de que sea aplicada de manera consistente, sin importar el nivel jerárquico de los cargos o áreas afectadas.

- (ii) Establecer un programa de sensibilización

Dado que el consumo de sustancias psicoactivas es una decisión racional que las personas generalmente hacen por desconocimiento de los peligros que conlleva el uso de las mismas, es conveniente que el área de gestión del talento humano cuente con un programa de sensibilización que incluya, entre otros, los siguientes aspectos: a) qué son y cómo se clasifican las sustancias psicoactivas (estimulantes, depresoras y alucinógenas); b) identificación de los factores que aumentan (factores de riesgo) o reducen (factores protectores) la probabilidad de consumir sustancias psicoactivas; y c) las etapas en la evolución del consumo de este tipo de sustancias (experimentación, uso ocasional, uso habitual, abuso y dependencia) y las consecuencias derivadas de su uso, haciendo énfasis en aspectos como los problemas de relaciones humanas, el daño en el clima laboral, el deterioro del desempeño y rendimiento personal, la mayor tendencia a presentar accidentes laborales, las conductas de agresividad verbal o física, los problemas de salud y el deterioro de la calidad de vida, tanto a nivel personal como familiar.

El consentimiento informado es un mecanismo establecido por la ley que tiene por objeto asegurar que el(los) trabajador(es) conoce(n) los riesgos y beneficios de cualquier actividad realizada, las alternativas de tratamiento, la duración de las intervenciones, las posibles restricciones durante el proceso de atención, sus derechos y toda aquella información relevante para él, su familia o la red de apoyo social o institucional. El documento debe precisar que el trabajador puede revocar en cualquier momento su consentimiento para la realización de pruebas o suspender el tratamiento, sin que esto le genere problemas en la relación laboral con la empresa, ni pérdida de los beneficios y derechos que por ley le corresponden.

El establecimiento de las estrategias para brindar asistencia profesional a los trabajadores que lo requieran corresponde al segundo componente del programa de intervención. En este sentido es importante recordar que la empresa tiene la obligación social de apoyar al trabajador que tiene problemas con el consumo de sustancias psicoactivas, porque puede estar sufriendo un trastorno de salud por lo que debe ser tratado sin discriminación alguna. En este sentido la empresa debe ofrecer a estos trabajadores orientación, asesoría y apoyo en el tratamiento y rehabilitación antes de considerar la imposición de medidas disciplinarias.

En la planificación del componente asistencial del programa, el área de gestión del talento humano en coordinación con el responsable de la seguridad y salud en el trabajo, deben establecer mecanismos para que, abordando el tema de manera abierta y confidencial, el trabajador afectado tenga la oportunidad de recibir asistencia médica y asesoría profesional para el tratamiento y rehabilitación del trastorno de salud.

- (i) Hacer seguimiento y evaluar los resultados de la acción de intervención

La medición tiene como finalidad evaluar la gestión realizada y el cumplimiento de las metas establecidas; el análisis de tendencias facilita la comparación de los resultados a través del tiempo. En este sentido, la acción de intervención debe ser monitoreada por indicadores de proceso, estructura y resultado.

Se presentan a continuación algunos ejemplos de indicadores que el área de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo pueden implementar para evaluar la prevención del consumo de sustancias psicoactivas

- De estructura: política de cero tolerancia al uso de sustancias psicoactivas definida y socializada.
- De proceso: proporción de trabajadores que participan en las actividades de sensibilización; proporción de trabajadores con resultados positivos en actividades de identificación activa de casos.
- De resultado: incidencia y prevalencia de trastornos de salud asociados al uso o consumo de sustancias psicoactivas.

- (i) Implementar acciones de mejora en la acción de intervención

A partir de los resultados obtenidos en la medición y seguimiento, el área de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo, deberán proponer e implementar planes de acción que mejoren los resultados.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Para que el programa de prevención de consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral se conserve como una acción de promoción de la salud, es necesario que el mismo se mantenga a través del tiempo y que las

3.30 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

actividades de sensibilización se renueven. También es necesario incorporar al médico del área de seguridad y salud en el trabajo, para que en los seguimientos a condiciones de salud explore de forma activa los signos tempranos de un posible consumo indebido. De otra parte es necesario que haya consistencia en el cumplimiento de la política de cero tolerancia al consumo de sustancias psicoactivas, asegurando que en los eventos sociales de la empresa se evidencia su acatamiento.

Finalmente, es necesario que las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, dispongan de los recursos necesarios para recibir la consulta de los trabajadores que buscan orientación y que como parte del proceso de formación de los jefes, se les eduque en el reconocimiento temprano de signos de alerta en sus colaboradores.

3.31 ATENCIÓN EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Una crisis es un estado transitorio de desorganización emocional, acompañado de un fracaso de las estrategias normalmente usadas por el individuo para enfrentar situaciones problemáticas. Se relaciona con la aparición de un evento que la precipita y su resolución concluye con el retorno al estado de funcionamiento previo o a su mejoría.

Hay crisis que ocurren durante las etapas del desarrollo de la persona cuando las tareas o exigencias propias de la etapa vital no logran ser superadas por ella; desde la perspectiva de desarrollo se denominan crisis vitales. Las crisis circunstanciales a las cuales se refiere la acción descrita a continuación, están caracterizadas por su aparición repentina, su carácter de imprevisión, la severidad de lo ocurrido y la repercusión en la vida y funcionamiento de quien las sufre.

Ante un evento con las características anteriormente descritas, la persona puede presentar los siguientes signos y síntomas: sentimientos de agotamiento, cansancio, inadecuación, desamparo, soledad, impotencia, ansiedad, miedo, incapacidad de comprender, síntomas físicos, desorganización a nivel de su vida familiar, laboral y social.

Con frecuencia el carácter devastador de la crisis afecta a los demás miembros de la familia, a los compañeros de trabajo o a la empresa en general; podría ser necesaria una acción grupal para controlar sus efectos y prevenir complicaciones futuras.

La intervención en crisis es una acción para hacer frente a la situación de desorganización que surge como resultado de una crisis. Contempla dos aspectos: a) una primera ayuda psicológica (primeros auxilios psicológicos), proporcionada por los individuos más cercanos al suceso; b) intervención de segunda instancia o terapia para crisis, llevada a cabo por asesores entrenados o terapeutas.

Los primeros auxilios psicológicos son el conjunto de acciones que tienen como propósito brindar apoyo a una persona que ha vivido un acontecimiento traumático o catastrófico y que está tan afectada que no puede ocuparse de sí misma o de sus deberes, o que puede hacerse daño a sí misma o a otros.

a. Objetivo(s) de la acción

Mitigar en los trabajadores el impacto emocional derivado de la exposición a una emergencia o evento catastrófico durante la cual se pueden presentar situaciones de crisis.

b. Tipo de acción

- Prevención secundaria en salud.
- Intervención secundaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Trabajadores que en razón de su actividad profesional están expuestos o deben atender emergencias o eventos de carácter catastrófico. Trabajadores que hacen parte de las brigadas de emergencia en las empresas. Trabajador afectado por un accidente de trabajo severo y el grupo de compañeros de trabajo.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La presente acción ofrece herramientas de primeros auxilios psicológicos para atender las demandas emocionales de los trabajadores expuestos a situaciones de crisis en el cumplimiento de sus funciones; también ilustra sobre la atención que debe suministrarse a quienes prestan los primeros auxilios psicológicos. Constituye una herramienta para la atención inicial de los trabajadores afectados por una situación de crisis y busca reducir el estrés que podría afectar su salud física y emocional, por ejemplo un duelo.

Limitaciones

Esta acción no proporciona los elementos específicos para la atención especializada en las situaciones de crisis.

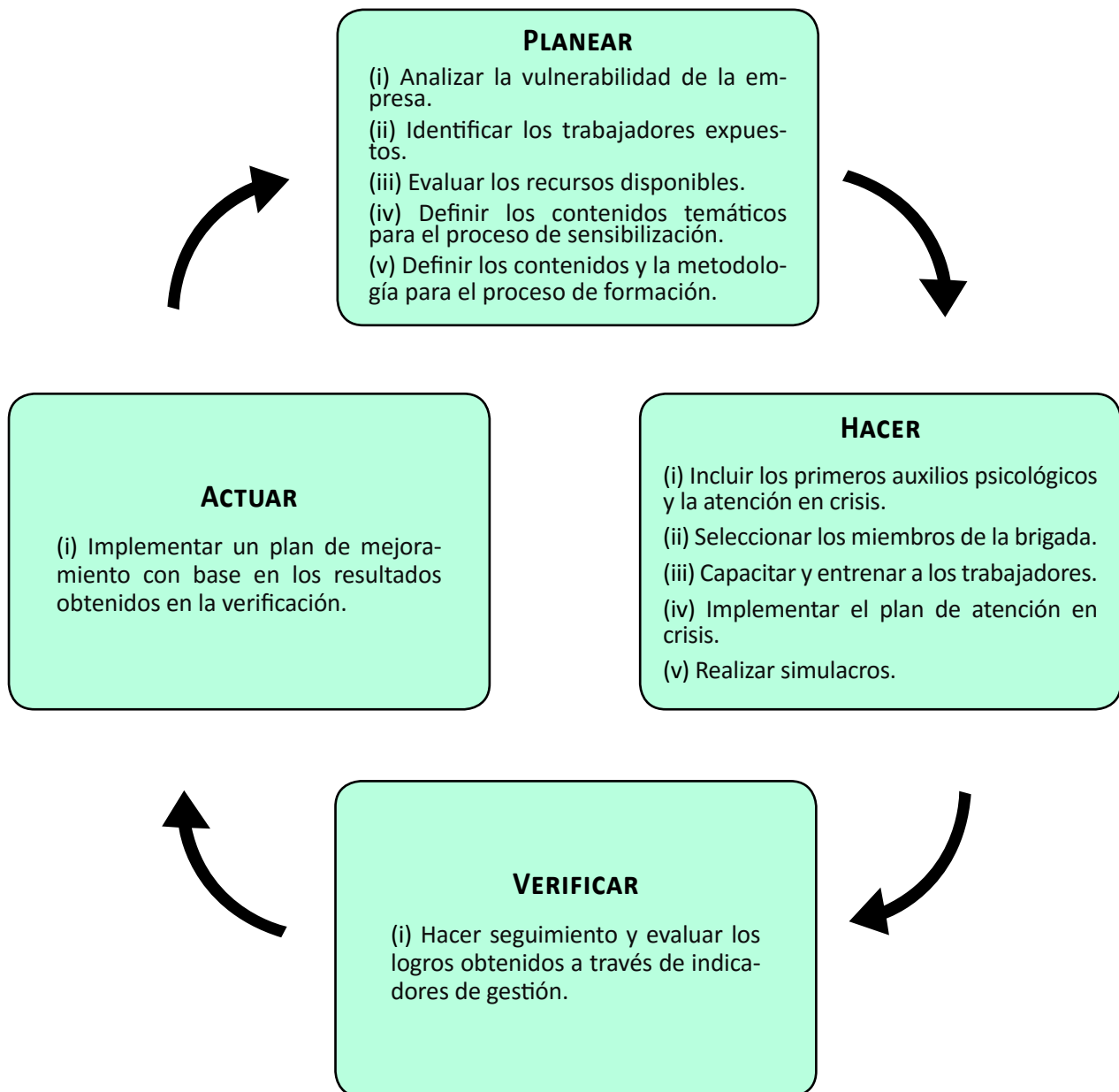
e. Áreas o cargos involucrados en la implementación

- Brigada de emergencias.
- Área de gestión del talento humano.
- Psicólogo o profesional que acredite idoneidad en la atención de crisis en ambiente laboral y trabajo con grupos.

f. Descripción de la acción

Los pasos para la implementación de la acción se presentan en la figura 31 y se amplían posteriormente.

Figura 31. Ciclo PHVA de la estrategia “Atención en crisis y primeros auxilios psicológicos”



Las siguientes actividades son responsabilidad de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo.

- (i) Identificar, describir y analizar la vulnerabilidad de la empresa frente a peligros y amenazas.
- (ii) Identificar los trabajadores expuestos a emergencias o eventos de carácter catastrófico que pueden requerir primeros auxilios psicológicos, y los miembros de la brigada de emergencias que podrían estar más expuestos a sufrir una crisis después de brindar primeros auxilios psicológicos⁵⁵.
- (iii) Evaluar los recursos disponibles, estableciendo si se cuenta con redes institucionales y de ayuda mutua. Sistematizar la información sobre ellas y hacerla disponible para todos los trabajadores.
- (iv) Definir los contenidos temáticos para las actividades de información y sensibilización en temas tales como concepto, características y reacciones ante las crisis.
- (v) Definir los contenidos temáticos y la metodología para las actividades de formación y entrenamiento en primeros auxilios psicológicos, recursos y redes de apoyo.

55. Si se trata de una empresa cuya función primordial es atender emergencias y eventos catastróficos, debe contar con un recurso especializado (profesionales entrenados en técnicas de *briefing* o informe, de *defusing* o desactivación, y de *debriefing* o interrogatorio) para la atención de los trabajadores que prestan estos servicios de emergencia.

- (i) Hacer seguimiento y evaluar los logros obtenidos a través de indicadores de gestión

A continuación se presentan algunos ejemplos de indicadores que las áreas de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo pueden implementar para evaluar la atención psicológica en situaciones de crisis:

- De proceso: proporción de trabajadores que participan en las actividades de formación.
- De resultado: proporción de casos atendidos en situaciones de crisis.

- (i) Implementar un plan de mejoramiento con base en los resultados obtenidos en la verificación

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Para que el programa de atención en crisis y primeros auxilios psicológicos se conserve como una acción de promoción de los factores psicosociales protectores, es condición que el mismo se mantenga a través del tiempo y que se hagan actividades prácticas para mantener y desarrollar la habilidad de dar apoyo psicosocial.

El servicio de la empresa a través de los primeros auxilios psicológicos a personas de la comunidad en las que se presentan situaciones calamitosas, constituye no solo una ocasión de práctica de las habilidades que adquieren algunos trabajadores, sino una forma de responsabilidad social empresarial que genera beneficios a todas las partes, a través del servicio a otros.

3.31 ATENCIÓN EN CRISIS Y PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

Figura 32. Proceso de atención en crisis y primeros auxilios psicológicos

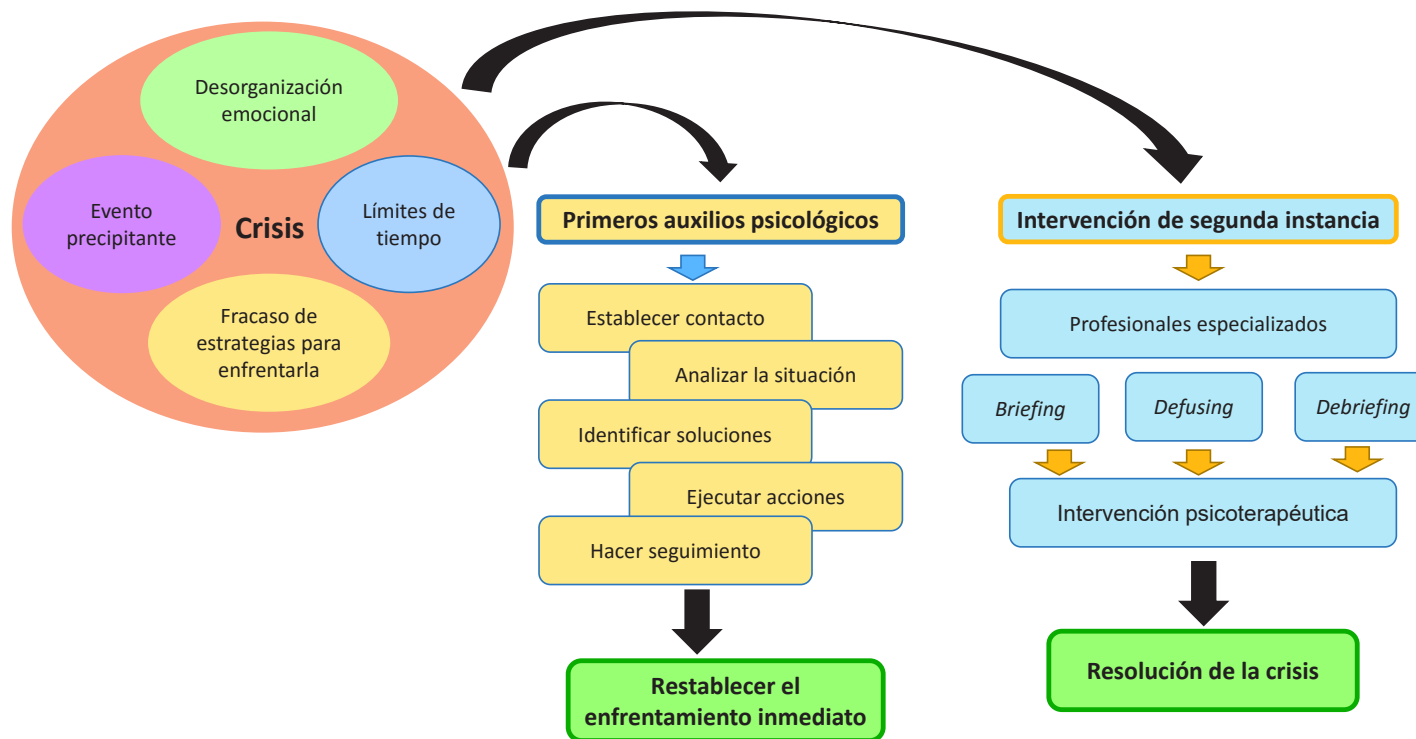
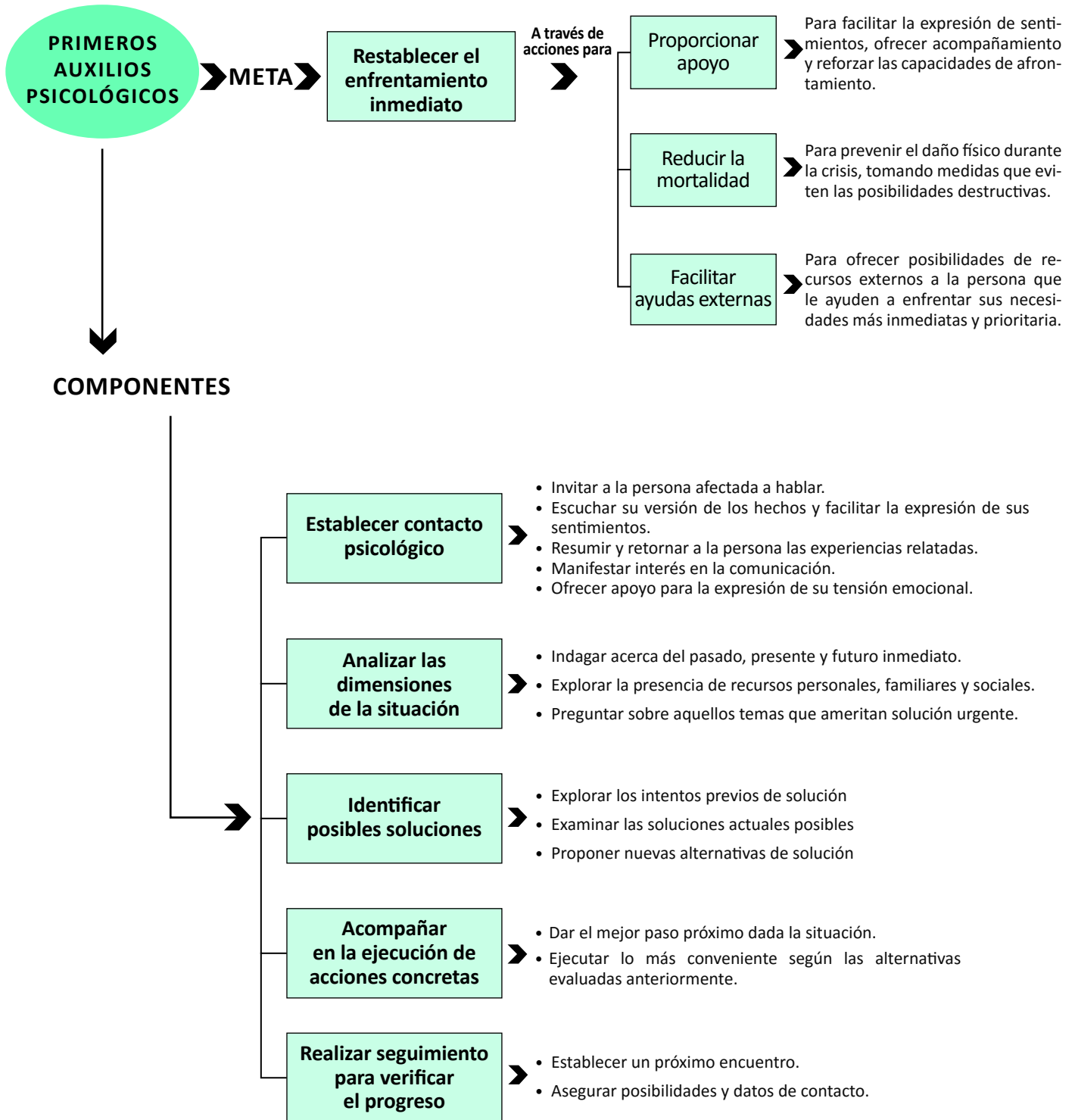


Figura 33. Componentes y metas de los primeros auxilios psicológicos



3.32 DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE LA RESILIENCIA EN EL AMBIENTE LABORAL

La resiliencia es la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido de un evento psicosocial estresante. De acuerdo con la psicología positiva, todos los seres humanos tienen la capacidad de adaptarse y recuperarse de las situaciones adversas. Esto significa que la resiliencia no es algo extraordinario sino que aparece de forma habitual entre individuos que afrontan condiciones de adversidad, exclusión o riesgo, lo que les permite generalmente normalizar sus situaciones de una manera eficiente y positiva; es un proceso de adaptación en el tiempo, a pesar de situaciones de riesgo como el estrés prolongado, accidentes, amenazas, eventos traumáticos entre otros.

Resiliencia es entonces la capacidad de una persona o grupo social de alcanzar un desarrollo positivo, vivir sanamente de forma aceptable desde el punto de vista social, a pesar de estar rodeado de condiciones adversas. La resiliencia no es una condición solamente individual, es también propia de familias y comunidades. Considerar la resiliencia solamente como una característica de la personalidad, sin tener en cuenta su carácter dinámico, no permite su integración a la gestión de las empresas.

Desde el punto de vista de la salud mental en el ámbito laboral, la resiliencia es un factor de protección para enfrentar los riesgos psicosociales de una manera más sana y efectiva. De igual manera, ser resiliente permite a la persona manejar las situaciones cotidianas de su vida de forma positiva por lo cual es menor el impacto de dichas situaciones extralaborales en el rendimiento laboral, la productividad y el clima organizacional.

También es importante el hecho de que en caso de incidentes y accidentes en el trabajo, la respuesta de un trabajador resiliente se caracteriza porque no afecta de manera importante su rendimiento laboral ni su calidad de vida.

Desarrollar y mantener características resilientes significa alcanzar fortalezas y actitudes personales con el objeto de reducir la vulnerabilidad ante los riesgos psicosociales e implementar estrategias positivas para lograr el *engagement* (estado mental positivo relacionado con el trabajo). Tanto la resiliencia como el *engagement* fortalecen la capacidad de afrontamiento de situaciones conflictivas a través de una mejor adaptación y respuesta, y ambos contribuyen a la prevención del síndrome de agotamiento laboral.

La resiliencia se puede evidenciar en distintos escenarios a través de características como las siguientes:

- A nivel de la persona: autoestima, habilidad para la resolución de problemas y conflictos, capacidad de afrontamiento, existencia de un proyecto de vida, emociones positivas, comunicación asertiva y habilidades sociales.
- A nivel de la familia: apoyo familiar.
- A nivel comunitario: recursos de apoyo psicosocial.
- A nivel organizacional: capacidad de compromiso, estilo de comunicación abierto y asertivo, conocimiento y apropiación de los empleados de la visión y valores organizacionales, competencia para satisfacer las demandas de entornos cambiantes, capacidad para establecer redes sociales fuertes, trabajo en equipo, apoyo social y protección de la salud.

Existe una relación importante y recíproca entre trabajadores y empresas resilientes caracterizada por la capacidad de los individuos y de los grupos de desarrollar un modo de pensar, de sentir y de actuar que les permite enfrentar situaciones adversas o cambiantes.

a. Objetivo(s) de la acción

Promover el desarrollo de conductas resilientes en los trabajadores, que les permita hacer frente a situaciones adversas y mejorar su desempeño laboral.

b. Tipo de acción

- Promoción de los factores protectores de la salud.
- Prevención primaria en salud.
- Intervención secundaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

- Todos los trabajadores se pueden beneficiar de esta acción de promoción de la salud. Son también objeto de intervención los trabajadores de las áreas cuya evaluación de factores psicosociales evidenció niveles bajo, medio, alto o muy alto de riesgo psicosocial pues actúa como acción coadyuvante en la prevención y rehabilitación.

d. Alcances y limitaciones de la intervención

Alcances

La presente acción ofrece herramientas para fortalecer las estrategias de manejo del riesgo psicosocial en el trabajo ya que busca desarrollar capacidades de adaptación a condiciones laborales adversas; también es útil en el manejo de situaciones de duelo.

Limitaciones

Esta acción es insuficiente para el manejo de trastornos mentales ya que su utilidad es únicamente como coadyuvante de un plan de manejo especializado.

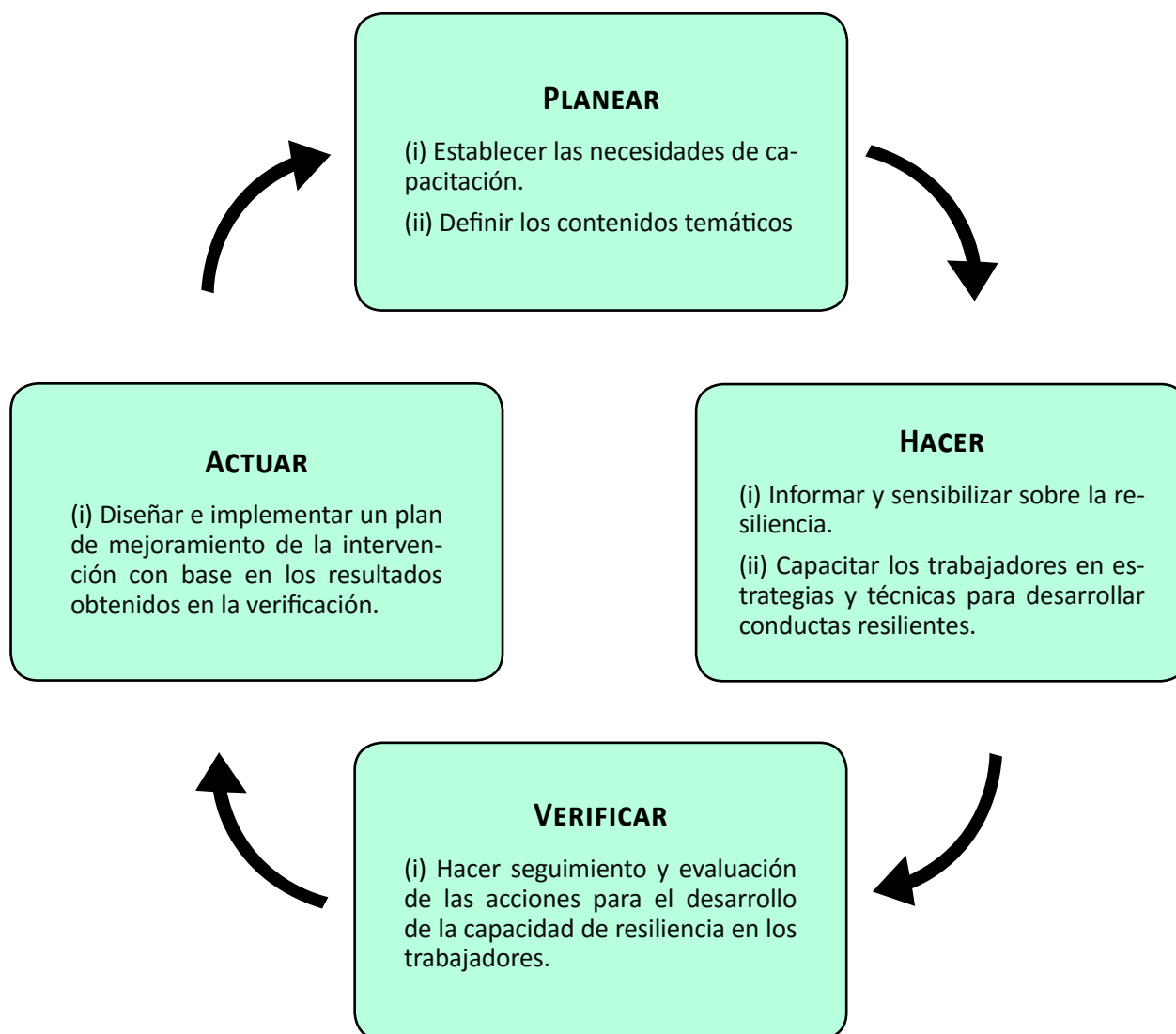
e. Áreas o cargos involucrados en la implementación

- Área o responsable de la gestión del talento humano.
- Responsable de la seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes.
- Líderes informales.
- Psicólogo o profesional que acredite idoneidad en entrenamiento y desarrollo de técnicas de resiliencia individual y grupal en el ambiente laboral.
- Comité de convivencia laboral.
- Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo (COPASST).
- Todos los trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La descripción y los pasos para la implementación de la acción se presentan en la figura 34 y se amplían posteriormente.

Figura 34. Ciclo PHVA de la acción “Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral”



Las siguientes actividades son responsabilidad de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo:

- (i) Establecer las necesidades de capacitación de los trabajadores acerca de la resiliencia, es decir, identificar los grupos mayormente expuestos a los factores de riesgo psicosocial para centrar la intervención en ellos.
- (ii) Definir los contenidos temáticos para las actividades de información, sensibilización, capacitación y entrenamiento en resiliencia: significado, utilidad y técnicas para desarrollarla, comportamientos y actitudes resilientes.

A continuación se enumeran las actividades que deben considerarse en el desarrollo de la acción de intervención; la ampliación de las fases del proceso de desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral se ilustra en la figura 35.

- (i) Informar y sensibilizar sobre la resiliencia
Es de vital importancia la implementación de iniciativas de información y sensibilización sobre las características, utilidad y maneras de desarrollar la resiliencia.
- (ii) Capacitar a los trabajadores en estrategias y técnicas para desarrollar conductas resilientes
A los efectos del entrenamiento, el área de gestión del talento humano, con el apoyo del área de seguridad y salud en el trabajo, deben considerar la inclusión de los siguientes contenidos:
 - Autoestima.
 - Auto reconocimiento.
 - Habilidades sociales.
 - Creatividad e iniciativa.

- Solidaridad y empatía.
- Capacidad de pensamiento crítico y flexible.
- Conformación de redes de apoyo social.
- Establecimiento de límites.
- Fuentes de la resiliencia (“yo tengo”, “yo soy”, “yo estoy”, “yo puedo”).
- Habilidades para la vida (cooperación, resolución de conflictos, resistencia, comunicación asertiva, resolución de problemas, toma de decisiones, manejo del estrés).

Con el objeto de desarrollar y fortalecer la resiliencia de los trabajadores se pueden llevar a cabo acciones basadas en el mejoramiento de la capacidad de afrontamiento y de la fortaleza psicológica; así mismo, evitar respuestas negativas ante el estrés.

Otra estrategia para la intervención es el fortalecimiento del capital psicológico mediante actividades que favorezcan el desarrollo de la autoestima, la autoeficacia, la visión positiva y la resiliencia, en talleres con duración aproximada entre 90 y 120 minutos.

Se sugiere también el desarrollo de actividades encaminadas a la construcción de la resiliencia, que permitan la identificación de la diferencia entre pensamientos y respuestas emocionales negativas y positivas, utilizando el intercambio de experiencias, promoviendo respuestas no evitativas en situaciones de estrés, técnicas de relajación y de control del pensamiento, entre otras.

- (i) Hacer seguimiento y evaluación de las acciones para el desarrollo de la capacidad de resiliencia en los trabajadores

A continuación se presentan algunos ejemplos de indicadores que las áreas de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo pueden implementar para evaluar las acciones de desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral:

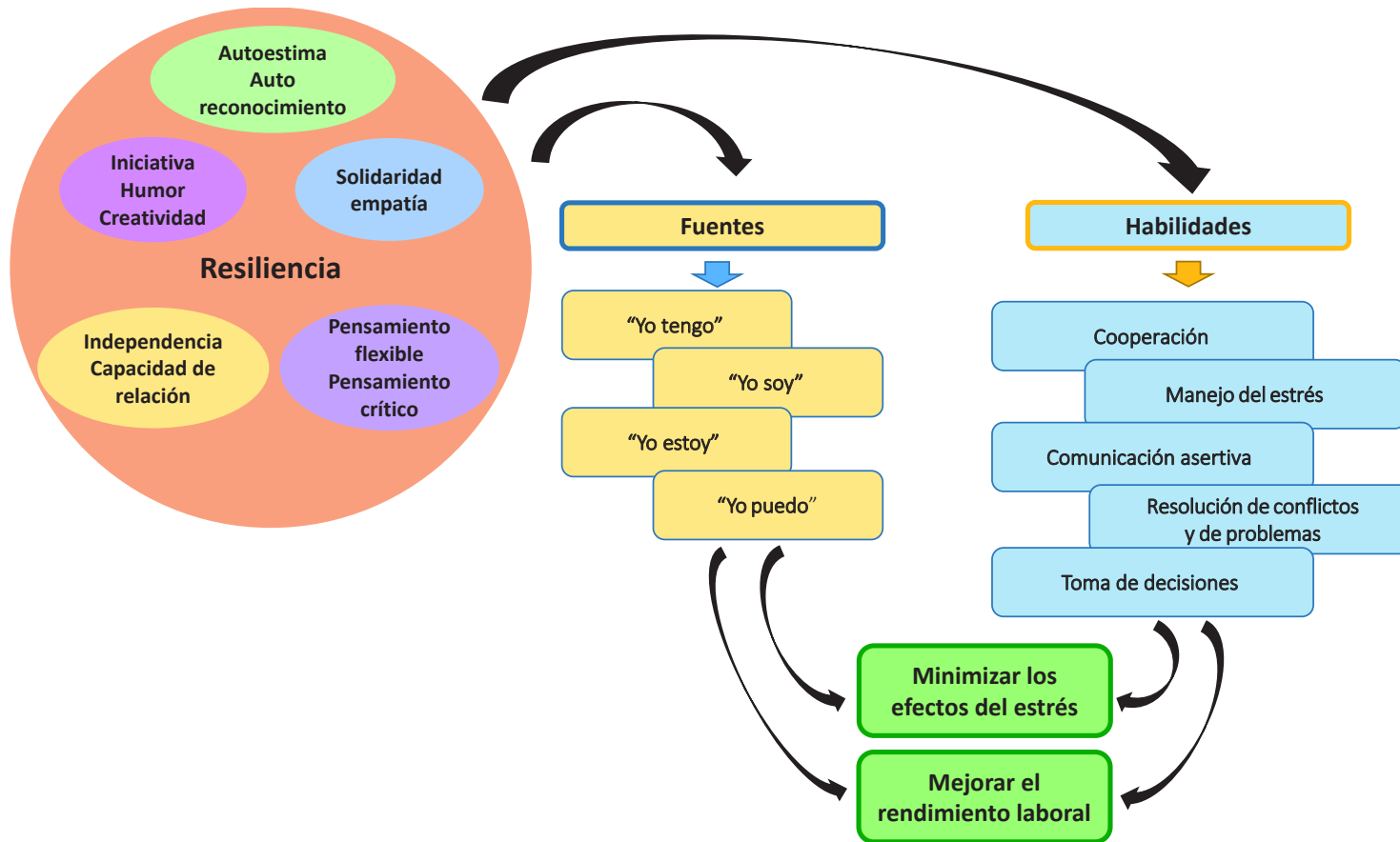
- De proceso: proporción de trabajadores que participan en las actividades de formación.
- De resultado: disminución de los casos que presentan crisis emocionales ante situaciones tensionantes en el trabajo.

- (i) Diseñar e implementar un plan de mejoramiento de la intervención con base en los resultados obtenidos en la verificación.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Las acciones de desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral son en esencia un mecanismo protector para enfrentar situaciones adversas, tanto en el trabajo como fuera de él. Para que la resiliencia se mantenga como una acción de promoción de la salud, se requiere que se continúe fortaleciendo en el tiempo mediante talleres reflexivos y la promoción del hábito de la auto-observación.

Figura 35. Proceso de desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral



3.33 ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS

a. Objetivo(s) de la acción

Desarrollar y fortalecer los recursos que los trabajadores tienen para manejar la ansiedad y el estrés y de esta forma reducir los efectos negativos sobre la salud.

b. Tipos de acción

- Promoción de la salud.
- Prevención primaria en salud.
- Prevención secundaria en salud.
- Prevención terciaria en salud.
- Intervención secundaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Cuando la acción de intervención se centra en la promoción de la salud, la población objetivo son todos los trabajadores.

De otra parte, cuando actúa como acción de prevención primaria en salud, la población objetivo son las áreas de trabajo en las que el nivel de riesgo psicosocial fue valorado por lo menos por el 60 % de las personas como sin riesgo o riesgo despreciable, bajo o riesgo medio⁵⁶.

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés se convierte en una acción de prevención secundaria en salud para las áreas o puestos de trabajo con casos de enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, dermatológicas, neurológicas, musculares o inmunológicas, entre otras, de las que se sospeche una relación causal con estrés laboral.

Finalmente, la acción de intervención cumple los fines de prevención terciaria en salud y coadyuvante del manejo especializado para los trabajadores que teniendo diagnóstico de trastorno mental, están en proceso de rehabilitación.

56. Se toma como criterio el percentil 60 orientado por los baremos de la *Batería de Instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial* (Ministerio del Trabajo y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La presente acción ofrece herramientas para mejorar las respuestas habituales de los trabajadores ante situaciones que generan ansiedad y estrés; también proporciona elementos para identificar y controlar las respuestas fisiológicas asociadas a situaciones de ansiedad y estrés en los trabajadores.

Limitaciones

Esta acción es insuficiente para el manejo de trastornos de ansiedad y de estrés, casos en los que se utiliza solo como coadyuvante del manejo especializado.

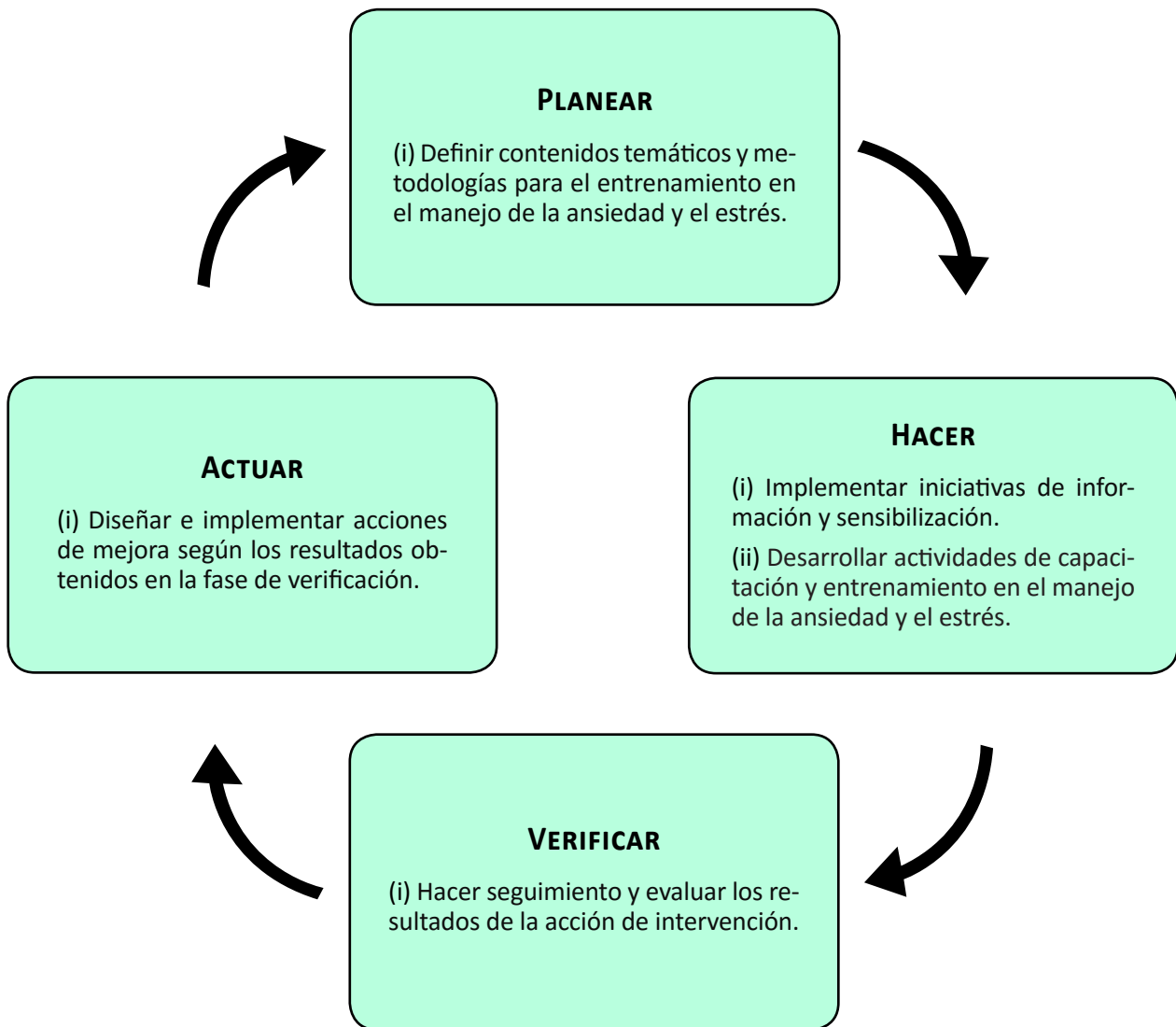
e. Áreas o cargos involucrados en la implementación

- Área o responsable de gestión del talento humano.
- Responsable de la seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes.
- Líderes informales.
- Psicólogo o profesional que acredite idoneidad en técnicas de manejo del estrés y trabajo con grupos.
- Comité de convivencia laboral.
- Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo.
- Todos los trabajadores.

f. Descripción de la acción

Los pasos para la implementación de la acción se presentan en la figura 36 y se amplían posteriormente.

Figura 36. Ciclo PHVA de la acción “Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés”



- (i) Definir los contenidos temáticos y las metodologías para la implementación de las actividades de información, sensibilización y entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés. Los contenidos sugeridos para estas iniciativas son:
- Definición y características del estrés.
 - Signos y síntomas de la ansiedad (ver tabla 1).
 - Capacidad para trabajar bajo presión.
 - Manejo de emociones, control de impulsos y tolerancia a la frustración.
 - Autoevaluación y reflexión positiva.
 - Autoestima, capacidad de autocontrol y autonomía.
 - Resolución de conflictos.
 - Hábitos de vida saludable.
 - Relaciones interpersonales y apoyo social.
 - Habilidades comunicativas y sociales.
 - Sentido del humor y creatividad.

El área de gestión del talento humano con el apoyo del área de seguridad y salud en el trabajo desarrollan las siguientes actividades:

- (i) Implementar iniciativas de información y sensibilización
- Implementación de iniciativas de información y sensibilización acerca de las características de la ansiedad y el estrés, sus efectos en la salud y las formas de manejo. Las tablas 1 y 2 amplían la información relativa a las características y síntomas de la ansiedad y la definición del estrés respectivamente, las cuales se aportan como insumo orientador para el usuario de este protocolo.

- (ii) Desarrollar actividades de capacitación y entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés a través de:
- Técnicas generales que comprendan la promoción de hábitos de vida saludable, el fortalecimiento del apoyo social, la formación en la identificación y resolución de problemas, el entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario (para el caso de trabajadores del sector servicios), el refuerzo de las actividades que favorezcan el aprovechamiento del tiempo libre, la creatividad y el buen humor.
 - Técnicas de intervención cognitiva que incluyan la reorganización cognitiva, la modificación de pensamientos automáticos y negativos, la desensibilización sistemática y la inoculación de estrés⁵⁷.
 - Técnicas fisiológicas de relajación, control de respiración, relajación mental, meditación y *biofeedback* (retroalimentación biofisiológica).
 - Técnicas conductuales como asertividad, habilidades sociales, solución de problemas, modelamiento encubierto, autocontrol.

- (i) Hacer seguimiento y evaluar los resultados de la acción de intervención
- A continuación se presentan algunos ejemplos de indicadores que el área de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo pueden implementar para evaluar las acciones de entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés:
- De proceso: proporción de trabajadores que participan en las actividades de entrenamiento.
 - De resultado: disminución de los casos que presentan efectos adversos en la salud ante situaciones tensionantes en el trabajo.

- (i) Diseñar e implementar acciones de mejora según los resultados obtenidos en la fase de verificación

57. La inoculación del estrés es un procedimiento cognitivo-conductual para reducir el estrés que implica la adquisición de destrezas de afrontamiento y el ensayo de las mismas.

Tabla 1. Características y síntomas de la ansiedad

Ansiedad	
<p>Se entiende la ansiedad como una sensación o estado emocional normal ante determinadas situaciones. Cuando la ansiedad sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica porque provoca malestar significativo y síntomas que afectan las esferas física, psicológica y conductual (Gobierno de España, 2008, pág. 31).</p>	
Síntomas fisiológicos	Síntomas cognitivos, emocionales y del comportamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Sudoración • Sequedad de la boca • Mareo • Temblor • Tensión muscular • Cefaleas • Adormecimiento • Palpitaciones • Taquicardia • Dolor torácico • Dificultad para respirar • Náuseas • Vómito • Dolor abdominal • Diarrea • Estreñimiento • Molestias digestivas • Micción frecuente • Problemas de la esfera sexual 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación • Aprehensión • Sensación de agobio • Miedo a perder el control o a volverse loco • Sensación de muerte inminente • Dificultad para concentrarse • Cambios en la memoria • Irritabilidad • Inquietud • Desasosiego • Conductas de evitación de determinadas situaciones • Inquietud motora

Tabla 2. Definición de estrés laboral

Estrés laboral

El estrés laboral se define como un desequilibrio percibido entre las demandas laborales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo, siempre que las consecuencias del fracaso sean importantes (LaDou, 1999). También ha sido definido como el estado de ansiedad o el conjunto de signos y síntomas que aparecen cuando las exigencias laborales superan la capacidad de los trabajadores para hacerles frente o mantenerlas bajo control.

Debe aclararse que existe una versión “positiva” del estrés que se conoce como *eustrés*, el cual responde a sucesos favorables de la vida y conduce a una respuesta sana y adaptativa, que se acompaña de sensaciones estimulantes y motivadoras, muy diferentes a las que resultan del estrés negativo o *distrés*.

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés es un mecanismo protector para enfrentar situaciones adversas; para que un individuo pueda utilizar habitualmente los conocimientos que adquiere para el manejo de la ansiedad y el estrés, se requiere de refuerzos que faciliten la introyección y aplicación de las técnicas aprendidas.

3.34 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL TRABAJO

“La promoción de la salud mental es una estrategia intersectorial y un conjunto de procesos orientados hacia la transformación de los determinantes de la salud mental que afectan la calidad de vida, en procura de la satisfacción de las necesidades y los medios para mantener la salud, mejorarla y ejercer control de la misma en los niveles individual y colectivo, teniendo en cuenta el marco cultural colombiano. La prevención del trastorno mental hace referencia a las intervenciones tendientes a impactar los factores de riesgo relacionados con la ocurrencia de trastornos mentales, enfatizando en el reconocimiento temprano de factores protectores y de riesgo, en su automanejo, y está dirigida a los individuos, familias y colectivos. Para los efectos de la presente ley se entiende el trastorno mental como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida” (Ley 1616 de 2013).

a. Objetivo(s) de la acción

- Incluir el componente de salud mental en las acciones de promoción de la salud que se desarrollan en la organización.
- Desarrollar actividades para prevenir la aparición de trastornos mentales en los trabajadores.
- Desarrollar actividades que coadyuven a la identificación precoz y tratamiento oportuno de los trastornos mentales en los trabajadores.
- Desarrollar actividades de rehabilitación de los trabajadores con trastornos mentales.

b. Tipo de acción

- Promoción de los factores protectores de la salud mental.
- Prevención primaria en salud mental.
- Prevención secundaria en salud mental.
- Prevención terciaria en salud mental.
- Intervención secundaria de factores de riesgo.

c. Población objeto de la acción

Cuando la acción de intervención se centra en la promoción de la salud, la población objetivo son todos los trabajadores.

De otra parte, cuando actúa como acción de prevención primaria en salud, la población objetivo son los trabajadores de las áreas en las que el nivel de riesgo psicosocial fue valorado por lo menos por el 60 % de las personas como sin riesgo o riesgo despreciable, riesgo bajo o medio⁵⁸.

Las actividades de prevención del trastorno mental en el trabajo se convierten en una acción de prevención secundaria para los trabajadores de las áreas o puestos de trabajo con casos de enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, dermatológicas, neurológicas, musculares o inmunológicas, entre otras, de las que se sospeche una relación causal con estrés laboral.

Finalmente, la acción de intervención cumple los fines de prevención terciaria en salud y coadyuvante del manejo especializado para los trabajadores con diagnóstico de trastorno mental y que están en proceso de rehabilitación.

d. Alcances y limitaciones de la acción

Alcances

La presente acción ofrece herramientas para mantener y fortalecer la salud mental de todos los trabajadores; suministra información para controlar los factores de riesgo y evitar efectos en la salud mental de los trabajadores expuestos a niveles bajo, medio, alto y muy alto de riesgo psicosocial. También permite identificar precozmente signos y síntomas de trastorno mental y referir a atención especializada a fin de desarrollar actividades que apoyen la rehabilitación.

Limitaciones

Esta acción no proporciona los elementos específicos para la atención especializada en salud mental.

58. Se toma como criterio el percentil 60 orientado por los baremos de la *Batería de instrumentos para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial* (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

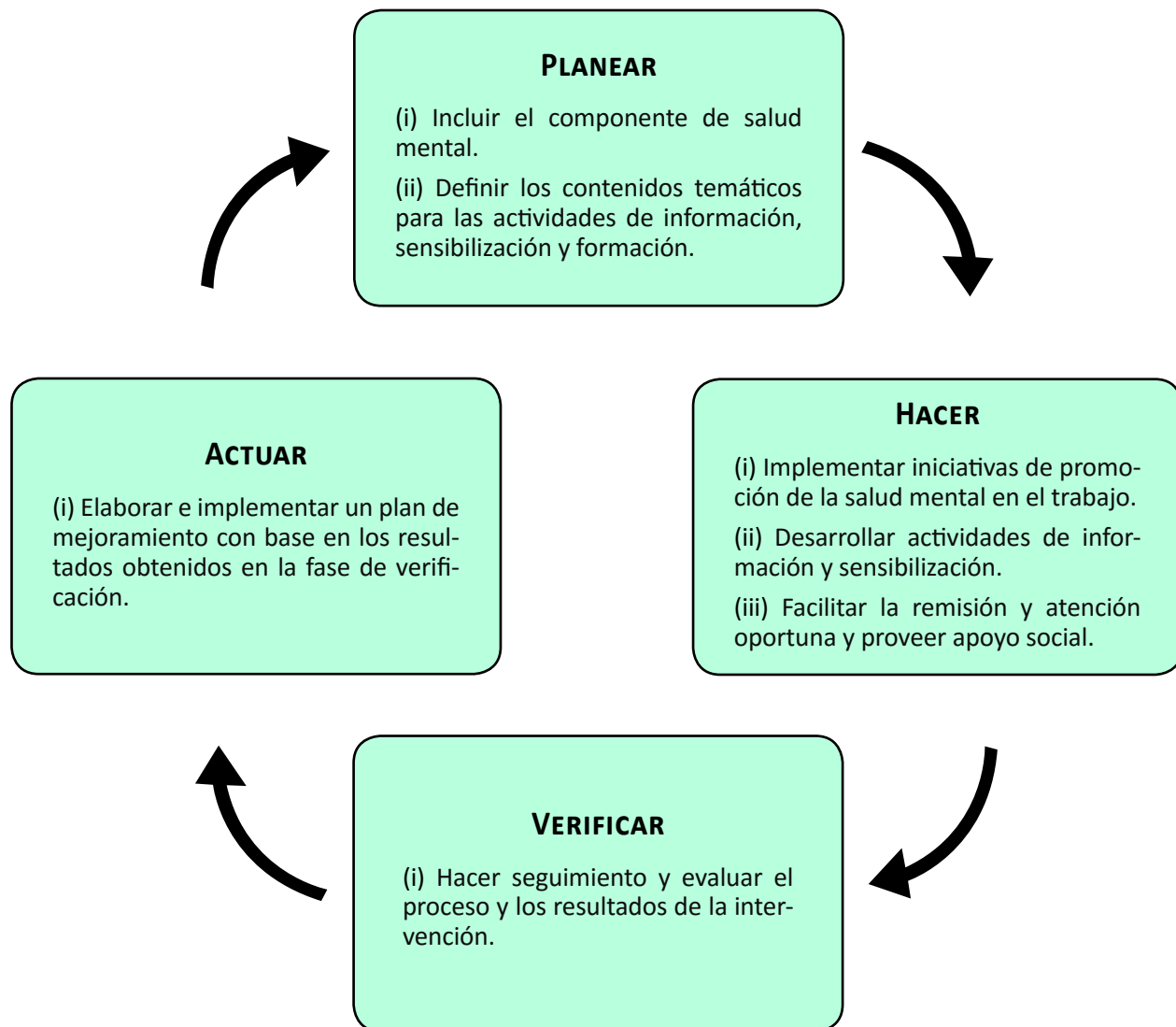
e. Áreas o cargos involucrados en la implementación

- Gestión del talento humano.
- Seguridad y salud en el trabajo.
- Jefes.
- Líderes informales.
- Psicólogo o profesional experto en salud mental y trabajo grupal.
- Comité de convivencia laboral.
- Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo.
- Trabajadores de la organización.

f. Descripción de la acción

La figura 37 presenta las actividades que se ejecutan en la implementación de la acción, en el ciclo PHVA, las cuales se describen con mayor detalle posteriormente.

Figura 37. Ciclo PHVA de la acción “Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo”



Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo se encargan de planear el desarrollo de las actividades para la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental. Para estos fines desarrollan dos actividades principales:

- (i) Incluir el componente de salud mental en los programas de promoción de la salud que se adelanten en la empresa.
- (ii) Definir los contenidos temáticos para las actividades de información y sensibilización para la promoción de la salud mental en el trabajo.

Los trabajadores requieren información en temas como:

- Actividades y recursos disponibles para la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental (ver tabla 3).
- Signos y señales de alerta de los trastornos mentales (ver tabla 4).

La implementación de las acciones establecidas en el plan de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental supone el desarrollo de las siguientes actividades a cargo de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, con el soporte de profesionales idóneos según la temática (ver figura 38):

- (i) Implementar iniciativas de promoción de la salud mental a través del fomento de la calidad de vida, el bienestar y los hábitos de vida saludables.
- (ii) Desarrollar actividades de información y sensibilización en temas de salud mental en el trabajo tales como:
 - Mejoramiento de la calidad de vida.
 - Bienestar psicológico.
 - Capacidad y fortaleza emocional.

Hacer Hacer

- Hábitos de vida saludable.
 - Signos y señales de alerta de los trastornos mentales (ver tabla 4).
- (iii) Facilitar la remisión y atención oportuna mediante servicios especializados de trabajadores diagnosticados con trastorno mental⁵⁹, y fortalecer el apoyo social en el trabajo

Verificar Verificar

- (i) Hacer seguimiento y evaluar el proceso y los resultados de la intervención
- A continuación se presentan algunos ejemplos de indicadores que el área de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo pueden implementar para evaluar las acciones de promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental en ámbitos laborales:
- De proceso: proporción de trabajadores que participan en las actividades de información y sensibilización, así como en las actividades de prevención.
 - De resultado: disminución de la incidencia de casos con trastorno mental.

Actuar Actuar

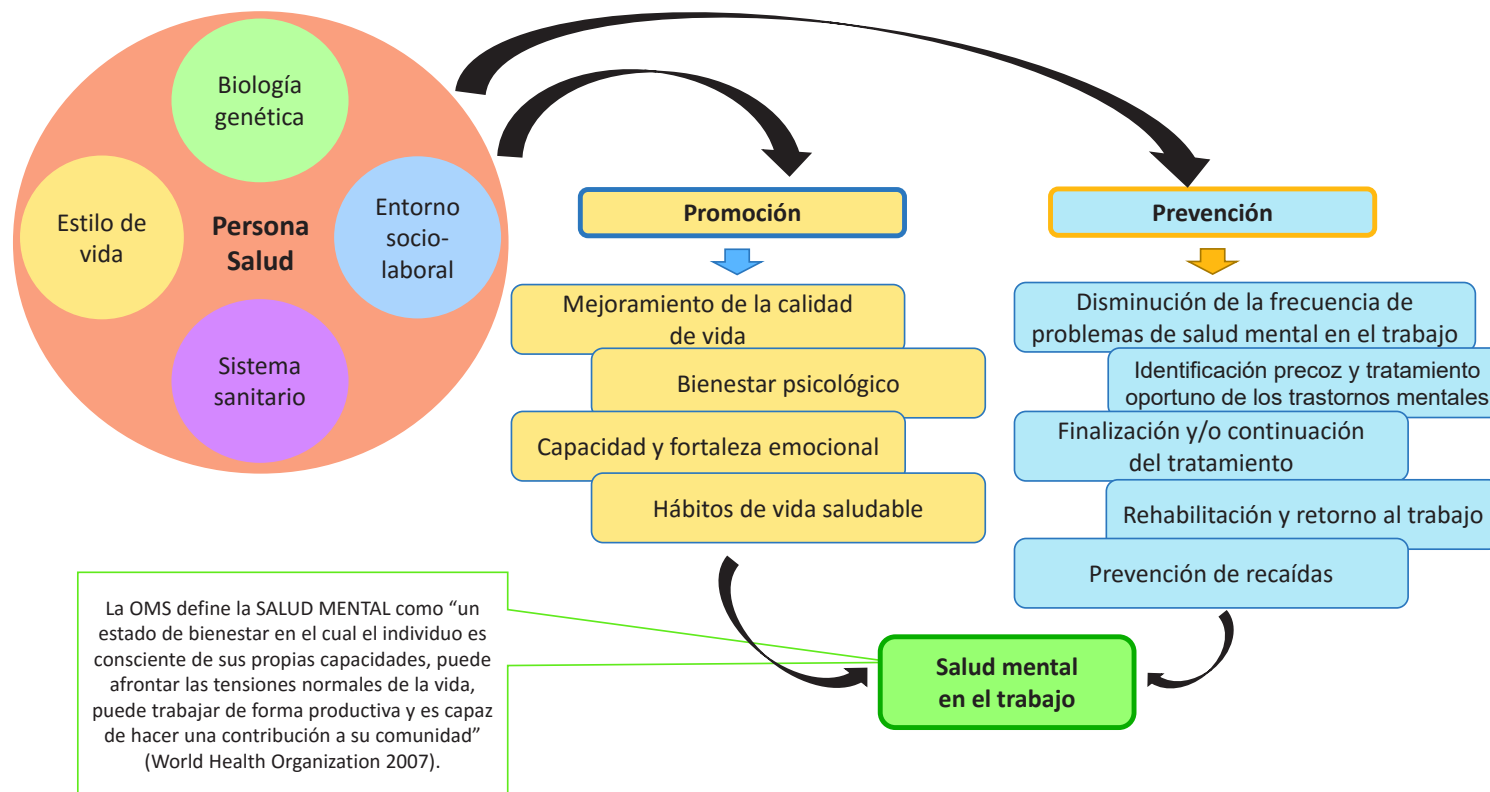
- (i) Elaborar e implementar un plan de mejoramiento con base en los resultados obtenidos en la fase de verificación

g. Uso de la acción como mecanismo de fortalecimiento de factores psicosociales protectores

Las acciones de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo tienen una orientación principalmente preventiva, sin embargo, para asegurar los beneficios de esta intervención, la misma debe mantenerse en el tiempo; de otra parte, el área de seguridad y salud en el trabajo debe hacer seguimiento a los casos sospechosos antes de que se confirmen.

59. Si el trabajador presenta signos y señales de alerta de los trastornos mentales, debe ser remitido para atención médica general y especializada en su EPS (psicología y psiquiatría).

Figura 38. Proceso de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo



3.34 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL TRABAJO

Tabla 3. Actividades y recursos disponibles para la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental

	¿Cómo hacerlo?	¿Dónde encontrar más información?
Información y sensibilización	Aprovechar los recursos de inducción, capacitación, comunicación y difusión existentes en la empresa, tales como página web, intranet, carteleras, sistemas audiovisuales, boletines, charlas y reuniones.	Información sobre salud mental: http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfoforall/translations/spanish.aspx
	Difundir información sobre salud mental, problemas mentales y riesgos psicosociales.	
	Ofrecer cursos de capacitación para la detección de signos y señales de alerta de trastornos mentales y criterios para actuar ante ellos.	
	Implantar programas de ayuda al trabajador con apoyos directos o remisión a otros recursos disponibles (EPS, ONG, etc.).	
	Proporcionar, a través de las áreas de gestión del talento humano o de seguridad y salud en el trabajo, materiales informativos y de consulta sobre temas de salud mental.	
	Organizar campañas informativas sobre los efectos del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas, los beneficios de los hábitos de vida saludable y las estrategias para controlar la ansiedad y el estrés.	
Promoción y prevención	Programar jornadas en las que los trabajadores puedan hablar con sus supervisores y con las directivas sobre sus problemáticas.	Centro de documentación sobre prevención y promoción de la salud mental: https://consaludmental.org/centro-documentacion/
	Realizar evaluaciones preliminares de los riesgos de estrés asociados a cada trabajo antes de asignar personal al mismo y preparar un plan de acción para hacer frente a estos riesgos.	
	Promover programas para mejorar la salud física y mental, favorecer el esparcimiento e incorporar los hábitos de vida saludable en los trabajadores.	
	Favorecer el desarrollo de actividades que permitan reforzar la red de apoyo social.	
	Facilitar espacios y actividades para el aprovechamiento y disfrute del tiempo libre.	
Vigilancia de los entornos	Ofrecer entrenamiento en estrategias de afrontamiento y resiliencia, manejo del estrés y la ansiedad, intervención en crisis, manejo del duelo y prevención del <i>burnout</i> .	Gestión en salud mental: http://www.facso.uchile.cl/psicologia/epe/_documentos/salud_docente/manuel_parra_salud_mental_trabajo.pdf Herramientas para gestionar los riesgos psicosociales: https://www.healthy-workplaces.eu/es
	Identificar los factores de riesgo asociados al padecimiento de trastornos mentales, incluso aquellos que son intrínsecos al ambiente laboral normal.	
	Evaluar posibles riesgos para el bienestar mental de los trabajadores en situaciones de cambio significativo del ambiente y de las condiciones laborales y elaborar un plan de acción para minimizar estos riesgos.	
	Desarrollar una política de cero tolerancia a la discriminación, la violencia y el acoso en el lugar de trabajo, que incluya información clara sobre cómo y dónde buscar ayuda en caso de que se presenten estas situaciones.	
	Poner en práctica procedimientos para el trámite de quejas que garanticen accesibilidad, eficiencia, confidencialidad y resolución durante el proceso.	

3.34 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL TRABAJO

	¿Cómo hacerlo?	¿Dónde encontrar más información?
Detección oportuna de problemas mentales	Definir un programa de detección oportuna de casos de consumo de alcohol o sustancias psicoactivas o de cualquier problema de salud mental, con información que esté disponible para que todos los trabajadores y las directivas puedan hacer uso de ella de manera oportuna y confidencial.	Fichas de prevención de riesgos psicosociales: http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/fichas/Fichas12%20Prevencion%20y%20actuacion%20psicosocial.pdf
	Asegurar que todos los trabajadores saben dónde pueden encontrar ayuda o apoyo si están abusando del alcohol u otras sustancias psicoactivas, si tienen dificultades para dormir o si sienten depresión o ansiedad por problemas personales o laborales.	
	Asesorar e implementar, con ayuda de profesionales, la aplicación de instrumentos de evaluación y detección ante la sospecha de problemas “comunes” de salud mental.	
	Diseñar un sistema de alerta ante entornos laborales que sean considerados “de alto riesgo” por presentar una especial incidencia de trastornos mentales y establecer un procedimiento de actuación conjunta con los profesionales de salud de la propia empresa, las EPS y las ARL.	
Seguimiento y acompañamiento a los casos	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, hasta su reincorporación al trabajo.	Salud mental y empleo: https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-empleo-trabajadores-13400/ https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-empleo-empleadores-13395/ https://consaludmental.org/centro-documentacion/salud-mental-empleo-guia-profesionales-sanitarios-13390/
	Mantener una actitud flexible, conciliadora y de escucha durante el proceso de asistencia clínica de un trabajador.	
	Atender las preferencias del trabajador sobre la(s) persona(s) 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, los cambios en las cargas, puestos y actividades de trabajo que se acuerden con el empleado afectado y sus profesionales tratantes.	
	Resolver o canalizar las inquietudes que los demás trabajadores tengan sobre la reincorporación del trabajador afectado y los cambios que se implementarán.	
	Dialogar con el médico o psicólogo que esté tratando al trabajador, siempre con previo consentimiento de este último.	
	Comunicar al trabajador y a sus supervisores directos aquellas medidas que se pondrán en práctica para facilitar su recuperación.	

3.34 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL TRABAJO

	¿Cómo hacerlo?	¿Dónde encontrar más información?
Inicio, continuación o finalización del tratamiento	Implementar los cambios en el ambiente laboral que el trabajador y sus profesionales tratantes consideren necesarios para su recuperación.	<p>Guía de ayuda a pacientes y familiares para afrontar la depresión: https://consaludmental.org/publicaciones/Afrontarladepresion.pdf</p> <p>Claves en la inserción laboral de personas con enfermedad mental: https://consaludmental.org/centro-documentacion/claves-en-la-insercion-laboral-de-personas-con-enfermedad-mental-6877/</p>
	Aclarar e informar, siempre que sea necesario, las funciones y responsabilidades del empleado afectado, para que los médicos y demás profesionales tratantes puedan disponer de esa información, debatirla con el trabajador y adaptarla si es necesario.	
	Mantener una actitud flexible en cuanto a los cambios que serán necesarios para la recuperación del trabajador, tales como horarios flexibles y graduales, cambios en el puesto de trabajo, adaptación de 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 en la empresa en cuanto al absentismo no autorizado.	
	Garantizar que todo el personal conoce la política de asistencia al trabajo y la normatividad sobre ausencias, permisos e incapacidades, así como los trámites pertinentes ante la empresa, las EPS y las ARL.	
	Evitar la percepción de culpa del trabajador respecto de su situación de salud mental o ante la necesidad de una incapacidad temporal.	
	Ofrecer información al trabajador sobre el apoyo que pueden ofrecerle las dependencias de salud y bienestar de la empresa, así como los servicios de la EPS y la ARL.	
	Mantener al día las afiliaciones y aportes a la EPS y ARL para garantizar la atención oportuna y completa del trabajador durante su recuperación.	
	Mantener contacto directo con el trabajador que está en tratamiento para comunicarle todos los cambios ocurridos en el lugar de trabajo durante su ausencia.	
	Desarrollar un plan de reincorporación que sea ajustado y concertado con cada uno de los trabajadores que se reincorporan al trabajo después de una crisis mental.	
Compartir todos los informes y reportes sobre su estado de salud y avance del tratamiento con el trabajador afectado, sus supervisores directos y el equipo de salud y bienestar de la empresa, siempre que el trabajador así lo autorice.		

3.34 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL TRABAJO

	¿Cómo hacerlo?	¿Dónde encontrar más información?
Retorno al trabajo y prevención de recaídas	Organizar una reunión con el trabajador antes de su reincorporación, para acordar con él un plan de retorno al trabajo.	<p>Salud mental en el puesto de trabajo: https://consaludmental.org/centro-documentacion/mental-health-workplace-4608/</p> <p>Programas de trabajo para personas con trastorno mental: https://consaludmental.org/centro-documentacion/guia-desarrollo-programas-empleo-con-apoyo-2673/</p> <p>El apoyo familiar para la integración laboral de las personas con enfermedad mental: https://consaludmental.org/centro-documentacion/apoyo-familiar-integracion-laboral-salud-mental-2445/</p>
	Acordar los cambios que será necesario implementar en el espacio de trabajo, especialmente respecto a las funciones y responsabilidades.	
	Comprender las expectativas del trabajador sobre su reincorporación al trabajo y brindar claridad sobre la factibilidad de las mismas.	
	Explicar al trabajador los cambios que se introducirán en la jornada laboral, especialmente en lo que respecta a la flexibilización del horario, la reincorporación por etapas y las responsabilidades asociadas.	
	Acordar con la persona afectada y su equipo tratante la revisión periódica del plan de reincorporación para evaluar su progreso y hacer los ajustes necesarios.	
	Pedir asesoría a los profesionales de salud y bienestar de la empresa, la EPS y la ARL, para definir las funciones del trabajador y los cambios que serán necesarios durante su reincorporación.	
	Garantizar que los compañeros de trabajo de la persona afectada estén informados de su reincorporación y de los ajustes que se llevarán a cabo.	
	Gestionar la carga de trabajo de la persona afectada antes que vuelva a trabajar.	
	Restablecer la zona de trabajo a su estado original si esta ha sido utilizada por otra persona.	
	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.	
	Explicar al trabajador quién ha asumido sus tareas, cuáles han quedado pendientes y cómo se han cumplido sus responsabilidades.	
	Mantener una actitud abierta y de escucha frente a las propuestas del trabajador para tratar los aspectos laborales que puedan obstaculizar la reincorporación o favorecer sus recaídas.	
	Identificar los apoyos familiares y la red de apoyo del trabajador afectado.	

3.34 PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL EN EL TRABAJO

Tabla 4. Signos y señales de alerta de los trastornos y efectos mentales

Trastorno /efecto mental	Señales de alerta
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> • 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 sin causa física definida (por ejemplo, dolores y malestares, palpitaciones, aletargamiento). • Dificultades para llevar a cabo actividades sociales y laborales.
Psicosis	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta anormal o desorganizada (por ejemplo, lenguaje incoherente o sin sentido, apariencia inusual o descuidada, abandono de sí mismo). • Ideas delirantes (una creencia falsa sostenida con firmeza o sospechas injustificadas). • Alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no existen). • Descuido de las responsabilidades habituales relacionadas con el trabajo. • Síntomas maníacos (varios días de estar anormalmente contento, con demasiada energía, hablando en exceso, muy irritable, con falta de sueño, con comportamiento temerario).
Trastornos por abuso de alcohol y sustancias psicoactivas	<ul style="list-style-type: none"> • Parece estar bajo la influencia del alcohol (por ejemplo, olor a alcohol, parece estar ebrio, con resaca). • Se presenta con una lesión física. • Síntomas asociados con el consumo de alcohol (por ejemplo: insomnio, fatiga, anorexia, náuseas, vómito, indigestión, diarrea, dolores de cabeza). • Dificultades para llevar a cabo actividades sociales y laborales. • Parece estar afectado por las drogas (por ejemplo: falta de energía, agitación, inquietud, lenguaje mal articulado). • Señales de consumo de drogas (marcas de inyección, infecciones en la piel, apariencia descuidada). • Solicitud de prescripciones para medicamentos sedantes (pastillas para dormir, opioides). • Dificultades financieras o problemas legales relacionados con delitos.
Suicidio	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio. • Historia de pensamientos, planes o actos de autolesión o suicidio.

Tomado y adaptado de OMS. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, 2011.

4. GLOSARIO

Acoso laboral: toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado / trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo o inducir la renuncia del mismo (Ley 1010 de 2006).

Actividad física: se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (OMS, s.f.).

Actividad física intensa: actividad que requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca. Se consideran ejercicios vigorosos: ascender a paso rápido o trepar por una ladera, desplazamientos rápidos en bicicleta, aeróbicos, natación rápida, deportes y juegos competitivos (p. ej., juegos tradicionales, fútbol, voleibol, hockey, baloncesto), trabajo intenso con pala o excavación de zanjas, desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg) (OMS, s.f.).

Actividad física moderada: actividad que acelera de forma perceptible el ritmo cardiaco. Son ejemplos de ejer-

4. GLOSARIO

cicio moderado: caminar a paso rápido, bailar, jardinería, tareas domésticas, caza y recolección tradicionales, participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos; trabajos de construcción general (p. ej., hacer tejados, pintar), desplazamiento de cargas moderadas (< 20 kg) (OMS, s.f.).

Actor involucrado: persona, grupo de personas, áreas o instituciones que tienen la posibilidad de realizar o que se beneficia de alguna de las actividades descritas en la acción.

Adaptación laboral: proceso de ajuste entre las capacidades del individuo y los requerimientos de desempeño (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Alimentación saludable: Una alimentación saludable es aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, asegurar la reproducción, la gestación y la lactancia, y que promueve un crecimiento y desarrollo óptimos. Debe ser satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible (Basulto y Caorsi, 2013).

Alta dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

Amenaza: peligro latente de que un evento físico de origen natural, o causado, o inducido por la acción humana de manera accidental, se presente con una severidad suficiente para causar pérdida de vidas, lesiones u otros impactos en la salud, así como también daños y pérdidas en los bienes, la infraestructura, los medios de sustento, la prestación de servicios y los recursos ambientales (Decreto 1072 de 2015).

Ampliación en el puesto de trabajo: es una redistribución de las tareas entre puestos, de manera que en cada uno de ellos sea mayor la variedad de tareas, sin que ello comporte un aumento de la carga de trabajo desde el punto de vista cuantitativo (de Arquer, 1997).

Ampliación vertical: la redistribución de las tareas exigen la aplicación de conocimientos y habilidades de mayor nivel y, como consecuencia, proporcionando mayor autonomía y responsabilidad en cuanto a la planificación, control y método de trabajo (de Arquer, 1997).

Andragogía: conjunto de las técnicas de enseñanza orientadas a educar personas adultas.

Apoyo social: las relaciones interpersonales que establecen las personas en los distintos ambientes en los que opera (familiar, laboral) se configuran en elementos importantes en cuanto que cumplen una serie de funciones que, en última instancia, van a determinar la existencia de problemas o, por el contrario, de satisfacción (Pérez y Martín, 1997).

Apoyo social emocional: es un tipo de apoyo y comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza; parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes (Pérez y Martín, 1997).

Apoyo social informativo: se refiere a la información que se ofrece a las personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo (Pérez y Martín, 1997).

Apoyo social instrumental: cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo; es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas (Pérez y Martín, 1997).

Asertividad: habilidad para expresar los pensamientos, sentimientos y percepciones, y elegir cómo reaccionar y sostener los propios derechos cuando es apropiado (Elizondo 2000, citado por Gaeta y Galvanovskis, 2009). Actuar asertivamente significa hacer valer los derechos, expresando lo que uno cree, siente y quiere en forma directa, honesta y de manera apropiada, respetando los derechos de las otras personas (Jakubowski y Lange, 1978, citados por Flores, 2002).

Assessment center: técnica de valoración situacional de carácter grupal, utilizada con frecuencia en procesos de selección de personal.

Atención Primaria en Salud (APS): definida como la asistencia sanitaria esencial basada en tecnologías y métodos prácticos, científicamente fundados 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 (OMS, 1978).

Biofeedback o bio retroalimentación: Método utilizado para lograr que un individuo tenga control sobre sus procesos corporales. Comprende una variedad de técnicas que proporcionan a la persona retroalimentación biofisiológica acerca de algunos de sus procesos fisiológicos de los cuales habitualmente no se percata (Taylor, 2007).

4. GLOSARIO

Capacidad funcional: conjunto de destrezas individuales que permiten el adecuado desarrollo de una actividad determinada (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Capacitación: adquisición sistemática de actitudes, conceptos, conocimientos, roles o habilidades con los que se obtiene una mejoría del desempeño del trabajo (Carnevale y Goldstein, 1991). La capacitación está dirigida a elevar los niveles de competencia de las personas para el desempeño de las labores relacionadas con el proceso de producción de determinados bienes o servicios, para la gestión de ese mismo proceso, y para las tareas que implica su propio bienestar y desarrollo. Las técnicas de capacitación no solamente incluyen las tradicionales de tipo presencial como cursos, talleres, seminarios, etc., sino también las que han sido desarrolladas más recientemente, como las técnicas derivadas a partir de la educación a distancia (Cinterfor / OIT, 1996).

Ciclo PHVA: procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos: (i) Planificar: se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y la salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas. (ii) Hacer: implementación de las medidas planificadas. (iii) Verificar: Revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados. (iv) Actuar: realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y la salud de los trabajadores (Decreto 1072 de 2015).

Competencia: combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoin y Vargas, 2002).

Comunicación formal: es la que se da a través de las fuentes o canales oficiales de la organización (Andrade, 2005).

Comunicación paraverbal: hace referencia a las variaciones en el uso de la voz. Es la manera en la que se dicen las cosas introduciendo matices y entonaciones mientras se habla.

Comunicación vertical (ascendente y descendente): la comunicación vertical es la que se da entre los diferentes niveles jerárquicos de la organización; es ascendente cuando la información sube de un nivel de información a otro superior, y es descendente cuando baja (sentido opuesto) (Alvarez, 2014).

Condiciones de salud: conjunto de variables objetivas y de autorreporte de condiciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales que determinan el perfil socio-demográfico y de morbilidad de la población trabajadora (Decreto 1072 de 2015).

Condiciones de trabajo: aspectos intralaborales, extralaborales e individuales que están presentes al realizar una labor encaminada a la producción de bienes, servicios o conocimientos (Resolución 2646 de 2008).

Condiciones y medio ambiente de trabajo: aquellos elementos, agentes o factores que tienen influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores, quedan específicamente incluidos en esta definición; entre otros: a) las características generales de los locales, instalaciones, máquinas, equipos, herramientas, materias primas, productos y demás útiles existentes en el lugar de trabajo; b) los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en el ambiente de trabajo y sus correspondientes intensidades, concentraciones o niveles de presencia; c) los procedimientos para la utilización de los agentes citados en el apartado anterior, que influyan en la generación de riesgos para los trabajadores y; d) la organización y ordenamiento de las labores, incluidos los factores ergonómicos o biomecánicos y psicosociales (Decreto 1072 de 2015).

Consejería o *counseling*: se refiere a la orientación que un profesional (psicólogo, trabajador social, psiquiatra, abogado, etc.), puede proporcionar a otra persona que manifieste confusión, desorientación, sobrecarga o tensión emocional, para facilitarle un proceso de tipo cognitivo-emocional con la finalidad de promover el entendimiento y la resolución de situaciones problemáticas, la movilización de recursos (personales y ambientales) para enfrentar las situaciones y la elaboración de nuevas alternativas ante situaciones que puedan generar distrés (Dietrich, 1986).

Control sobre el trabajo (dominio de): posibilidad que el trabajo ofrece al individuo para influir y tomar decisiones sobre los diversos aspectos que intervienen en su realización. La iniciativa y autonomía, el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, la participación y manejo del cambio, la claridad de rol y la capacitación, son aspectos que le dan al individuo la posibilidad de influir sobre su trabajo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Crisis: estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, 1988).

4. GLOSARIO

Debriefing: técnica grupal o individual que ayuda a elaborar los acontecimientos y experiencias vividas en la situación de emergencia o desastre (Santacruz, 2008).

Demandas del trabajo (dominio de): se refieren a las exigencias que el trabajo impone al individuo; pueden ser de diversa naturaleza, como cuantitativas, cognitivas o mentales, emocionales, de responsabilidad, del ambiente físico laboral y de la jornada de trabajo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

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.).

Desastre: resultado que se desencadena de la manifestación de uno o varios eventos naturales o antropogénicos no intencionales que al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en las personas, los bienes, la infraestructura, los medios de subsistencia, la prestación de servicios o los recursos ambientales, causa daños o pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales, generando una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad, que exige del Estado y del sistema nacional ejecutar acciones de respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, s.f.).

Desensibilización sistemática: método terapéutico cuya finalidad es conseguir que desaparezca una sensibilidad anormal, causa de malestar ante ciertos agentes, que, en sí mismos, suelen ser tolerados sin dificultad por la mayoría de las personas (Saz, 2006).

Desprotección laboral: toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del trabajador mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el trabajador (Ley 1010 de 2006).

Dimensión: agrupación de condiciones psicosociales que constituyen un solo factor. El modelo conceptual de la *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* contempla 19 dimensiones de factores intralaborales y siete dimensiones de factores extralaborales (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de capacitación: actividades de inducción, entrenamiento y formación que la organización brinda al trabajador con el fin de desarrollar y fortalecer sus

conocimientos y habilidades (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de características del liderazgo: atributos de la gestión de los jefes inmediatos en relación con la planificación y asignación del trabajo, consecución de resultados, resolución de conflictos, participación, motivación, apoyo, interacción y comunicación con sus colaboradores (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de características de la vivienda y de su entorno: condiciones de infraestructura, ubicación y entorno de las instalaciones físicas del lugar habitual de residencia del trabajador y de su grupo familiar (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de claridad de rol: es la definición y comunicación del papel que se espera que el trabajador desempeñe en la organización, específicamente en torno a los objetivos del trabajo, las funciones y resultados, el margen de autonomía y el impacto del ejercicio del cargo en la empresa (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de comunicación y relaciones interpersonales: cualidades que caracterizan la comunicación e interacciones del individuo con sus allegados y amigos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de consistencia de rol: se refiere a la compatibilidad o consistencia entre las diversas exigencias relacionadas con los principios de eficiencia, calidad técnica y ética, propios del servicio o producto, que tiene un trabajador en el desempeño de su cargo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de control y autonomía sobre el trabajo: se refiere al margen de decisión que tiene un individuo sobre aspectos como el orden de las actividades, la cantidad, el ritmo, la forma de trabajar, las pausas durante la jornada y los tiempos de descanso (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas ambientales y de esfuerzo físico: condiciones del lugar de trabajo y de la carga física que involucran las actividades que se desarrollan, que bajo ciertas circunstancias exigen del individuo un esfuerzo de adaptación. Las demandas de esta dimensión son condiciones de tipo físico (ruido, ilumina-

4. GLOSARIO

ción, temperatura, ventilación), químico, biológico (virus, bacterias, hongos o animales), de diseño del puesto de trabajo, de saneamiento (orden y aseo), de carga física y de seguridad industrial (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas cuantitativas: son las exigencias relativas a la cantidad de trabajo que se debe ejecutar, en relación con el tiempo disponible para hacerlo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de carga mental: las exigencias de carga mental se refieren a las demandas de procesamiento cognitivo que implica la tarea y que involucra procesos mentales superiores de atención, memoria y análisis de información para generar una respuesta. La carga mental está determinada por las características de la información (cantidad, complejidad y detalle) y los tiempos de que se dispone para procesarla (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de la jornada de trabajo: las demandas de la jornada de trabajo son las exigencias del tiempo laboral que se hacen al individuo en términos de la duración y el horario de la jornada, así como de los periodos destinados a pausas y descansos periódicos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas emocionales: situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador. La exposición a las exigencias emocionales demandan del trabajador habilidad para: a) entender las situaciones y sentimientos de otras personas y b) ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios con el fin de no afectar el desempeño de la labor (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda: son las condiciones en que se realiza el traslado del trabajador desde su sitio de vivienda hasta su lugar de trabajo y viceversa. Comprende la facilidad, la comodidad del transporte y la duración del recorrido (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de exigencias de responsabilidad del cargo: las exigencias de responsabilidad directa en el trabajo hacen alusión al conjunto de obligaciones implícitas en el desempeño de un cargo, cuyos resultados no pueden ser transferidos a otras

personas. En particular, esta dimensión considera la responsabilidad por resultados, dirección, bienes, información confidencial, salud y seguridad de otros, que tienen un impacto importante en el área (sección), en la empresa o en las personas. Adicionalmente, los resultados frente a tales responsabilidades están determinados por diversos factores y circunstancias, algunas bajo el control y otras fuera del control del trabajador (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del entorno extralaboral en el trabajo: corresponde al influjo de las exigencias de los roles familiares y personales en el bienestar y en la actividad laboral del trabajador (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral: condición que se presenta cuando las exigencias de tiempo y esfuerzo que se hacen a un individuo en su trabajo, impactan su vida extralaboral (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos: se refiere a la posibilidad que el trabajo le brinda al individuo de aplicar, aprender y desarrollar sus habilidades y conocimientos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de participación y manejo del cambio: se entiende como el conjunto de mecanismos organizacionales orientados a incrementar la capacidad de adaptación de los trabajadores a las diferentes transformaciones que se presentan en el contexto laboral. Entre estos dispositivos organizacionales se encuentran la información (clara, suficiente y oportuna) y la participación de los empleados (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza: se refieren al sentimiento de orgullo y a la percepción de estabilidad laboral que experimenta un individuo por estar vinculado a una organización, así como el sentimiento de autorrealización que experimenta por efectuar su trabajo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de reconocimiento y compensación: es el conjunto de retribuciones que la organización le otorga al trabajador en contraprestación al esfuerzo realizado en el trabajo. Estas retribuciones corresponden al reconocimiento, remunera-

4. GLOSARIO

ción económica, acceso a los servicios de bienestar y posibilidades de desarrollo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de relación con los colaboradores (subordinados): trata de los atributos de la gestión de los subordinados en relación con la ejecución del trabajo, consecución de resultados, resolución de conflictos y participación. Además, se consideran las características de interacción y formas de comunicación con la jefatura (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de relaciones familiares: propiedades que caracterizan las interacciones del individuo con su núcleo familiar (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de relaciones sociales en el trabajo: son las interacciones que se establecen con otras personas en el trabajo, particularmente en lo referente a:

- La posibilidad de establecer contacto con otros individuos en el ejercicio de la actividad laboral.
- Las características y calidad de las interacciones entre compañeros.
- El apoyo social que se recibe de compañeros.
- El trabajo en equipo (entendido como el emprender y realizar acciones que implican colaboración para lograr un objetivo común).
- La cohesión (entendida como la fuerza que atrae y vincula a los miembros de un grupo, cuyo fin es la integración) (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de retroalimentación del desempeño: describe la información que un trabajador recibe sobre la forma como realiza su trabajo. Esta información le permite identificar sus fortalezas y debilidades y tomar acciones para mantener o mejorar su desempeño (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de situación económica del grupo familiar: trata de la disponibilidad de medios económicos para que el trabajador y su grupo familiar atiendan sus gastos básicos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de tiempo fuera del trabajo: se refiere al tiempo que el individuo dedica a actividades diferentes a las laborales, como descansar, compartir con familia y amigos, atender responsabilidades personales o domésticas, realizar actividades

de recreación y ocio (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Discriminación laboral: todo trato diferenciado por razones de raza, género, origen familiar o nacional, credo religioso, preferencia política o situación social o que carezca de toda razonabilidad desde el punto de vista laboral (Ley 1622 de 2013).

Dominio: conjunto de dimensiones que conforman un grupo de factores psicosociales. El modelo conceptual de la *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* reconoce cuatro dominios de factores psicosociales intralaborales: demandas de trabajo, control sobre el trabajo, liderazgo y relaciones sociales en el trabajo y recompensa (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Duelo: concepto universal connatural al sufrimiento emocional que precisa de un proceso de elaboración, cuya intensidad, duración y repercusión en la vida del sujeto involucrado dependen de sus características de personalidad y son determinadas por la dimensión de la pérdida y de la representación simbólica y significado para quien lo vive (García-Campayo *et al.*, 2012).

Efectividad: logro de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo con la máxima eficacia y la máxima eficiencia (Decreto 1072 de 2015).

Eficacia: es la capacidad de alcanzar el efecto que se espera o se desea tras la realización de una acción (Decreto 1072 de 2015).

Eficiencia: relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados (Decreto 1072 de 2015).

Ejercicio: es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía (OMS, s.f.).

Elaboración del duelo: serie de procesos psicológicos que conducen a aceptar la nueva realidad del sujeto (García-Campayo *et al.*, 2012).

4. GLOSARIO

Emergencia: es aquella situación de peligro o desastre o la inminencia del mismo, que afecta el funcionamiento normal de la empresa. Requiere de una reacción inmediata y coordinada de los trabajadores, brigadas de emergencias y primeros auxilios y en algunos casos de otros grupos de apoyo, dependiendo de su magnitud (Decreto 1072 de 2015).

Enriquecimiento de puesto de trabajo: mejora del contenido de los puestos de trabajo como medio de satisfacer a la vez las necesidades de crecimiento y desarrollo de la empresa y de las personas que la integran (de Arquer, 1997).

Entorpecimiento laboral: toda acción tendiente a obstaculizar el cumplimiento de la labor o hacerla más gravosa o retardarla con perjuicio para el trabajador o empleado. Constituyen acciones de entorpecimiento laboral, entre otras, la privación, ocultación o inutilización de los insumos, documentos o instrumentos para la labor, la destrucción o pérdida de información, el ocultamiento de correspondencia o mensajes electrónicos (Ley 1010 de 2006).

Entrenamiento: optimización sistemática de la competencia de acción específica de unas exigencias que posee una persona o un grupo (Nitsch *et al.*, 2002).

Equidad: distribución de los recursos de acuerdo a las necesidades en salud de los grupos de población.

Estrés: respuesta de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, en su intento de adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales (Resolución 2646 de 2008).

Evaluación del riesgo: proceso para determinar el nivel de riesgo asociado al nivel de probabilidad de que dicho riesgo se concrete, y al nivel de severidad de las consecuencias de esa concreción (Decreto 1072 de 2015).

Evento catastrófico: acontecimiento imprevisto y no deseado que altera significativamente el funcionamiento normal de la empresa, implica daños masivos al personal que labora en las instalaciones, la parálisis total de las actividades de la empresa o una parte de ella y que afecta a la cadena productiva, o genera destrucción parcial o total de una instalación (Decreto 1072 de 2015).

Experto: psicólogo con posgrado en seguridad y salud en el trabajo, con licencia vigente de prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo (Resolución 2646 de 2008).

Factores de riesgo: condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (OMS, s.f.).

Factores de riesgo psicosocial: condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo (Resolución 2646 de 2008).

Factores psicosociales protectores o benéficos: condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador (Resolución 2646 de 2008).

Formación: conjunto de acciones orientadas a generar cambios en la actuación laboral de los empleados, la definición implica que los trabajadores dominen los cometidos, competencias y tareas que afrontan en el lugar de trabajo en el sentido de que formarse es una apuesta a completarse a sí mismo en el lugar de trabajo (Avallone, 1989, citado por Llorens-Gumbau, s.f.).

Grupos focales: grupo en el que se promueve la discusión organizada sobre una temática específica en la que se desea profundizar. Permite acercarse a la vivencia y percepción de los participantes a través del discurso e interacción que se establece entre ellos (argumentaciones, interpelaciones y contra argumentaciones) (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Identificación del peligro: proceso para establecer si existe un peligro y definir las características de este (Decreto 1072 de 2015).

Indicador: expresión cuantitativa o cualitativa del comportamiento o el desempeño.

Indicadores de estructura: medidas verificables de disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender demandas en seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de proceso: medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión (Decreto 1072 de 2015).

4. GLOSARIO

Inducción: constituye el principal método de aculturación de los nuevos participantes en las prácticas corrientes de la organización. El programa de integración busca que el nuevo participante asimile de manera intensiva y rápida, en situación real o de laboratorio, la cultura de la organización, y se comporte de ahí en adelante como miembro que viste definitivamente la camiseta de la organización (Chiavenato, 2009).

Inequidad laboral: asignación de funciones a menosprecio del trabajador (Ley 1010 de 2006).

Inoculación del estrés: es un procedimiento cognitivo-conductual para reducir el estrés, que implica la adquisición de destrezas de afrontamiento y el ensayo de las mismas.

Intervención en crisis: estrategia que toma lugar en el momento de una desorganización grave resultado de una crisis. Las estrategias de la intervención en crisis tienen dos aspectos: 1) ayuda psicológica inmediata (primeros auxilios psicológicos), proporcionada por los individuos más cercanos al suceso; y 2) la terapia breve para crisis, proporcionada por asesores entrenados y terapeutas (Slaikeu, 1988).

Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo (dominio de): el liderazgo alude a un tipo particular de relación social que se establece entre los superiores jerárquicos y sus colaboradores, y cuyas características influyen en la forma de trabajar y en el ambiente de relaciones de un área. El concepto de relaciones sociales en el trabajo indica la interacción que se establece con otras personas en el contexto laboral y abarca aspectos como la posibilidad de contacto, las características de las interacciones, los aspectos funcionales de las interacciones como la retroalimentación del desempeño, el trabajo en equipo y el apoyo social, y los aspectos emocionales, como la cohesión (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Luto: proceso mediante el que se resuelve el duelo; representa los aspectos sociales y antropológicos del duelo (García-Campayo, 2012).

Maltrato laboral: todo acto de violencia contra la integridad física o moral, la libertad física o sexual y los bienes de quien se desempeña como empleado o trabajador; toda expresión verbal injuriosa o ultrajante que lesione la integridad moral o los derechos a la intimidad y al buen nombre de quienes participen en una relación de trabajo de tipo laboral o todo comportamiento tendiente a menosca-

bar la autoestima y la dignidad de quien participe en una relación de trabajo de tipo laboral (Ley 1010 de 2006).

Mejora continua: proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para lograr mejoras en el desempeño en este campo, de forma coherente con la política de seguridad y salud en el trabajo (SST) de la organización (Decreto 1072 de 2015).

Mitigación del riesgo: medidas de intervención prescriptiva o correctiva dirigidas a reducir o disminuir los daños y pérdidas que se puedan presentar a través de reglamentos de seguridad y proyectos de inversión pública o privada cuyo objetivo es reducir las condiciones de amenaza, cuando sea posible, y la vulnerabilidad existente (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, s.f.).

Pausas en el trabajo: son cortos periodos de tiempo durante la propia jornada de trabajo, que hacen posible que el descanso pueda desarrollarse de manera salu- dable y eficiente (Nogareda y Bestratén, 2011).

Peligro: fuente, situación o acto con potencial de causar daño en la salud de los trabajadores, en los equipos o en las instalaciones (Decisión 584 de 2004, CAN).

Persecución laboral: toda conducta cuyas características de reiteración o evidente arbitrariedad permitan inferir el propósito de inducir la renuncia del empleado o trabajador, mediante la descalificación, la carga excesiva de trabajo y cambios permanentes de horario que puedan producir desmotivación laboral (Ley 1010 de 2006).

Población objeto: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales, a quien(es) se dirige la acción propuesta con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

Política de seguridad y salud en el trabajo: es el compromiso de la alta dirección de una organización con la seguridad y la salud en el trabajo, expresadas formalmente, que define su alcance y compromete a toda la organización (Decisión 584 de 2004, CAN).

Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o trastorno de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad (OMS, 1998).

4. GLOSARIO

Prevención secundaria: medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o trastorno de salud ya presente en un individuo, mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Tiene por objetivos atender, limitar o controlar la enfermedad, es decir reducir la prevalencia de la enfermedad (OMS, 1998).

Prevención terciaria: medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de secuelas de una enfermedad o trastorno de salud. Tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la persona enferma, refuncionalizar y revitalizar (OMS, 1998).

Primeros auxilios psicológicos: abarcan la asistencia inmediata y pretenden de manera primordial proporcionar o reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda. Aún más, esto puede y debería ejecutarse por parte de las personas que perciban la necesidad primero, en el momento y lugar en que aquella surge (Slaikeu, 1988). También se refiere al conjunto de acciones que tienen por propósito brindar apoyo a una persona que ha vivido un acontecimiento traumático o catastrófico y que está tan afectada que no puede ocuparse de sí misma o de sus deberes, o que puede hacerse daño a sí misma o a otros.

Procrastinar: prorrogar o aplazar el cumplimiento de una obligación o el desarrollo de una actividad. Cuando esta conducta es habitual puede constituirse en el el síntoma de un trastorno del comportamiento que podría requerir atención psicológica.

Promoción de la salud: actividades que tienen por objeto promover actitudes, conductas y comportamientos para que las personas orienten su forma de vida hacia un estado óptimo de salud. Los programas de alimentación saludable, actividad física y ejercicio son ejemplo de actividades de promoción encaminadas a mantener y mejorar las condiciones de salud (OMS, 1998).

Psicoeducación: hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico y 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, a fin de evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo (Alcántara-Chabelas, 2013).

Reacción a estrés agudo: trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. Utilizado como categoría diagnóstica en la CIE 10 (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

Recaída: síntomas que emergen nuevamente o empeoran antes de que se haya logrado la recuperación (Bohórquez-Peñaranda *et al.*, 2013).

Recompensas (dominio de): este término trata de la retribución que el trabajador obtiene a cambio de sus contribuciones o esfuerzos laborales. Este dominio comprende diversos tipos de retribución: la financiera (compensación económica por el trabajo), de estima (compensación psicológica, que comprende el reconocimiento del grupo social y el trato justo en el trabajo) y de posibilidades de promoción y seguridad en el trabajo. Otras formas de retribución que se consideran en este dominio comprenden las posibilidades de educación, la satisfacción y la identificación con el trabajo y con la organización (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 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).

Recuperación: estado asintomático o con signos y síntomas mínimos, pero con recuperación funcional total (Bohórquez-Peñaranda *et al.*, 2013). También comprende las acciones para el restablecimiento de las condiciones normales de vida mediante la rehabilitación, reparación o reconstrucción del área afectada, los bienes y servicios interrumpidos o deteriorados y el restablecimiento e impulso del desarrollo económico y social de la comunidad. La recuperación tiene como propósito central evitar la reproducción de las condiciones de riesgo preexistentes en el área o sector afectado (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, s.f.).

Recurrencia: reactivación de los síntomas tras un período de recuperación (Bohórquez-Peñaranda *et al.*, 2013).

Reducción del riesgo: Es el proceso de la gestión del riesgo, está compuesto por la intervención dirigida a modificar o disminuir las condiciones de riesgo existentes (mitigación del riesgo), y a evitar nuevo riesgo en el territorio (prevención del riesgo).

4. GLOSARIO

Son medidas de mitigación y prevención que se adoptan con antelación para reducir la amenaza, la exposición y para disminuir la vulnerabilidad de las personas, los medios de subsistencia, los bienes, la infraestructura y los recursos ambientales, para evitar o minimizar los daños y pérdidas en caso de producirse los eventos físicos peligrosos. La reducción del riesgo la componen la intervención correctiva del riesgo existente, la intervención prospectiva de nuevo riesgo y la protección financiera (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, s.f.).

Rehabilitación: conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario 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, su entorno, que le permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida (Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Reintegro laboral con modificaciones: cuando el trabajador requiere, para su desempeño en el mismo puesto de trabajo, 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).

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).

Remisión: estado sin síntomas ni signos, o con mínima intensidad, sin recuperación funcional total (Bohórquez-Peñaranda *et al.*, 2013).

Resiliencia: capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante (Forés y Grané, 2008; Rutter, 1993).

Reubicación laboral definitiva: En aquellos casos en los que la capacidad residual del individuo 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).

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).

Riesgo: combinación de la probabilidad de que ocurra una o más exposiciones o eventos peligrosos y la severidad del daño que puede ser causada por estos (Decreto 1072 de 2015).

Rotación de puestos de trabajo: estrategia de organización del trabajo que comprende a varios trabajadores que se intercambian sus puestos de trabajo periódicamente; se han puesto en marcha para combatir la falta de variedad en el trabajo y los consiguientes sentimientos negativos de aburrimiento y monotonía que ella comporta, así como para disminuir la exposición a condiciones peligrosas y fatigantes (de Arquer y Oncis de Frutos, 1997).

Sensibilización: proceso de comunicación e interacción que da poder de participación a las personas; puede sentar las bases de relaciones y asociaciones a largo plazo que permitan una toma de decisiones en base a un nivel mayor de información (Tesaurus OIT, s.f.).

Síndrome de *burnout*: patología derivada de un estrés crónico, con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, que surge de la interacción entre el contexto laboral y las características de la persona; se caracteriza por cansancio físico o psicológico, sensación de no poder dar más de sí mismo (agotamiento emocional), actitud fría y despersonalizada en relación con los demás (despersonalización) y sentimientos de bajo logro personal y profesional (Martínez, 2010).

Tarea: una unidad de trabajo con un principio y un fin claramente definido, realizada por un individuo para conseguir las metas de un puesto de trabajo (Fernandez-Ríos, 1995).

Teletrabajador: persona que el marco de una relación laboral dependiente, utiliza las tecnologías de la información y comunicación como medio o fin para realizar

4. GLOSARIO

su actividad laboral fuera del local del empleador, en cualquiera de las formas definidas por la ley (Decreto 884 de 2012).

Teletrabajo: forma de organización laboral que, en el marco de un contrato de trabajo o de una relación laboral dependiente, consiste en el desempeño de actividades remuneradas utilizando como soporte las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el contacto entre el trabajador y empleador, sin requerirse la presencia física del trabajador en un sitio específico de trabajo (Decreto 884 de 2012).

TIC: tecnologías de la información y la comunicación; conjunto de tecnologías desarrolladas para gestionar información y comunicarla (incluye las tecnologías para almacenar, recuperar y enviar o recibir información).

Trabajo por turnos: trabajo que se realiza permanente o frecuentemente fuera de las horas de trabajo regulares diurnas (Knauth, s.f.).

Trastorno de estrés post-traumático: trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen) (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

Trastorno por estrés agudo: trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo (sin otro trastorno mental aparente), como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. Es utilizado como categoría diagnóstica en el DSM V (Organización Panamericana de la Salud, 1995).

Triangulación: forma de aproximarse a una situación o fenómeno en estudio, que busca obtener información de diversas fuentes o métodos de recolección de datos, con el fin de comprender mejor la situación que se evalúa (Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Violencia laboral: toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma (OIT, 2012).

Vulnerabilidad: susceptibilidad o fragilidad física, económica, social, ambiental o institucional que tiene un individuo o comunidad de ser afectada o de sufrir efectos adversos en caso de que un evento físico peligroso se presente. Corresponde a la predisposición a sufrir pérdidas o daños de seres humanos y sus medios de subsistencia, así como de sus sistemas físicos, sociales, económicos y de apoyo que pueden ser afectados por eventos físicos peligrosos (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, s.f.).

5. BIBLIOGRAFÍA

- Abbe, O. O., Harvey, C. M., Ikuma, L. H. y Aghazadeh, F. (2011). Modeling the relationship between occupational stressors, psychosocial / physical symptoms and injuries in the construction industry. *International Journal of Industrial Ergonomics* 41 (2): 106-117.
- Acosta, H., Cruz-Ortiz, V., Salanova, M. y Llorens, S. (2015). Healthy organization: analysing its meaning based on the HERO Model / Organizaciones saludables: analizando su significado desde el Modelo HERO. *Revista de Psicología Social* 30 (2): 323-350.
- Acosta, H., Salanova, M. y Llorens, S. (2011). ¿Qué prácticas organizacionales saludables son más frecuentes en las empresas? Un análisis cualitativo. *Fòrum de Recerca*: 811-825.
- Acosta, H., Torrente, P., Llorens, S. y Salanova, M. (2013). Prácticas organizacionales saludables: un análisis exploratorio de su impacto relativo sobre el engagement con el trabajo. *Revista de Peruana de Psicología y Trabajo Social* 2 (1): 107-120.
- Acosta, J. M. (2009). Gestión eficaz del tiempo y control del estrés. Madrid: ESIC.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2003). Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/309>
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2003). Trabajemos contra el estrés: Prevención de riesgos psicosociales y estrés laboral en la práctica. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/104>
- Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Eds.). (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Plan Nacional para el SNS del MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Comunidad de Madrid, España. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf
- Aja Eslava, L. (2009). Intervención en crisis. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Alcántara-Chabelas, H., Casanova-Rodas, L., Hernández-Durán, V., Rascón-Gasca, M. y Sampedro-Santos, A. (2013). Guía psicoeducativa para el personal de salud que brinda atención a familiares y personas con trastornos mentales. México D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Alfaro, R. (2005). Enriquecimiento del puesto como motivador para lograr un mejor desempeño laboral. Tesina. México: Universidad Autónoma Metropolitana (UAM). Disponible en: <http://tesiuami.izt.uam.mx/uam/aspuam/presentatesis.php?recno=12106&docs=UAMI12106.PDF>
- Álvarez, C. (2014). Turnos de trabajo. ¿Cómo organizarlos? España: Bubok Publishing S. L.
- American Psychological Association. El camino a la resiliencia. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Amponsah-Tawiah, K., Leka, S., Jain, A., Hollis, D. y Cox, T. (2014). The impact of physical and psychosocial risks on employee well-being and quality of life: The case of the mining industry in Ghana. *Safety Science* 65: 23-35.
- Andrade, H. (2005). Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica. España: Gesbiblo.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Arenas, B. y Bestratén, M. (2006). NTP 745: Nueva cultura de empresa y condiciones de trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_745.pdf
- Armadans, I., Ferrer, R. y Manzano, J. (2010). Evaluación de riesgos psicosociales del profesor universitario: una propuesta de intervención para las organizaciones docentes. Cámara de Comercio e Industria de Zaragoza. Disponible en: <http://www.camarazaragoza.com/prevencion/docs/publicaciones/documentopublicaciones32.pdf>
- Ariza, J. A. (2002). Conciliación de la vida privada y la actividad profesional: la alternativa del teletrabajo. *Revista de Fomento Social* 57: 629-652.
- Astudillo, P., Alarcón, A. y Lema, M. (2009). Protectores de estrés laboral: percepción del personal de enfermería y médicos. *Ciencia y Enfermería* 15 (3): 111-122.
- Attridge, M., Amaral, T., Bjornson, T., Goplerud, E., Herlihy, P., McPherson, T., ... y Teems, L. (2009). EAP services, programs and delivery channels. Employee Assistance Society of North America (EASNA). Disponible en: <http://www.easna.org/wp-content/uploads/2010/08/EASNA-Research-Notes-Vol-1-No-4-Services-Programs-Channels-NOV2009-1117111.pdf>
- Aust, B., Rugulies, R., Finken, A. y Jensen, C. (2010). When workplace interventions lead to negative effects: Learning from failures. *Scandinavian Journal of Public Health* 38 (3 suppl): 106-119.
- Bambra, C. (2011). Real world reviews: a beginner's guide to undertaking systematic reviews of public health policy interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 65 (1): 14-19.
- Barattucci, Y. (2011). Estrés y alimentación. Repositorio Digital de la Universidad FASTA (Fraternidad de Agrupaciones Santo Tomás de Aquino) de Argentina. Disponible en: http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/343/2011_n_041.pdf?sequence=1
- Baro, A. (2011). Metodologías activas y aprendizaje por descubrimiento. *Revista Electrónica de Innovación y Experiencias Educativas* 40: 103-104. Disponible en: http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_40/ALEJANDRA_BARO_1.pdf
- Barona, E. G. (2002). Modos de afrontamiento de estrés laboral en una muestra de docentes universitarios. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado* 43: 93-112.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Barrios, J. M. (s.f.). Guía de apoyo. Acoso psicológico en el trabajo. Mobbing. España: Central Sindical Independiente y de Funcionarios. Disponible en: <https://www.uco.es/csif/attachments/article/61/mobbing.pdf>
- Bass, B. M. y Avolio, B. J. (1994) Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Basulto, J. y Caorsi, L. (2013) Alimentación saludable, ¿qué es?. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/2013/04/26/216544.php
- Bauer, G.F. y Jenny, G. J. (2013). Salutogenic organizations and change: the concepts behind organizational health intervention research. Springer Science & Business Media.
- Bentley, T. A., Catley, B., Cooper-Thomas, H., Gardner, D., O'Driscoll, M. P., Dale, A. y Trenberth, L. (2012). Perceptions of workplace bullying in the New Zealand travel industry: Prevalence and management strategies. *Tourism Management* 33 (2): 351-360.
- Bergh, L. I. V., Hinna, S., Leka, S. y Jain, A. (2014). Developing a performance indicator for psychosocial risk in the oil and gas industry. *Safety Science* 62: 98-106.
- Bernal, D., Campos-Serna, J., Tobias, A., Vargas-Prada, S., Benavides, F. G. y Serra, C. (2015). Work-related psychosocial risk factors and musculoskeletal disorders in hospital nurses and nursing aides: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 52 (2): 635-648.
- Bestratén, M., Moreno, N. y Vega, S. (2014). La participación de los trabajadores en prevención de riesgos laborales. *Seguridad y Salud en el Trabajo* (76): 39-49. Disponible en: <https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/consulta/registro.cmd?id=146803>
- Binnewies, C. y Gromer, M. (2012). Creativity and innovation at work: the role of work characteristics and personal initiative. *Psicothema* 24 (1): 100-105.
- Bohórquez Peñaranda, A., García Valencia, J., Rodríguez Guarín, M., Arenas Borrero, Á., Castro Díaz, S., de la Hoz Bradford, A., . . . Gómez-Restrepo, C. (2013). Guía de práctica clínica: 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: Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruíz, J. (2007). Síndrome de *Burnout* en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Revista Salud Uninorte* 23 (1): 43-51.
- Borza, A., Tement, S., Zdrehus, C. y Korunka, C. (2012). The BOIT training: An overview of a burnout intervention and initial survey results. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 33: 523-527.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vezina, M., Abdous, B. y Gaudet, M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine* 63 (5): 335-342.
- Broadbridge, A. (2002). Retail managers: their work stressors and coping strategies. *Journal of Retailing and Consumer Services* 9 (3): 173-183.
- Bulutlar, F. y Öz, E.Ü. (2009). The effects of ethical climates on bullying behaviour in the workplace. *Journal of Business Ethics* 86 (3): 273-295.
- Carden, L. L. y Boyd, R. O. (2010). Workplace bullying: An ethical context applying duty and outcome based approaches to human resource functions. *Southern Journal of Business and Ethics* 2: 144.
- Carnevale, A.P. y Goldstein, H. (1991). Schooling and training for work in America: An overview. New developments in worker training: A legacy for the 1990s. Disponible en: <http://50.87.169.168/OJS/ojs-2.4.4-1/index.php/LERAMR/article/download/1170/1156#page=117>
- Caulfield, N., Chang, D., Dollard, M. F. y Elshaug, C. (2004). A Review of Occupational Stress Interventions in Australia. *International Journal of Stress Management* 11 (2): 149.
- Cepyme Aragón (2011). Guía de gestión del estrés en las organizaciones. Gobierno de Aragón (España), Departamento de Economía y Empleo. Fondo Social Europeo (UE). Disponible en: <http://www.conectapyme.com/documentacion/2011DGAestres.pdf>
- Chacón, P. C., Gómez, E. y Vigoya, A. (2005). Guía de intervención para la cultura organizacional, el clima laboral y el cambio organizacional. Bogotá: Departamento Administrativo de la Función Pública.
- Chambel, M. J., Depolo, M., Flintrop, J., González, E., Guglielmi, D., Hellgren, J... y Yeves, J. (2013). Los desarrollos de la evaluación de riesgos psicosociales en Europa. El estado de la investigación científica y experiencias institucionales. España:

5. BIBLIOGRAFÍA

- Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, Unión General de Trabajadores. Disponible en: <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/new2013/Anuario2013ESP.pdf>
- Chavarría, R. (1986). NTP 177: La carga física de trabajo: definición y evaluación. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/101a200/ntp_177.pdf
- Chiavenato, I. (2009). Gestión del talento humano. México: Mc Graw Hill.
- Chiu, W. C. K., Francesco, A. M., Leung, K. y Chiu, W. C. (2004, December). The effects of chronicity on performance and stress: The moderating role of self-efficacy. In 4th Asia Academy of Management Conference, Shanghai, China.
- Cifre, E. y Salanova, M. (2015). El poder de la autoeficacia en la mejora de la salud psicosocial de la persona teletrabajadora. *Persona* 15: 71-98. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147125259004>
- Cinterfor / Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1996). Formación y trabajo: De ayer para mañana. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/oeivirt/fp/cuad1a07.htm>
- Cogollo-Milanés, Z., Batista, E., Cantillo, C., Jaramillo, A., Rodelo, D. y Meriño, G. (2010). Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería Cartagena, Colombia. *Aquichan* 10 (1): 43-51.
- Collins, J. D. y O'Sullivan, L.W. (2015). Musculoskeletal disorder prevalence and psychosocial risk exposures by age and gender in a cohort of office based employees in two academic institutions. *International Journal of Industrial Ergonomics* 46: 85-97.
- Comisiones Obreras de Castilla La Mancha. (s.f.). Trabajo nocturno y trabajo a turnos. Castilla: Gabinete regional de salud laboral, drogodependencias y medio ambiente. Disponible en: http://www.castillalalamanca.ccoo.es/comunes/recursos/7/pub42378_Trabajo_nocturno_y_trabajo_a_turnos.pdf
- Comunidad Andina de Naciones – CAN. (2004). Decisión 584 - Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/DEC584s.asp>
- Confederación de Empresarios de Málaga. (2013). Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Disponible en: http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_interactivo.pdf

5. BIBLIOGRAFÍA

- Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Estado de México (2011). Guía metodológica para la atención del desgaste profesional por empatía (síndrome del *burnout*). Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex_meta5_2011.pdf
- Cortés Trujillo, E. (2003). La percepción psicológica del riesgo y el desastre. *Cuadernos de Crisis* 1 (2): 15-51.
- Csiernik, R. y Csiernik, A. (2012). Canadian employee assistance programming: An overview. *Journal of Workplace Behavioral Health* 27 (2): 100-116.
- Daza, F. M. (1995). NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_349.pdf
- de Arquer, M. I. (1997). NTP 445: Carga mental de trabajo: fatiga. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_445.pdf
- de Arquer, M. I. (1999). NTP 534: Carga mental de trabajo: factores. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/501a600/ntp_534.pdf
- de Arquer, M. I., Martín, F. y Nogareda, C. (1995). NTP 388: Ambigüedad y conflicto de rol. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_388.pdf
- de Arquer, M. I. y Nogareda, C. (2004). NTP 659: Carga mental de trabajo: diseño de tareas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_659.pdf
- de Arquer, M. I. y Oncins de Frutos, M. (1997). NTP 444: Mejora del contenido del trabajo: rotación, ampliación y enriquecimiento de tareas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_444.pdf

5. BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 1127 de 1991. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. República de Colombia. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1127_1991.htm
- Decreto 884 de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Departamento Administrativo de la Función Pública. República de Colombia. Disponible en: <http://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-3638.html>
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Dejoy, D. M., Murphy, L. R. y Gershon, R. M. (1995). The influence of employee, job/task, and organizational factors on adherence to universal precautions among nurses. *International Journal of Industrial Ergonomics* 16 (1): 43-55.
- Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2010). Medidas de flexibilidad en la distribución del tiempo de trabajo. Gobierno Vasco, España. Disponible en: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-concmed1/es/contenidos/informacion/conc_medidas/es_info/flexibilidad_horaria.html
- Devloo, T., Anseel, F., De Beuckelaer, A. y Salanova, M. (2014). Keep the fire burning: Reciprocal gains of basic need satisfaction, intrinsic motivation and innovative work behaviour. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 24 (4): 491-504.
- Díaz, C. (2012). Síndrome de quemazón (“Burnout”) en el personal de salud. Caguas: EDIC College División de Educación Continua.
- Díaz-Cabrera, D., Hernandez-Fernaud, E. y Rolo-Gonzalez, G. (2009). Escala subjetiva de carga mental. Canarias: Instituto Canario de Seguridad Laboral.
- Dietrich, G. (1986). Psicología general del counseling. Teoría y práctica. Barcelona: Herder.
- Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades de la Comisión Europea. Programa de Fomento del Empleo y la Solidaridad Social de la Unión Europea – PROGRESS. (2012). Salud mental y empleo. Cómo ayudar a las personas a mantener su actividad laboral. Guía para empleadores. Disponible en: http://www.insht.es/PromocionSalud/Contenidos/Promocion%20Salud%20Trabajo/Ambitos/ficheros/SaludMental_Empleo_GuiaTrabajadores.pdf
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual* 15 (3): 373-387.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Edwards, S. L. y O'Connell, C. F. (2007). Exploring bullying: Implications for nurse educators. *Nurse Education in Practice* 7 (1): 26-35.
- Egan, M., Bambra, C., Petticrew, M. y Whitehead, M. (2009). Reviewing evidence on complex social interventions: appraising implementation in systematic reviews of the health effects of organisational-level workplace interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 63 (1): 4-11.
- Estellés-Miguel, S., Palmer-Gato, M. E., Albarracín-Guillem, J. M. y Andrés-Romano, C. (2013). Una revisión de las tablas de suplementos de la Organización Internacional del Trabajo. *Dirección y Organización* 49: 64-72.
- Eurofound & European Agency for Safety and Health at Work. (2014). Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2010). European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks Managing safety and health at work. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work. Disponible en: https://osha.europa.eu/en/node/6745/file_view
- European Agency for Safety and Health at Work. (2013). Green jobs and occupational safety and health: Foresight on new and emerging risks associated with new technologies by 2020. Luxemburgo: The European Agency for Safety and Health at Work. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/green-jobs-foresight-new-emerging-risks-technologies>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2013). Well-being at work: creating a positive work environment. Literature Review. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Disponible en: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/literature_reviews/well-being-at-work-creating-a-positive-work-environment
- European Agency for Safety and Health at Work & Health at Work by the Topic Centre Occupational Safety and Health (2013). New risks and trends in the safety and health of women at work. European Risk Observatory. Literature Review. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/new-risks-and-trends-in-the-safety-and-health-of-women-at-work>

5. BIBLIOGRAFÍA

- European Agency for Safety and Health at Work & Health at Work by the Topic Centre Occupational Safety and Health. (2014). Mainstreaming gender into occupational safety and health practice. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/mainstreaming-gender-into-occupational-safety-and-health-practice>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2015). Healthy Workplaces Good Practice Awards. Managing stress and psychosocial risks at work. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/healthy-workplaces-good-practice-awards-2014-2015>
- Everly, G. S. (1979). Strategies for coping with stress: An assessment scale. Washington, DC: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services.
- Fabregat, M. B. y Gallego, E. C. (2002). Teletrabajo y salud: un nuevo reto para la Psicología. *Papeles del Psicólogo* 83: 55-61.
- Federación Asturiana de Empresarios (FADE). (2010). Guía de buenas prácticas en riesgos psicosociales. Disponible en: <http://web.fade.es/en/tratarDescargaDocumento.do;jsessionid=6AF44E7D65CB7AA66DA192907CBA2E1E?identificador=2748>
- Fernández, L. (2010). Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal. Disponible en: <https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>
- Fernández-Ríos, M. (1995). Análisis y descripción de puestos de trabajo: teoría, métodos y ejercicios. Madrid: Diaz de Santos S.A.
- Fidalgo, V.M. (2006). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I): definición y proceso de generación. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Fidalgo, V.M. (2006). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf

5. BIBLIOGRAFÍA

- Fidalgo, M., Gallego, Y., Ferrer, R., Nogareda, C., Pérez, G. y García, R. (2009). NTP 854: Acoso psicológico en el trabajo: definición. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/821a921/854%20web.pdf>
- Fitts, P. M. and Posner, M.I. (1967) Human performance. Oxford: Brooks/Cole Pub.
- Flores, M. (2002). Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de hoy. Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. Segundo trimestre, (221). Disponible en: <http://www.cirsociales.uady.mx/revUADY/pdf/221/ru2214.pdf>
- Forés, A. y Grané, J. (2008). La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Barcelona: Plataforma.
- Gaeta, L. y Galvanovskis, A. (2009). Asertividad: un análisis teórico-empírico. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología* 2: 403-425. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29211992013.pdf>
- Galliano, S., Cervera, M. y España, E. (2003). El CIPR (Procesamiento y Recuperación tras Incidentes Críticos). *Cuadernos de crisis*, 1(2), 11-14.
- García Campayo, J., Tazón Ansola, P. y Aseguinolaza Chopitea, L. (2012). Manejo del duelo en atención primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 2 (2). Disponible en: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Manejo_del_duelo_en_AP.pdf
- Gareca, M., Verdugo, R. y Briones, J. (2007). Salud Ocupacional y Teletrabajo. *Ciencia y Trabajo* 9 (25): 85-88.
- Gelles, R. y Levine, A. (2000). Sociología: con aplicaciones en países de habla hispana (6ª. Ed.). México: McGraw-Hill.
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública (s.f.). Espacio seguro y libre de violencia de género. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/157385/528181/folleto_violencia+completo_C.pdf
- Gil, Á., Ruiz-López, M. D., Fernández-González, M. y de Victoria, E. M. (2015). Guía FINUT de estilos de vida saludable: más allá de la Pirámide de los Alimentos. *Nutrición Hospitalaria* 31 (5): 2313-2323.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Gil-Monte, P. R. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (*burnout*): desarrollo y estrategias de intervención. Pp. 441-447. *En: Congreso Penitenciari Internacional. La función social de la política penitenciaria. Generalitat de Catalunya, Departament de Justicia. Barcelona, España.*
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 29 (2): 237-241.
- Gimeno, D. (2004). Los factores de riesgo laboral de naturaleza psicosocial y su prevención. *Archivos de Prevención Laboral* 7 (3): 119-120.
- Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo y Trabajadores Inmigrantes. (2009). Principios comunes de la Intervención Psicosocial en Prevención de Riesgos Laborales. Instituto Navarro de Salud. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra. Pamplona (Navarra), España. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/76DF548D-769E-4DBF-A18E-8419F3A9A5FB/145897/IntervencionPsicosocialMayo09.pdf>
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, V., Padilla, M., Andrea, C. y Avella-García, C. B. (2009). El docente, su entorno y el síndrome de agotamiento profesional (SAP) en colegios públicos en Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría* 38 (2): 279-293.
- González Maestre, D. (2007). Ergonomía y psicología. Madrid: FC Editorial.
- Grados, J. (2013). Reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal. México: Manual Moderno.
- Grant, C., Wallace, L. y Spurgeon, P. (2013). An exploration of the psychological factors affecting remote e-worker's job effectiveness, well-being and work-life balance. *Employee Relations* 35 (5): 527-546.
- Griffin, M. L. (2001). Job satisfaction among detention officers: Assessing the relative contribution of organizational climate variables. *Journal of Criminal Justice* 29 (3): 219-232.
- Grueso-Hinestroza, M. P., Rey-Sarmiento, C. F., González-Rodríguez, J. L., Ardila-Becerra, A. y Pineda-Castro, C. (2013). Acciones de promoción de la salud organizacional y su relación con variables estructurales y el bienestar de los trabajadores: Análisis desde un modelo de organizaciones saludables. *Informes Psicológicos* 13 (2): 59-78.
- Guadix, J., Carrillo-Castrillo, J., Onieva, L. y Lucena, D. (2015). Strategies for psychosocial risk management in manufacturing. *Journal of Business Research* 68 (7): 1475-1480.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Guerrero, J. (1992). Stress laboral en Colombia: Rasgos actuales y perspectivas de intervención. *Psicología de la Salud en Colombia*. Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. Bogotá, D. C., Colombia.
- Hernández, B. y Valera, S. (2001). *Psicología social aplicada e intervención psicosocial*. Santa Cruz de Tenerife, España: Resma.
- Hocking, C. y Kroksmark, U. (2013). Sustainable occupational responses to climate change through lifestyle choices. *Scandinavian journal of occupational therapy* 20 (2): 111-117.
- Hu, Q., Schaufeli, W., Hessen, D., Salanova, M., Taris, T., Hakanen, J. y Shimazu, A. (2014). East Is East And West Is West And Never The Twain Shall Meet: Work Engagement And Workaholism Across Eastern And Western Cultures. *Journal of Behavioral and Social Sciences* 6-24.
- Hutchinson, M. y Hurley, J. (2013). Exploring leadership capability and emotional intelligence as moderators of workplace bullying. *Journal of Nursing Management* 21 (3): 553-562.
- International Labour Office (ILO). (2012). *Stress prevention at work checkpoints: practical improvements for stress prevention in the workplace*. Ginebra: ILO. Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_168053/lang--en/index.htm
- Irigoin, M. y Vargas, F. (2002). *Competencia Laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud*. Oficina Internacional del Trabajo, CINTERFOR. Primera edición, Montevideo. Uruguay. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf
- Jáimez, M. J. (2012). *Organizaciones Saludables: El papel del empoderamiento organizacional*. Departamento de Psicología Social. Universidad de Granada, España.
- Jaramillo López J. C. (2007). Competencias comunicativas para la participación. *Altablero* 40. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-122250.html>
- Jenny, G. J., Brauchli, R., Inauen, A., Füllemann, D., Fridrich, A. y Bauer, G. F. (2014). Process and outcome evaluation of an organizational-level stress management intervention in Switzerland. *Health Promotion International* 30 (3): 573-585. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259608325_Process_and_outcome_evaluation_of_an_organizational-level_stress_management_intervention_in_Switzerland

5. BIBLIOGRAFÍA

- Jones, M. K., Latreille, P. L., Sloane, P. J. y Staneva, A. V. (2013). Work-related health risks in Europe: Are older workers more vulnerable? *Social Science & Medicine* 88: 18-29.
- Jordan, J., Gurr, E., Tinline, G., Giga, S., Faragher, B. y Cooper, C. (2003). Beacons of excellence in stress prevention. HSE Health & Safety Executive United Kingdom. Research Reporte 133. Norwich, England. Disponible en: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr133.pdf>
- Kanawaty, G. (1996). Introducción al estudio del trabajo. 4ª Ed. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra: OIT.
- Kjellstrom, T., Gabrysch, S., Lemke, B. y Dear, K. (2009). The 'Hothaps' programme for assessing climate change impacts on occupational health and productivity: an invitation to carry out field studies. *Global Health Action*, 2.
- Knauth, P. (s.f.). Horas de trabajo. *En*: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Organización Internacional del Trabajo, Capítulo 43. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/43.pdf>
- LaDou, J. (1999). Medicina laboral y ambiental. México: El Manual Moderno.
- Lang, J., Ochsmann, E., Kraus, T. y Lang, J. W. (2012). Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: A systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Social Science & Medicine* 75 (7): 1163-1174.
- Langenhan, M. K., Leka, S. y Jain, A. (2013). Psychosocial risks: is risk management strategic enough in business and policy making? *Safety and Health at Work* 4 (2): 87-94.
- Längle, A. (2003). Burnout–Existential meaning and possibilities of prevention. *European Psychotherapy* 4 (1): 107-121.
- Lasrado, F. y Bagchi, T. P. A Cross-Cultural Evaluation of Contemporary QWL and its Managerial Implications. Disponible en: <http://www.pomsmeetings.org/ConfPapers/015/015-0574.pdf>
- Lavicoli, S., Natali, E., Deitingner, P., Rondinone, B. M., Ertel, M., Jain, A. y Leka, S. (2011). Occupational health and safety policy and psychosocial risks in Europe: the role of stakeholders' perceptions. *Health Policy* 101(1): 87-94.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Law, R., Dollard, M. F., Tuckey, M. R. y Dormann, C. (2011). Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accident Analysis & Prevention* 43 (5): 1782-1793.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Leila, G. y Soghra, E. G. (2011). Developing and validating a model for teachers' occupational stressors in schools of Tehran. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 29: 596-605.
- Leka, S. y Jain, A. (2010). Health impact of psychosocial hazards at work: an overview. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44428/1/9789241500272_eng.pdf
- Leka, S., Jain, A., Lavicoli, S., Vartia, M. y Ertel, M. (2011). The role of policy for the management of psychosocial risks at the workplace in the European Union. *Safety Science* 49 (4) 558-564.
- Leo, L., Reid, R., Geldenhuys, M. y Gobind, J. (2014). The inferences of gender in workplace bullying: A conceptual analysis. *Gender and Behaviour* 12(1): 6059-6069.
- Ley 1010 de 2006. República de Colombia.
- Ley 1221 de 2008. República de Colombia. Disponible en: <http://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-3703.html>
- Ley 1566 de 2012. República de Colombia. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156631072012.pdf>
- Ley 1616 de 2013. República de Colombia.
- Ley 1622 de 2013. República de Colombia.
- Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and Victims* 5 (2): 119-126.
- Lievens, F., Van Geit, P. y Coetsier, P. (1997). Identification of Transformational Leadership Qualities: An Examination of Potential Biases. *European Journal of Work And Organizational Psychology* 6 (4): 415-430.
- Llorens Gumbau, S. (s.f.). Significado y actitudes de la formación continua: Un estudio cualitativo en el sector metalmecánico. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/80389/forum_1997_12.pdf?sequence=1

5. BIBLIOGRAFÍA

- Llorens, S., Salanova, M. y Losilla, J. (2009). Liderazgo transformacional y capital psicológico positivo: Un estudio de caso en una empresa de construcción. *Directivos Construcción* 220: 48-55.
- Llorens, S., Salanova, M. y Rodríguez, A. M. (2013). How is flow experienced and by whom? Testing flow among occupations. *Stress and Health* 29 (2): 125-137.
- Llorens-Gumbau, S. y Salanova-Soria, M. (2014). Loss and gain cycles? A longitudinal study about burnout, engagement and self-efficacy. *Burnout Research* 1 (1): 3-11.
- Llorente, N. (2014). Decálogo para la elaboración de un protocolo de acoso moral (*mobbing*). Universidad de Valladolid. Trabajo de Grado. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/8160>
- Londoño, N. H., Henao López, G. C., Puerta, I. C., Posada, S., Arango, D. y Aguirre-Acevedo, D. C. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica* 5 (2): 327-350.
- Lorente, F. (2003). El protocolo de evaluación inicial de víctimas directas (PEIVD). *Cuadernos de Crisis* 2: 4-11.
- Lorento, L. (2009). Exploring the power of self-efficacy at work: some empirical studies from the social cognitive perspective. Doctoral dissertation, Universitat Jaume I, Departament de Psicologia Evolutiva, Educativa, Social i Metodologia.
- Mak, A.S., Westwood, M.J., Ishiyama, F.I. y Barker, M.C. (1999). Optimising conditions for learning sociocultural competencies for success. *International Journal of Intercultural Relations* 23 (1): 77-90.
- Mansilla Izquierdo, F. (2010). Manual de riesgos psicosociales en el trabajo. Teoría y práctica. Monografía. Valencia: *Psicología Online*. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>
- Martínez, A. (2010). El síndrome de *Burnout*. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* (112): 1-40.
- Martínez, J. P. (2015). Cómo se defiende el profesorado de secundaria del estrés: *burnout* y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 31 (1): 1-9.
- Masi, D. A. (2005). Employee assistance programs in the new millennium. *Journal of Workplace Behavioral Health* 7(3): 157-168.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Meil Landwerlin, G., García Sainz, C., Luque de la Torre, M.A. y Ayuso Sánchez, L. (2008). Las grandes empresas y la conciliación de la vida laboral y personal en España. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración* 71: 15-33.
- Meliá, J. L., Nogareda C., Lahera, M., Duro, A., Periró, J.M., Pou, R., Salanove, M., Gracia, D., de Bona J. M., Bajo, J.C. y Martínez-Losa, J. F. (s.f). Perspectivas de Intervención en Riesgos Psicosociales. Evaluación de Riesgos. Barcelona: Foment del Treball Nacional. Disponible en: http://www.foment.org/prevencion/ERPSCOSOCIALES/documentos/guia_pdf.pdf
- Meliá, J. L., Nogareda, C., Lahera, M., Duro, A., Peiró, J. M., Salanova, M. y Gracia, D. (2006). Principios comunes para la evaluación de los riesgos psicosociales en la empresa. Perspectivas de intervención en riesgos psicosociales. Disponible en: <http://www.uv.es/~meliajl/Papers/2006FTNCap1.pdf>
- Meneghel, I., Salanova, M. y Martínez, I. M. (2014). Feeling Good Makes Us Stronger: How Team Resilience Mediates the Effect of Positive Emotions on Team Performance. *Journal of Happiness Studies* 17 (1): 238-255.
- Michie, S. y Williams, S. (2003). Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine* 60 (1): 3-9.
- Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo. (s.f.). Manual para la evaluación y prevención de riesgos ergonómicos y psicosociales en la PYME. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Guias/Guias_Ev_Riesgos/Manual_Eval_Riesgos_Pyme/evaluacionriesgospyme.pdf
- Miryala, R. (2011). Yoga. Pp. 482–494. *En*: M. Micozzi (Ed.). *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*, 4th ed., St. Louis: Elsevier Saunders.
- Montoya-García, M. E., Callejón-Ferre, A. J., Pérez-Alonso, J. y Sánchez-Hermosilla, J. (2013). Assessment of psychosocial risks faced by workers in Almería-type greenhouses, using the Mini Psychosocial Factor method. *Applied Ergonomics* 44 (2): 303-311.
- Moral, M., Ovejero, A., Sirvent, C. y Rodríguez, F. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial* 14 (2): 189-208.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Moreno, B. y Báez, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid y Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Moreno, L. y Barrera, K. (2013). Equilibrio entre trabajo y vida personal en empresas contratistas que prestan servicio al sector petrolero en el municipio Maracaibo. *CICAG* 10 (2), 58-72.
- Munduate, L., Baron, M., Marín, M., Castro, M. y Muñoz, H. (1988). La intervención psicosocial en las organizaciones. Condiciones de Trabajo No. 5. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Fomento y Trabajo. Dirección General de Trabajo y Seguridad Social. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/1_1950_intervencion_psicosocial_en_organizaciones.pdf
- Naranjo, M. L. (2005). Perspectivas sobre la comunicación. *Actualidades Investigativas en Educación* 5 (2): 1-32. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44750218>
- Naranjo, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. Revista electrónica *Actualidades Investigativas en Educación* 8 (1): 1-27. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111>
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (1999). Stress... At Work. *DHHS (NIOSH) Publication* 99-101. Disponible en: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>
- Ng, A. (2011). Chasing rainbows: Challenging workplace bullying in Australia and the United States. *Journal of Workplace Rights* 15 (2): 213-228
- Nitsch, J., Neumaier, A., Marées, H. y Mester, J. (2002). Entrenamiento de la técnica: contribuciones para un enfoque interdisciplinario. Barcelona: Paidotribo.
- Nogareda, S. (1993). NTP 310: Trabajo nocturno y trabajo a turnos: alimentación. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_310.pdf

5. BIBLIOGRAFÍA

- Nogareda, S. y Bestratén, M. (2011). NTP 916: El descanso en el trabajo (I): Pausas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/891a925/916w.pdf>
- Nogareda, C. y Nogareda, S. (1998a). NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_455.pdf
- Nogareda, C. y Nogareda, S. (1998b). NTP 502. Trabajo a turnos: criterios para su análisis. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/501a600/ntp_502.pdf
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (1996). Tratamiento de cuestiones relacionadas con el alcohol y las drogas en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT. Ginebra: OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112634.pdf
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2001). Factores ambientales en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT. Ginebra: OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112584.pdf
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2005). Horas de trabajo ¿De lo fijo a lo flexible?. Ginebra: OIT. Disponible en: <http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/meetingdocument/kd00123es.pdf>
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2012). SOLVE: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo: cuadernos de trabajo del participante. Ginebra: OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203380.pdf
- Oficina Regional de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2006). Primeros Auxilios Psicológicos. México. Disponible en: http://www.unicef.org/paraguay/spanish/Primeros_auxilios_sicologicos_IFRC.pdf
- Ongallo, C. (2007). Manual de comunicación. Guía para gestionar el conocimiento, la información y las relaciones humanas en empresas y organizaciones. Madrid: Dykinson S.L.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (s.f.). Tesaurus on – line de la OIT. Disponible en: <http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Almá – Atá. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Almá – Atá: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la Salud - Glosario. Disponible: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Programa de Salud Ocupacional y Ambiental. Serie Protección de la Salud de los Trabajadores. No. 4 Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh4sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). Salud mental. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Depresión. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Factores de riesgo. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Ambientes de Trabajo Saludables: un modelo para la acción. Para empleadores, trabajadores, autoridades, normativas y profesionales. Ginebra: OMS - OPS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces_spanish.pdf

5. BIBLIOGRAFÍA

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud — 10a. revisión. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2006). Guía práctica de salud mental en desastres. Washington D.C.: OPS. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2014). Evaluación y manejo de los trastornos relacionados específicamente con el estrés: Módulo de la Guía de Intervención mhGAP. Washington D. C.: OPS.
- Paredes, O.L. y Sanabria-Ferrand, P.A. (2008). Prevalencia del síndrome de *burnout* en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Médica* 16(1): 25-32.
- Peiró, J.M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica* 3 (2): 179-186.
- Peiró, J.M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo* 29 (1): 68-82.
- Peiró, J. M. y Tetrick, L. (2011). Occupational Health Psychology. Pp. 292-315. En: P. R. Martin, F. M. Cheung, M. C. Knowles, M. Kyrios, J. B. Overmier and J. M. Prieto (Eds.). *IAAP Handbook of Applied Psychology*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Pérez, J. y Martín, F. (1997). NTP 439. El apoyo social. INSHT. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT).
- Pérez, J., Martín, F., Camps, P. y López, J. A. (1996). ¿Es el teletrabajo una nueva tecnología positiva para el trabajador? *Mapfre Seguridad*. No. 64 - Cuarto Trimestre.
- Polo-Vargas, J. D., Palacio Sañudo, J. E., De Castro Correa, A. M., Mebarak Chams, M. R. y Velilla Guardela, J. L. (2013). Riesgos psicosociales: la psicología organizacional positiva como propuesta de promoción, prevención e intervención. *Revista Salud Uninorte* 29 (3): 561-575.
- Portuné, R. (2012). Psychosocial risks in the workplace: an increasing challenge for German and international health protection. *Archives of Industrial Hygiene and Toxicology* 63 (2): 123-131.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Prevalia CGP, S.L.U. (2010). Guía de las buenas prácticas psicosociales. Sector hostelería. Una mirada en positivo. Disponible en: <http://revistaprl.ceoe.es/wp-content/uploads/2015/12/GUIA-BUENAS-PRACTICAS-PSICOSOCIALES-HOSTELERIA.pdf>
- Quiceno, J. y Vinaccia Alpi, S. (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología* 10 (2): 117-125.
- Quinlan, M. (2007). Organisational restructuring/downsizing, OHS regulation and worker health and wellbeing. *International Journal of law and Psychiatry* 30 (4): 385-399.
- Qureshi, M. I., Rasli, A. M. y Zaman, K. (2014). A New Trilogy to Understand the Relationship among Organizational Climate, Workplace Bullying and Employee Health. *Arab Economic and Business Journal* 9 (2): 133-146.
- Real Decreto 487 de 1997. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno de España. Disponible en: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/m.1f1a3bc79abab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=2bf61f778b8a5110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&vgnnextchannel=1d19bf04b6a03110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&tab=tabConsultaCompleta>
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2007). Prevención del consumo de sustancias psicoactivas desde el ámbito laboral. Cartilla para el trabajador. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/publicaciones/campanas.html>
- República de Colombia. 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. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- República de Colombia. Ministerio del Trabajo. (2013). Guía Jurídica para la Implementación del Teletrabajo. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/teletrabajo.html>
- República de Colombia. Ministerio del Trabajo. (2014). Informe de resultados. Estudio percepción de acoso sexual en el lugar de trabajo.

5. BIBLIOGRAFÍA

- República de Colombia. Ministerio del Trabajo. (s.f.). ABCÉ del Decreto Reglamentario de Teletrabajo. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/teletrabajo.html>
- República de Colombia. Ministerio del Trabajo. (s.f.). Equipares Sello de Equidad Laboral. Manual del Sistema de Gestión de Igualdad de Género. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/equidad/enfoque-de-genero>
- República de Colombia. Ministerio del Trabajo y Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. (2013). Libro Blanco del Teletrabajo. Disponible en: http://www.teletrabajo.gov.co/622/articles-8228_archivo_pdf_libro_blanco.pdf
- República de Colombia. Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. (s.f.). Glosario de Términos de la Gestión del Riesgo de Desastres. Disponible en: http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Glosario_Terminos_Gestion_del_Riesgo.aspx
- República de Costa Rica, Ministerio de Salud. (2008). Metodología para la determinación de carga de trabajo: Componente de apoyo a la gestión de recurso humano. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- República de El Salvador. Secretaria para Asuntos Estratégicos de la Presidencia de la República. (2013). Guía para la prevención, atención y erradicación del acoso laboral en el sector público. Secretaria para Asuntos Estratégicos de la Presidencia de la República. Disponible en: http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Documentos_Externos_SAE/Guia4_Preencion_Atencion_Erradicacion_Acoso_Sexual_Sector_Publico.pdf
- Resolución 1075 de 1992. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=57841>
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- Restrepo, N., Colorado, G. y Cabrera, G. (2006). Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. *Revista Salud Pública* 8 (1): 63-73.
- Rickard, G., Lenthall, S., Dollard, M., Opie, T., Knight, S., Dunn, S., ... y Brewster-Webb, D. (2012). Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia. *Collegian* 19 (4): 211-221.
- Rodríguez, M. G., Rodríguez, R., Riveros, A. E., Rodríguez, M. L. y Pinzón, J. Y. (2011). Síndrome de burnout y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Trabajo de especialización. Bogotá: Universidad del Rosario. Disponible en: <http://>

5. BIBLIOGRAFÍA

- repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/2389/52931143-1.pdf;jsessionid=29338F44191610EED9513C96D683DCB4?sequence=1
- Rowlinson, S., YunyanJia, A., Li, B. y ChuanjingJu, C. (2014). Management of climatic heat stress risk in construction: a review of practices, methodologies, and future research. *Accident Analysis y Prevention* 66:187-198.
- Ruiz, J., Ruiz, C., Martínez, I. M. y Peláez, J. J. (1999). Modelo para la gestión del cambio organizacional en las Pymes. Universidad de Murcia. Departamento de Economía de la empresa. Disponible en: <http://www.upct.es/~economia/PUBLI-INO/MODELO%20PARA%20LA%20GESTION%20DEL%20CAMBIO.pdf>
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 14 (8): 626-631.
- Salanova, M. (2007). Nuevas tecnologías y nuevos riesgos psicosociales en el trabajo. *Revista digital de Salud y Seguridad en el Trabajo* (1): 1-21. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/3411/b15756051.pdf?sequence=1>
- Salanova, M., Cifre, E., Martínez, I. M., Llorens, S. y Lorente, L. (2011). Psychosocial risks and positive factors among construction workers. Pp. 295-320. En: S. Clarke, C. Cooper y R. Burke (Eds.). *Occupational health and safety: Psychological and behavioral challenges*. Gower, UK.
- Salanova, M., del Líbano, M., Llorens, S. y Schaufeli, W. B. (2014). Engaged, Workaholic, Burned Out or Just 9 to 5? Toward a Typology of Employee Wellbeing. *Stress and Health* 30 (1): 71-81.
- Salanova, M. y Llorens, S. (2009). Exposure to information and communication technology and its relationship to work engagement. *Ciencia y Trabajo* 32: 55-63.
- Salanova, M., Llorens, S., Acosta, H. y Torrente, P. (2013). Positive Interventions in Positive Organizations. *Intervenciones Positivas en Organizaciones Positivas. Terapia Psicológica* 31: 101-113
- Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo* 29 (1): 59-67.
- Salanova, M. y López-Zafra, E. (2011). Introducción: Psicología social y psicología positiva. *Revista de Psicología Social* 26 (3): 339-343.
- Salanova, M., Martínez, I. M. y Llorens, S. (2014). Una mirada más “positiva” a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempos de crisis:

5. BIBLIOGRAFÍA

- aportaciones desde el equipo de investigación WoNT. *Papeles del Psicólogo* 35 (1): 22-30.
- Salanova, M., Rodríguez, A. M. y Llorens, S. (2006). Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo. *Gestión práctica de riesgos laborales* 29: 46-51.
- Salanova, M., Rodríguez-Sánchez, A. M., Schaufeli, W. B. y Cifre, E. (2014). Flowing together: A longitudinal study of collective efficacy and collective flow among workgroups. *The Journal of Psychology* 148 (4): 435-455.
- Salanova, M. y Schaufeli, W. B. (2004). El *engagement* de los empleados: un reto emergente para la Dirección de los Recursos Humanos. *Estudios Financieros. Revista de trabajo y Seguridad Social* 261: 109-138.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Xanthopoulou, D. y Bakker, A. (2010). The gain spiral of resources and work engagement: Sustaining a positive worklife. Pp. 118–131. En: A. B. Bakker y M. P. Leiter (Eds.). *Work engagement – A Handbook of essential theory and research*. New York: Psychology Press.
- Samnani, A. K. y Singh, P. (2014). Performance-enhancing compensation practices and employee productivity: The role of workplace bullying. *Human Resource Management Review* 24 (1): 5-16.
- Sanín, J. A. y Salanova, M. (2013). Satisfacción laboral: el camino entre el crecimiento psicológico y el desempeño laboral en empresas colombianas industriales y de servicios. *Universitas Psychologica* 13 (1): 95-108.
- Santacruz, J. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (Suplemento1).
- Saz, A.I. (2006). *Diccionario de psicología*. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.
- Schaufeli, B. W. (1999). Evaluación de riesgos psicosociales y prevención del estrés laboral: algunas experiencias holandesas. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 5 (2): 147-172.
- Schaufeli, W. B. y Salanova, M. (2007). Work engagement: An Emerging Psychological Concept and Its Implications for Organizations. Pp. 135-177. En: S. W. Gilliland; D. D. Steiner y D. P. Starlicki (Eds.). *Managing Social and ethical issues in organizations*. Charlotte NC: Information Age Publishing.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Schutle, P. y Vainio, H. (2010). Wellbeing at work: Creating a positive work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 36 (5): 422-429.
- Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Observatorio Laboral y Ocupacional. (2015). Clasificación Nacional de Ocupaciones (C.O.N.): Guía metodológica para la actualización de perfiles y mapas ocupacionales. Disponible en: http://observatorio.sena.edu.co/Content/pdf/metodologia_cno.pdf
- Sierra Castellanos, Y. (2012). Modelo para la prevención y protección de los trabajadores frente a los riesgos psicosociales. Pp. 1-4. *En: Memorias 1° Congreso Internacional y 4° Foro de las Américas en Investigación Sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo*. Bogotá. Disponible en: <http://factorespsicosociales.com/primercongreso/pdfs/Posters/Poster19.pdf>
- Slaikeu, K.A. (1988). *Intervención en Crisis. Manual para Prácticas e Investigación*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Solé, M. D. y Balduque Alonso, M. (2007). El programa de ayuda al empleado (EAP): intervención individual en la prevención de riesgos psicosociales. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT): <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/751a785/780%20.pdf>
- Szabowska-Walaszczyk, A., Brzozowski, A. y Zawadzka, A. M. (2013). Human Resource Development and Performance: the mediating effect of Employee Engagement. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi* 6: 109-124.
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Törner, M. (2011). The “social-physiology” of safety. An integrative approach to understanding organisational psychological mechanisms behind safety performance. *Safety Science* 49 (8): 1262-1269.
- Törner, M. y Pousette, A. (2009). Safety in construction—a comprehensive description of the characteristics of high safety standards in construction work, from the combined perspective of supervisors and experienced workers. *Journal of Safety Research* 40 (6): 399-409.
- Torrelles Nadal, C., Coiduras Rodríguez, J. L., Isus, S., Carrera, X., París Mañas, G. y Cela, J. M. (2011). Competencia de trabajo en equipo: definición y categorización. *Profesorado: revista de currículum y formación del profesorado* 15 (3): 329-344.
- Torrente, P., Salanova, M. y Llorens, S. (2013). Spreading engagement: On the role of similarity in the positive contagion of teamwork engagement. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 29 (3): 153-159.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Torres, G. P. (2014). Los *assessment center*: Una metodología para evaluar directivos. *Revista de Estudios Avanzados de Liderazgo* 1 (3): 1-17. Disponible en: <http://www.regent.edu/acad/global/publications/real/vol1no3/1-torres.pdf>
- Universidad de Chile, Facultad de Medicina y Gobierno de Chile, Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Superintendencia de Pensiones. (2010). Guía Técnica para la Evaluación del Trabajo Pesado. Santiago de Chile: Superintendencia de Pensiones. Disponible en: https://www.spensiones.cl/portal/institucional/578/articles-8418_guia_tecnica.pdf
- Universidad de las Palmas de Gran Canaria. (s.f.). Comunicación interna. Disponible en: <http://www2.ulpgc.es/hege/almacen/download/21/21833/t2.pdf>
- Universidad Nacional de Educación a Distancia. (s.f.). Plan de prevención de riesgos laborales. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia. Disponible en: http://portal.uned.es/pls/portal/docs/PAGE/UNED_MAIN/LAUNIVERSIDAD/VICERRECTORADOS/GERENCIA/RECURSOS%20HUMANOS/SALUD-LABORAL/PLAN%20DE%20PRL%20DE%20LA%20UNED/PLAN%20DE%20PREVENCION%20DE%20RIESGOS%20LABORALES%20UNED.PDF
- Van-der Hofstadt, C. (2005). El libro de las habilidades de la comunicación. 2ª ed. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Vega, S. (2001). NTP 604: Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II). Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT): Disponible: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_604.pdf
- Vega, S., García, A., García, I., Arellano, B., Embuena, E., Gay, E-I.,... & Salanova, M. (2009). Experiencias en intervención psicosocial. Más allá de la evaluación del riesgo. Barcelona: Ministerio del Trabajo e Inmigración de España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Noticias/Noticias_INSHT/2009/ficheros/Libro%20ExperienciasCD.pdf
- Vera, M. (2010). Diseño y ejecución de un programa de intervención de los factores de riesgo psicosocial presentes en el personal que labora en la empresa Disprofam de la ciudad de Cúcuta. Bucaramanga. Universidad Pontificia Bolivariana. Disponible en: https://repository.upb.edu.co/bitstream/handle/123456789/824/digital_19147.pdf?sequence=1

5. BIBLIOGRAFÍA

- Vera, M., Le Blanc, P. M., Taris, T. W. y Salanova, M. (2014). Patterns of engagement: the relationship between efficacy beliefs and task engagement at the individual versus collective level. *Journal of Applied Social Psychology* 44 (2): 133-144.
- Vera, M., Martínez, I. M., Lorente, L. y Chambel, M. J. (2015). The Role of Co-worker and Supervisor Support in the Relationship Between Job Autonomy and Work Engagement Among Portuguese Nurses: A Multilevel Study. *Social Indicators Research* 126: 1143-1156.
- Villajos, L., Ballesteros F. y Barba, M. (2013). Mindfulness en medicina. *Medicina Familiar de Andalucía* 14 (2): 166-179.
- Xunta de Galicia (s.f.). Como elaborar el plan de comunicación. Manuales prácticos de la PYME. Disponible en: http://cristinaaced.com/pdf/planComunicacion_BIC%20Galicia.pdf
- Yorio, P. L., Willmer, D. R. y Moore, S. M. (2015). Health and safety management systems through a multilevel and strategic management perspective: Theoretical and empirical considerations. *Safety Science* 72: 221-228.
- Zullo, R., Herlihy, P. A. y Heirich, M. (2010). A Longitudinal lens on the evolution of EAP, Work-life and wellness benefit programs. *World at Work Journal* 19 (3): 28-40.

6. ANEXOS

A los efectos de facilitar la búsqueda de las acciones generales de intervención contenidas en este protocolo, se incluyen a continuación tres anexos en los que se listan dichas acciones (Anexo 1), y se clasifican según las dimensiones psicosociales que impactan (Anexo 2), los efectos para las que están diseñadas (Anexo 3), y el tipo de acción del que se trata -promoción o prevención- (Anexo 4).

Las clasificaciones principales se destacan con doble “xx”, en tanto que la clasificación secundaria se identifica con una sola “x”.

La identificación de las acciones de intervención se realiza con un código numérico consecutivo.

Anexo 1. Listado de acciones de intervención codificadas

Acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos	
3.1	Gestión del cambio
3.2	Diseño y fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores
3.3	Desarrollo de estrategias de afrontamiento
3.4	Gestión del trabajo por turnos
3.5	Inducción y reinducción
3.6	Promoción del apoyo social en la organización
3.7	Aprovechamiento integral de habilidades y destrezas individuales

Acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos	
3.8	Claridad del rol como pilar del desempeño
3.9	Construcción del ajuste persona – trabajo
3.10	Enriquecimiento de puestos de trabajo
3.11	Fomento de mecanismos formales de comunicación
3.12	Gestión de cargas de trabajo
3.13	Gestión de pausas en el trabajo
3.14	Optimización de competencias de relación y comunicación
3.15	Participación efectiva en los grupos de trabajo
3.16	Rotación de puestos de trabajo
3.17	Seguimiento y retroalimentación de la gestión
3.18	Conciliación de entornos intra y extralaboral
3.19	Servicio de asistencia al trabajador
3.20	Implementación de la modalidad de teletrabajo
3.21	Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares, y cajas de compensación familiar
3.22	Fomento de la calidad de las relaciones familiares
3.23	Actividades de preparación para la pensión
3.24	Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales
3.25	Fomento de estilos de vida saludable
3.26	Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad
3.27	Manejo eficaz del tiempo
3.28	Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo
3.29	Rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés
3.30	Prevención del consumo de sustancias psicoactivas
3.31	Atención en crisis y primeros auxilios psicológicos
3.32	Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral
3.33	Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés
3.34	Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo

6. ANEXOS

Anexo 2. Listado de acciones clasificadas según la dimensión psicosocial que intervienen

Dimensión/Acción	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	3.11	3.12	3.13	3.14	3.15	3.16	3.17
Características del liderazgo	X													XX	X		X
Relaciones sociales en el trabajo					X	XX		X						XX	X		XX
Retroalimentación del desempeño								X									XX
Relación con los colaboradores (subordinados)											XX			XX	X		XX
Claridad de rol		XX			XX			XX	X		X						
Capacitación		XX							X								
Participación y manejo del cambio	XX														XX		
Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos		X					XX		XX	XX					X	XX	
Control y autonomía sobre el trabajo												X					
Demandas ambientales y de esfuerzo físico													X			XX	
Demandas emocionales			XX														
Demandas cuantitativas												XX				X	
Influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral				X													
Exigencias de responsabilidad del cargo																	
Demandas de carga mental										XX		XX				XX	
Consistencia del rol					X			XX									
Demandas de la jornada de trabajo				XX									XX				
Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza					X		X										
Reconocimiento y compensación									X								X
Uso del tiempo fuera del trabajo																	
Relaciones familiares														X			
Comunicación y relaciones interpersonales														X			
Situación económica del grupo familiar																	
Características de la vivienda y de su entorno																	
Influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo																	
Desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda																	

Cont. Anexo 2. Listado de acciones clasificadas según la dimensión psicosocial que intervienen

Dimensión/Acción	3.18	3.19	3.20	3.21	3.22	3.23	3.24	3.25	3.26	3.27	3.28	3.29	3.30	3.31	3.32	3.33	3.34
Características del liderazgo		X										XX					
Relaciones sociales en el trabajo		XX					XX										
Retroalimentación del desempeño																	
Relación con los colaboradores (subordinados)		XX										XX					
Claridad de rol		X															
Capacitación																	
Participación y manejo del cambio																	
Oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos																	
Control y autonomía sobre el trabajo			X														
Demandas ambientales y de esfuerzo físico											XX						
Demandas emocionales	X	XX									XX						
Demandas cuantitativas	X	XX								X	XX						
Influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral	XX	XX									XX						
Exigencias de responsabilidad del cargo		XX									XX						
Demandas de carga mental	X									X	XX						
Consistencia del rol		XX									XX						
Demandas de la jornada de trabajo											XX						
Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza					X												
Reconocimiento y compensación		X		X	X		X										X
Uso del tiempo fuera del trabajo	X	X	X	XX	XX	X	XX										
Relaciones familiares	X	XX			XX	X											
Comunicación y relaciones interpersonales		XX															
Situación económica del grupo familiar		XX		XX		X											
Características de la vivienda y de su entorno				XX													
Influencia del entorno extralaboral sobre el trabajo		XX		XX													
Desplazamiento vivienda – trabajo – vivienda	X		XX														

6. ANEXOS

Anexo 3. Acciones clasificadas según el efecto que intervienen

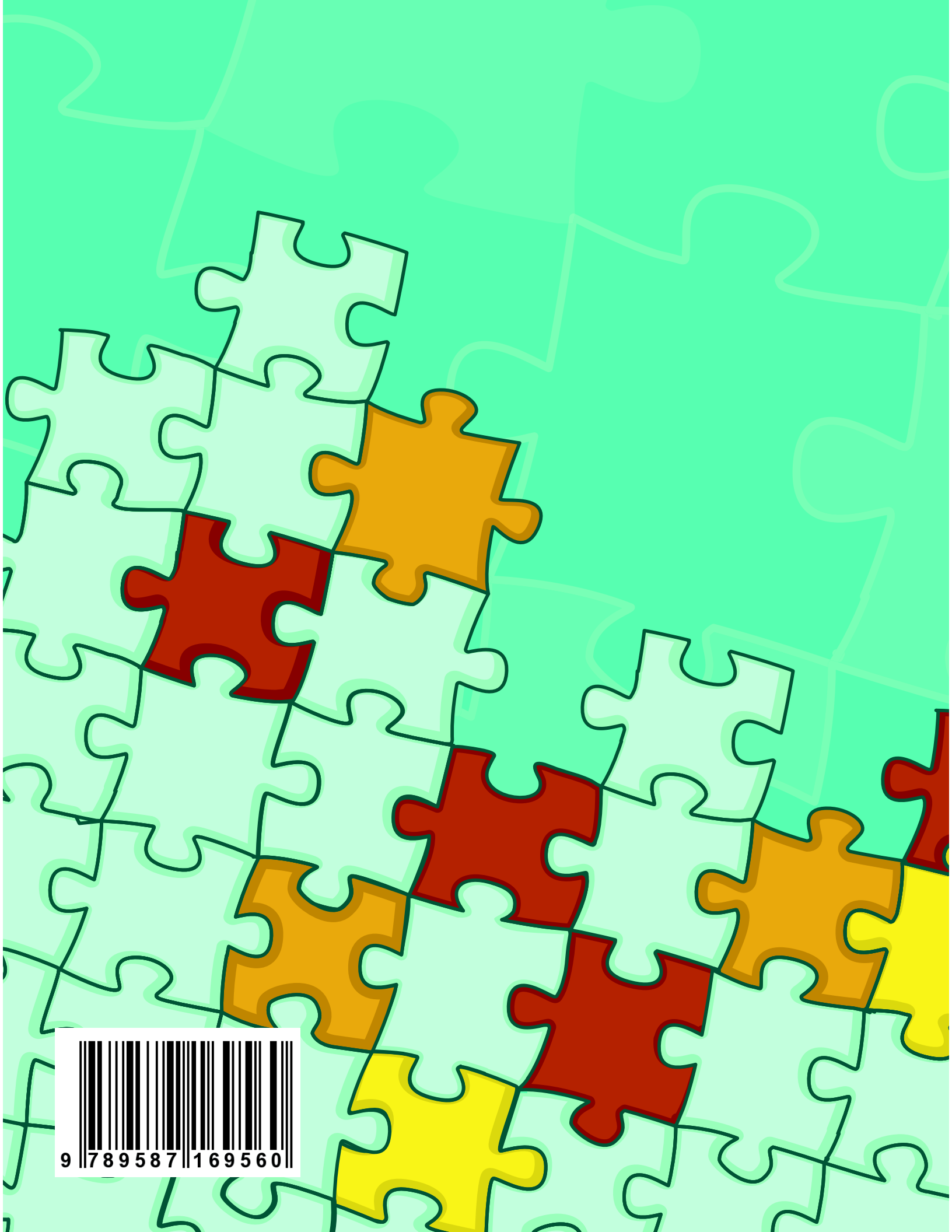
Efectos de los factores de riesgo psicosocial	3.25	3.26	3.27	3.28	3.29	3.30	3.31	3.32	3.33	3.34
Estrés /estrés agudo	xx		xx	xx	xx		xx	xx	xx	xx
Síndrome de agotamiento laboral	xx	xx	xx	xx				xx		xx
Trastorno de estrés postraumático	xx	xx		xx						xx
Duelo	xx	xx					xx	xx		
Trastornos del sueño	xx	xx		xx						xx
Trastorno de ansiedad y otros asociados	xx	xx	xx	xx					xx	xx
Depresión	xx									xx
Consumo de sustancias psicoactivas						xx				xx

Anexo 4. Acciones clasificadas según tipo: promoción, prevención o intervención

Tipo/Acción	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	3.9	3.10	3.11	3.12	3.13	3.14	3.15	3.16	3.17
Promoción de los factores psicosociales protectores						xx	xx										
Intervención primaria (sobre factores de riesgo)	xx	xx		xx	xx			xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx	xx		xx
Intervención secundaria (sobre individuo)			xx													xx	
Promoción de la salud																	
Prevención primaria (evitación del efecto)																	
Prevención secundaria (control de los efectos)																	
Prevención terciaria (rehabilitación)																	

Cont. Anexo 4. Acciones clasificadas según tipo: promoción, prevención o intervención

Tipo/Acción	3.18	3.19	3.20	3.21	3.22	3.23	3.24	3.25	3.26	3.27	3.28	3.29	3.30	3.31	3.32	3.33	3.34
Promoción de los factores psicosociales protectores					xx		xx										
Intervención primaria (sobre factores de riesgo)	xx		xx								xx	xx					
Intervención secundaria (sobre individuo)		xx		xx	x	xx								x	xx	xx	x
Promoción de la salud							xx	xx		xx					x	x	xx
Prevención primaria (evitación del efecto)							x	x	xx	x			xx		x	x	xx
Prevención secundaria (control de los efectos)		x				x	x	x	x	x	x	x	x	xx		x	x
Prevención terciaria (rehabilitación)							x	x	x	x	x		x			x	x



9 789587 169560

Prácticas de trabajo saludables en la administración pública

Protocolo de intervención de
factores psicosociales en entidades
de la administración pública

PRÁCTICAS DE TRABAJO SALUDABLES EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES EN ENTIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

© 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

978-958-716-945-4

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Prácticas de trabajo saludables en la administración pública

Protocolo de intervención de
factores psicosociales en entidades
de la administración pública

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 del sector de administración pública	7
1.2 Factores psicosociales más representativos del sector de administración pública	8
2. MARCO DE REFERENCIA	10
2.1 Marco de referencia legal	10
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	11
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	13
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	14
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	15
5.1 Objetivos de la estrategia	15
5.2 Población objeto de la estrategia	16
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	16
5.4 Implementación de la estrategia	16
5.4.1 Fortalecimiento del liderazgo	18
5.4.2 Gestión de la carga de trabajo	22
5.4.3 Fortalecimiento del proceso de inducción	26
5.4.4 Gestión del reconocimiento social de los empleados públicos y trabajadores oficiales	29
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	32
6. GLOSARIO	33
7. BIBLIOGRAFÍA	36
8. ANEXOS	39

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización del sector de administración pública

El sector de Administración Pública incluye, según la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU. Rev. 4 A.C)¹, las actividades de administración del estado y aplicación de la política económica y social de la comunidad, actividades legislativas de la administración pública, actividades ejecutivas de la administración pública, regulación de las actividades de organismos que prestan servicios de salud, educación, cultura y otros servicios sociales, excepto servicios de seguridad social, actividades reguladoras y facilitadoras de la actividad económica, actividades de los otros órganos de control, prestación de servicios a la comunidad en general, relaciones exteriores, administración de justicia y actividades de planes de seguridad social de afiliación obligatoria, entre otras.

1. La Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) de todas las actividades económicas es la clasificación internacional de referencia de las actividades productivas. Su objetivo principal es proporcionar un conjunto de categorías de actividades que puedan utilizarse para la recopilación y presentación de informes estadísticos de acuerdo con esas actividades. Tomado de CIIU Rev. 4 A. C. DANE (2012). Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/nomenclaturas/CIIU_Rev4ac.pdf

1. INTRODUCCIÓN

Cabe precisar que las actividades de defensa, orden público y seguridad, corresponden al sector de administración pública, sin embargo para el desarrollo de las mismas por parte del personal uniformado se dispone del protocolo de intervención de factores psicosociales en instituciones nacionales del sector Defensa denominado *Cultura de vida y trabajo saludables*, que hace parte del conjunto de protocolos desarrollados por el Ministerio del Trabajo durante 2016.

Por otro lado, según la Constitución Política de Colombia y la ley, ejercen las actividades de la función pública los empleados públicos de carrera, los empleados públicos de libre nombramiento y remoción, los empleados de período fijo, los empleados temporales (Ley 909 de 2004) y los trabajadores oficiales².

1.2 Factores psicosociales más representativos del sector de administración pública

Los factores psicosociales que orientan el contenido de este protocolo se definieron a partir de la información obtenida mediante entrevistas realizadas a diversas personas pertenecientes a las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo en instituciones de la administración pública; los datos de la Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales del Ministerio de Trabajo (2014); el mapa de riesgos del Congreso de la República de Colombia (2015) y el Sistema de Estímulos - Orientaciones Metodológicas del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP) (2012).

A continuación se describen los factores de riesgo psicosocial más representativos hallados para los empleados públicos o trabajadores oficiales.

Características del liderazgo y retroalimentación

Las características de liderazgo son muy diversas; el estudio realizado por el DAFP (2012) señala que el 26 % de la población encuestada afirmó que el estilo de liderazgo de su entidad contribuye a fortalecer el trabajo en equipo, situación que influye en la interacción y retroalimentación hacia los colaboradores, así como en

2. Son empleados públicos o trabajadores oficiales, los empleados públicos o trabajadores oficiales de la construcción y sostenimiento de obras públicas, así como las personas que prestan sus servicios en las empresas industriales y comerciales del Estado, vinculadas mediante contrato de trabajo. Decreto 1950 de 1973, art. 3. Decreto 1848 de 1969, art. 1, inciso 1.

la organización del trabajo, en la consecución de resultados y en la solución de problemas.

Claridad de rol

En varias instituciones los colaboradores expresan insuficiente comprensión del funcionamiento y la estructura organizacional, en parte explicada por procesos de inducción incompletos o inexistentes que limitan la vinculación con los valores, misión y visión de la organización. De otra parte, la realización de actividades y funciones no acordes con los perfiles de los cargos o con lo establecido durante la vinculación, limita la comprensión y claridad de los objetivos, las funciones, el margen de autonomía y el alcance de la labor.

Demandas cuantitativas

A través de las fuentes de información consultadas fue posible identificar que algunos colaboradores no alcanzan a realizar durante la jornada laboral todo el trabajo asignado; adicionalmente, en ocasiones el volumen de actividades se incrementa debido a la atención de usuarios o público y a la aparición de nuevos requerimientos o proyectos, por lo que se ven abocados a trabajar a un ritmo más rápido para cumplir con la entrega de resultados.

Reconocimiento y compensación

En repetidas ocasiones se perciben casos de inequidad en los salarios en relación con el esfuerzo realizado, además de las diferencias en las modalidades de vinculación que se originan en la normativa y que se reflejan, entre otros aspectos, en brechas y limitadas posibilidades de acceder a estímulos, capacitación y bienestar, según se trate de empleados públicos de carrera, empleados de libre nombramiento y remoción, de período fijo o temporales.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

La administración pública y su organización están reguladas por numerosas normas, entre otras el Decreto 3135 de 1968 por el cual se prevé la integración de la seguridad social entre el sector público y el privado y se regula el régimen prescricional del empleado público y el trabajador oficial. Este decreto se reglamentó a través del Decreto 1848 de 1969 y de la Ley 909 de 2004 por la cual se regula el empleo público, la carrera administrativa, la gerencia pública y se dictan otras disposiciones.

De otra parte, el Decreto 1083 de 2015 por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de la Función Pública, establece algunos aspectos relacionados con las condiciones laborales tales como: i) Disposiciones para empleos de carácter temporal. ii) Plantas de empleos de carácter temporal en las empresas sociales del Estado del orden nacional. iii) Empleos de tiempo completo, medio tiempo y de tiempo parcial. iv) Funciones y requisitos generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos de los organismos y entidades del orden nacional. v) Funciones de los empleos según el nivel jerárquico: nivel directivo, nivel asesor, nivel técnico, nivel asistencial. vi) Factores y estudios para la determinación de los requisitos: factores de educación formal, formación para el trabajo y el desarrollo humano y experiencia. vii) Equivalencias entre estudios y experiencia. viii) Manuales específicos de funciones y de competencias laborales. ix) Competencias laborales generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos. x) Requisitos para el nombramiento y el ejercicio del empleo. xi) Procesos de selección o concursos, registro público de carrera admi-

nistrativa, evaluación del desempeño y calificación, capacitación y sistema de estímulos, entre otros.

El sector de la administración pública cuenta además con la Norma técnica de calidad en la gestión pública (Norma NTCGP 1000: 2009), la cual en el numeral 6.2 referente al talento humano plantea “garantizar que los servidores públicos y particulares que ejercen funciones públicas cuenten con las competencias (educación, formación, habilidades y experiencia) necesarias para realizar los trabajos que afectan la calidad del producto o servicio”. Dentro de los mecanismos empleados para establecer la competencia requerida de los servidores públicos o particulares que ejercen funciones públicas se pueden mencionar los manuales de funciones, perfiles de cargo, manuales de competencias laborales, programas de bienestar, planes de formación y capacitación.

Cabe precisar que los aspectos legales descritos no pretenden ser exhaustivos para el sector de la administración pública, pero su mención permite identificar algunas orientaciones respecto de la gestión del talento humano en las instituciones públicas colombianas.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) enfatiza que el lugar de trabajo es un entorno prioritario para la promoción de la salud; por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) plantea el modelo de entornos laborales saludables que busca la mejora continua en la promoción de la salud, la seguridad y el bienestar.

Con la misma orientación se plantea el concepto de organizaciones saludables que desarrollan varios autores, entre ellos Marisa Salanova (Infocop, 2008), y que concibe la organización como “las formas en que se estructuran y gestionan los procesos de trabajo, incluyendo el diseño de los puestos, los horarios, el estilo de dirección, la efectividad organizacional y las estrategias organizacionales para la adaptación de los empleados”. Por otro lado, el término saludable se centra en el cuidado de salud del empleado y de la organización como un conjunto. Por lo tanto, para el desarrollo de organizaciones saludables se requiere que desde la dirección y la gestión del talento humano se defina la salud psicosocial de los empleados como un objetivo organizacional, que aporta a la salud individual y organizacional (Infocop, 2008).

2. MARCO DE REFERENCIA

Para lograr organizaciones saludables, Marisa Salanova, citada por Cifre y Navarro (2013), propone “buenas prácticas relacionadas con la promoción y optimización de una serie de recursos relacionados con la mejora de las tareas (ej. diseño y rediseño de puestos de trabajo), el ambiente social (ej. canales de comunicación, estilos de liderazgo) y la organización (ej. selección y socialización laboral, formación y desarrollo, políticas de estabilidad en el empleo, estrategias de conciliación trabajo/vida privada)”, tomando como referente que el concepto de prácticas organizacionales se entiende como “un patrón planificado de actividades orientado a facilitar que una organización logre sus metas” (Wright y McMahan, 1992, p. 298, citado por Acosta, Salanova y Llorens, 2011).

A partir del marco de referencia de *Entornos Laborales Saludables* (OMS, 2010), se estructura el presente protocolo de intervención de factores psicosociales en el sector de la administración pública, centrado en cuatro acciones relacionadas con la organización del trabajo y el talento humano: fortalecer el liderazgo, gestionar la carga de trabajo, fortalecer el proceso de inducción y dar reconocimiento social al empleado público y al trabajador oficial.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

Este protocolo sirve para orientar a los profesionales y las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo de las instituciones públicas, respecto de la intervención de los factores psicosociales prioritarios.

Las dimensiones psicosociales que se intervienen forman parte de las contempladas en el modelo que soporta la Batería de instrumentos de evaluación de factores de riesgo psicosocial, desarrollada por el Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana (2010).

Para atender otras necesidades que no se abordan en este protocolo, el usuario deberá remitirse al *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo de *Prácticas de trabajo saludables en la administración pública* está diseñado para ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano, seguridad y salud en el trabajo, así como por jefes, empleados públicos y trabajadores oficiales y prestatarios de servicios de seguridad y salud en el trabajo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Promover prácticas de trabajo saludables en las organizaciones del sector de la administración pública y prevenir y controlar los efectos nocivos de los factores psicosociales más representativos en el sector.

Específicos

- Desarrollar en los jefes la habilidad de liderazgo transformacional para mejorar la retroalimentación a sus colaboradores y fortalecer los equipos de trabajo.
- Controlar las demandas cuantitativas a través del ajuste de la carga laboral al tiempo de trabajo y del fortalecimiento de la capacidad de respuesta individual ante dicha carga.
- Fomentar la claridad del rol y de los mecanismos de relación funcional con otras áreas, mediante procesos integrales de inducción.
- Promover mecanismos de reconocimiento de los empleados públicos y a los trabajadores oficiales.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.2 Población objeto de la estrategia

Los beneficiarios del protocolo son los empleados públicos de carrera, de libre nombramiento y remoción, de periodo fijo y temporal, así como trabajadores oficiales que laboran en las entidades públicas.

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

Las *Prácticas de trabajo saludables en la administración pública* se desarrollan a través de cuatro acciones:

- Fortalecimiento del liderazgo.
- Gestión de la carga cuantitativa de trabajo.
- Fortalecimiento del proceso de inducción.
- Gestión del reconocimiento social de los empleados públicos y los trabajadores oficiales.

Estas acciones pretenden no solo promover prácticas saludables, sino prevenir y controlar los efectos nocivos en la salud.

Limitaciones

Las barreras previstas para la implementación de la estrategia son: la disponibilidad de recursos para ejecutar las acciones, la resistencia al cambio de personas en varios niveles, la dificultad para mantener la estrategia en el tiempo dada la rotación de las jefaturas y para ampliar la cobertura, dadas las limitaciones que impone la normativa con relación a algunos cargos.

5.4 Implementación de la estrategia

Las prácticas saludables en el sector de la administración pública se desarrollan a través de cuatro acciones: a) fortalecimiento del liderazgo; b) fortalecimiento del proceso de inducción; c) gestión de la carga de trabajo, y d) reconocimiento social a los empleados públicos y trabajadores oficiales.

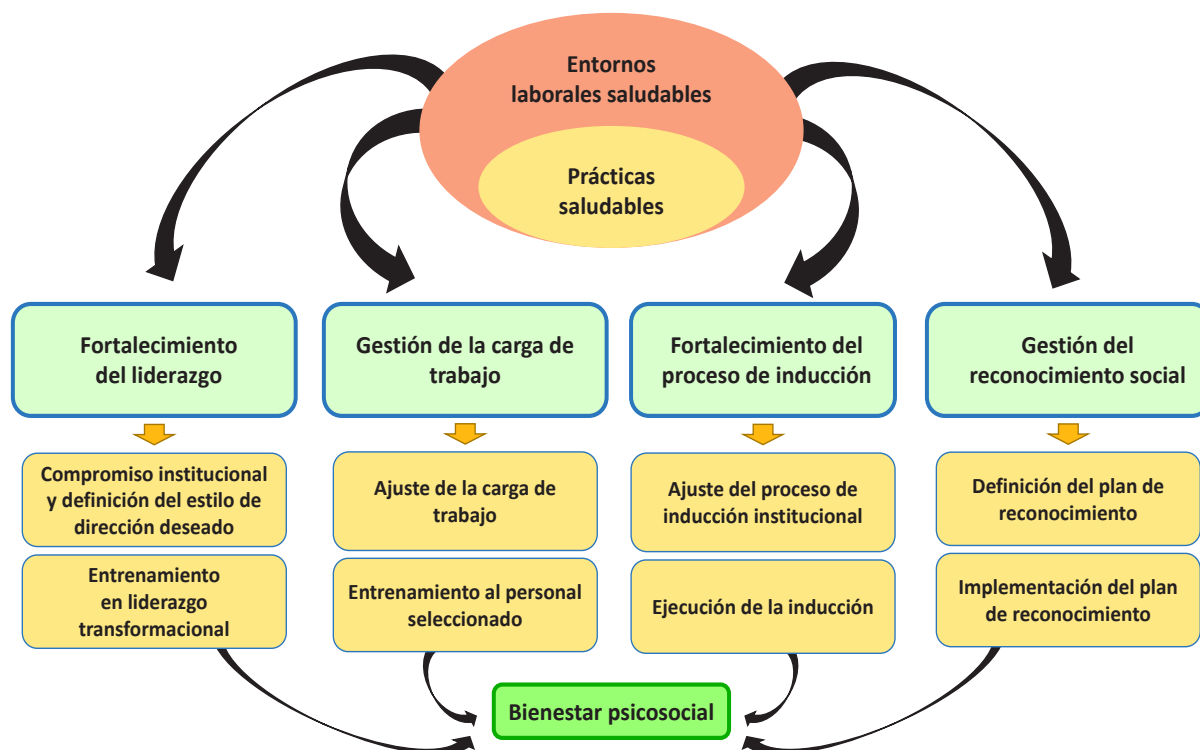
El fortalecimiento del liderazgo al interior de las instituciones impacta las dimensiones de características de liderazgo y de retroalimentación, en tanto que el fortalecimiento del proceso de inducción facilita la claridad del rol. De otra

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

parte, la gestión de la carga de trabajo pretende ajustarla al tiempo de la jornada, y finalmente el reconocimiento social a los empleados públicos y trabajadores oficiales constituye un mecanismo de estímulo a su desempeño.

Como se expresó anteriormente, la atención de otras dimensiones que cada organización considere relevantes a partir de la identificación de los factores psicosociales, puede realizarse mediante alguna o algunas de las acciones que se incluyen en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos, o de otras acciones que la institución diseñe para tal fin.

Figura 1. Estructura de las “Prácticas saludables en el sector de la administración pública”.

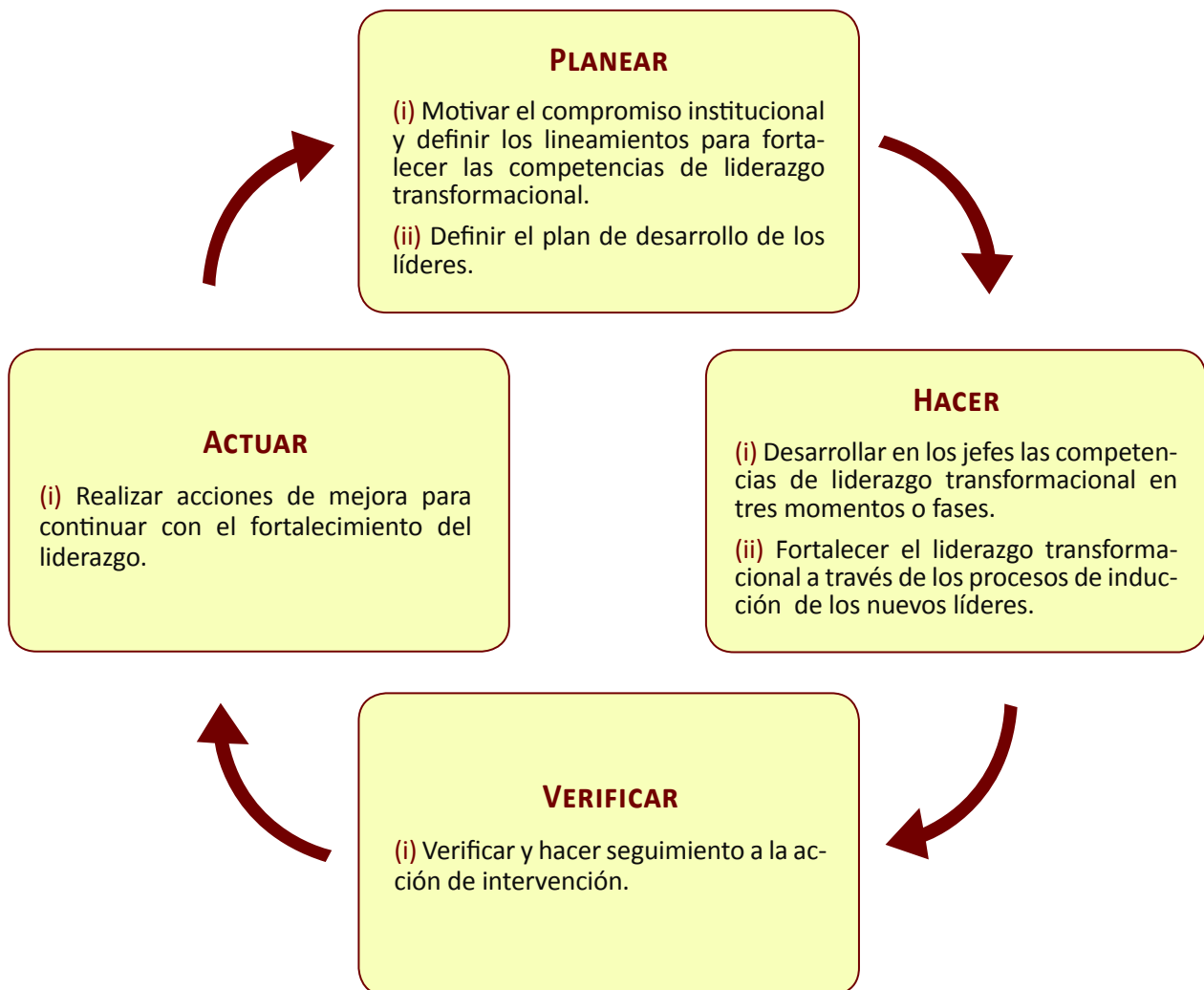


5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.4.1 Fortalecimiento del liderazgo

La acción busca desarrollar en los jefes la habilidad de liderazgo transformacional, con el fin de mejorar sus habilidades de planeación, organización del trabajo, comunicación y retroalimentación. Como resultado los jefes tendrán un mejor conocimiento de las necesidades de sus colaboradores y podrán fortalecer en ellos el apoyo mutuo, la participación, la orientación al resultado y el reconocimiento, así como el acceso a oportunidades para el desarrollo de carrera y el balance trabajo-vida privada. En la figura 2 se presentan las actividades del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) que facilitan el desarrollo de esta acción. Tales actividades se desglosan posteriormente.

Figura 2. Ciclo PHVA del fortalecimiento del liderazgo.



(i) Motivar el compromiso institucional y definir los lineamientos para fortalecer las competencias de liderazgo transformacional

Para fortalecer el liderazgo se requiere el compromiso institucional y la definición de lineamientos o directrices para incidir en los diferentes niveles de mando de la organización.

El área de gestión del talento humano y el responsable de seguridad y salud en el trabajo, con la participación de algunos jefes, identifican y documentan los lineamientos o aspectos que guían el proceso de fortalecimiento del liderazgo en la institución. Dichos lineamientos deben tener en consideración la misión y los valores institucionales, las normas y políticas, la estructura organizacional y los procesos que en ella se desarrollan, entre otros. Los lineamientos describen los conocimientos, habilidades y comportamientos que se espera en los jefes, los cuales a su vez deben estar en consonancia con la descripción o el perfil de los cargos de jefatura en las respectivas instituciones públicas.

(ii) Definir el plan de desarrollo de los líderes

A partir de los lineamientos para el fortalecimiento del liderazgo, el área de gestión del talento humano diseña el plan de desarrollo, el cual debe estar articulado a otras acciones de gestión del talento humano. Aunque este protocolo presenta como sugerencia el liderazgo transformacional³, existen otros enfoques de fortalecimiento de liderazgo.

El plan de desarrollo es responsabilidad del área de gestión del talento humano, con la asesoría técnica de un psicólogo o un experto (interno o externo) en desarrollo de liderazgo transformacional.

En el plan de desarrollo de los jefes se deben definir los objetivos, las competencias y metodología (entrenamiento y sus contenidos, acompañamiento y su enfoque, etc.), número de sesiones, el rol del(os) facilitador(es) y los participantes, los recursos, el seguimiento y la evaluación.

3. Dada la necesidad de desarrollar el sentido de trabajo en equipo y el rol del líder para la construcción y desarrollo de los mismos, el liderazgo transformacional se considera como un estilo que impacta el recurso psicológico positivo de los trabajadores. En este sentido, el líder se esfuerza por conocer las necesidades del colaborador, facilita su participación, fomenta las redes de apoyo y ofrece oportunidades equitativas para el desarrollo de carrera y el balance trabajo - vida privada (Llorens, Salanova y Losilla, 2009).

(i) Verificar y hacer seguimiento a la acción de intervención

La medición de los resultados de la intervención está a cargo del área de gestión del talento humano en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo. Para los efectos de la verificación se sugiere calcular indicadores como:

- Número de actividades de socialización de los lineamientos de liderazgo realizadas / número total de actividades programadas.
- Número de empleados públicos con personal a cargo que asisten al proceso de desarrollo / número total de empleados públicos con cargo de jefatura.
- Cambios en la evaluación que hacen los colaboradores respecto al estilo de liderazgo y la retroalimentación.
- Número de nuevos empleados públicos con personal a cargo que asisten al proceso de inducción / número total de empleados públicos nuevos con cargo de jefatura.

(i) Realizar acciones de mejora para continuar con el fortalecimiento del liderazgo

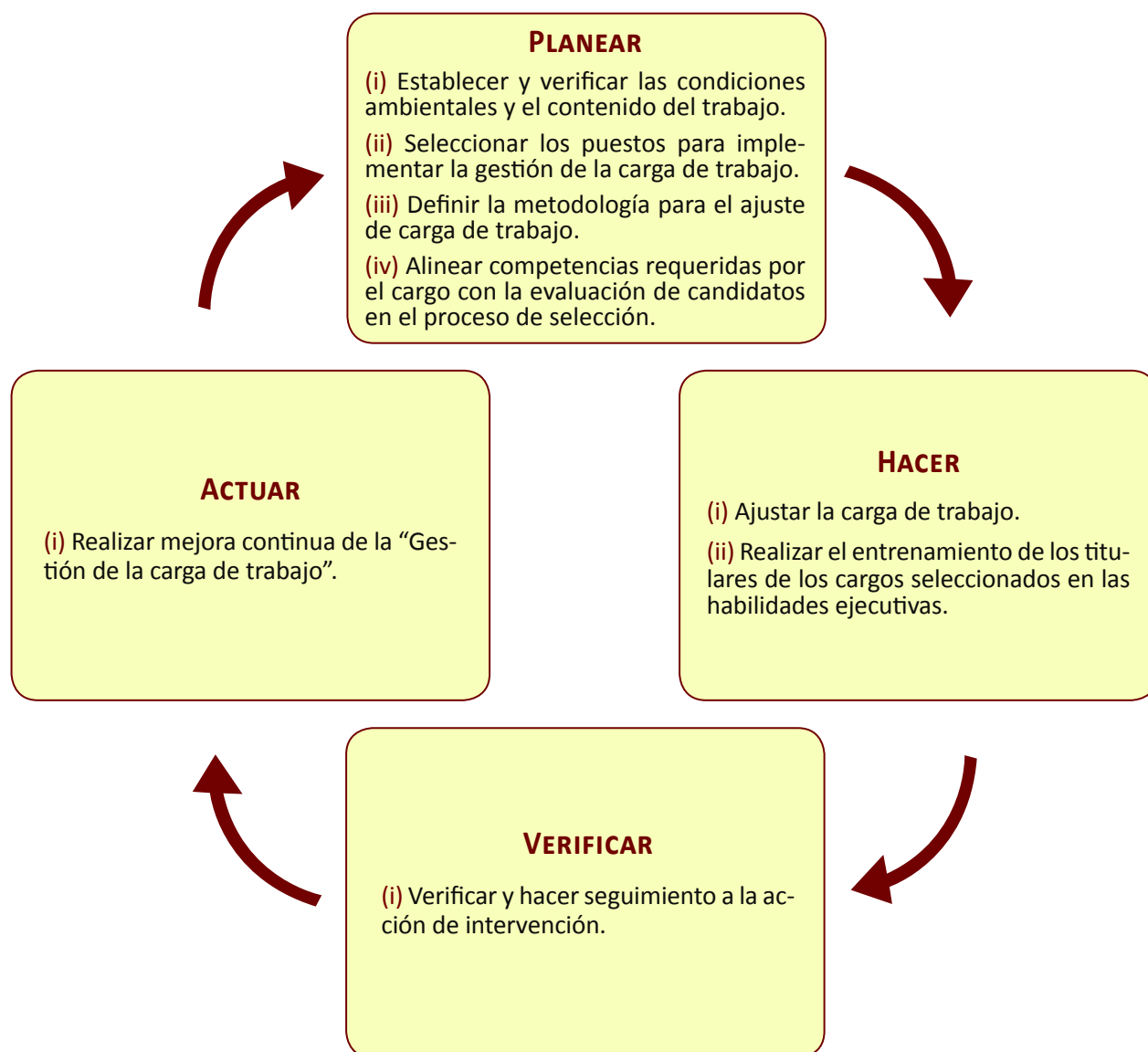
A partir de los resultados de la fase de seguimiento y evaluación se generan e implementan planes de mejoramiento para afianzar las características de liderazgo deseables en la organización.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.4.2 Gestión de la carga de trabajo

La acción busca controlar la demanda cuantitativa de trabajo ajustándola a la jornada de trabajo y además pretende desarrollar las funciones ejecutivas. Los pasos para la implementación de la acción se presentan en la figura 3 y se desarrollan posteriormente bajo el ciclo PHVA.

Figura 3. Ciclo PHVA para la gestión de la carga de trabajo.



5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

(i) Ajustar la carga de trabajo

En los puestos seleccionados por sobrecarga de trabajo se sugiere analizar si el trabajador tiene las competencias para ejercer las funciones designadas en el cargo. Con esta información se definen una de las siguientes dos acciones:

- Fortalecer las competencias de la persona para el desempeño del cargo, en cuyo caso el área de gestión del talento humano lo incluye en el plan de capacitación.
- Para el personal que cuenta con las competencias se revisa la carga de trabajo y si se ve pertinente se ajusta. Como acción complementaria se sugiere consultar la acción de intervención denominada “Gestión de cargas de trabajo” incluida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos”.

(ii) Realizar el entrenamiento de los titulares de los cargos seleccionados en las habilidades ejecutivas

El proceso inicia con una fase de autodiagnóstico en el que se analizan las fortalezas y debilidades ejecutivas del colaborador que ocupa la posición en la que se presenta la sobrecarga cuantitativa, y se prepara un plan de acción individual que incluye un proceso de entrenamiento mediante trabajo colaborativo, guiado por un profesional en psicología. Durante esta fase se definen e implementan mejoras en los métodos de trabajo y se enfatiza en el entrenamiento para la realización de funciones ejecutivas. Luego del entrenamiento se hacen reuniones periódicas para la reflexión colectiva y la toma de decisiones individuales sobre nuevos ajustes que ayuden a optimizar los tiempos de trabajo. Esta fase requiere del apoyo de los jefes así como del área de gestión del talento humano, para hallar alternativas de control de la carga cuantitativa de trabajo.

Verificar

(i) Verificar y hacer seguimiento a la acción de intervención

La medición de los resultados de la intervención está a cargo del área de gestión del talento humano en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo. Para efectos de la verificación se sugiere calcular indicadores como:

- Número de puestos de trabajo intervenidos / número total de puestos de trabajo con sobrecarga.
- Número de empleados públicos y trabajadores oficiales beneficiados con la acción de intervención / número total de empleados públicos y trabajadores oficiales objeto de la intervención.

Actuar

(i) Realizar mejora continua de la “gestión de la carga de trabajo”

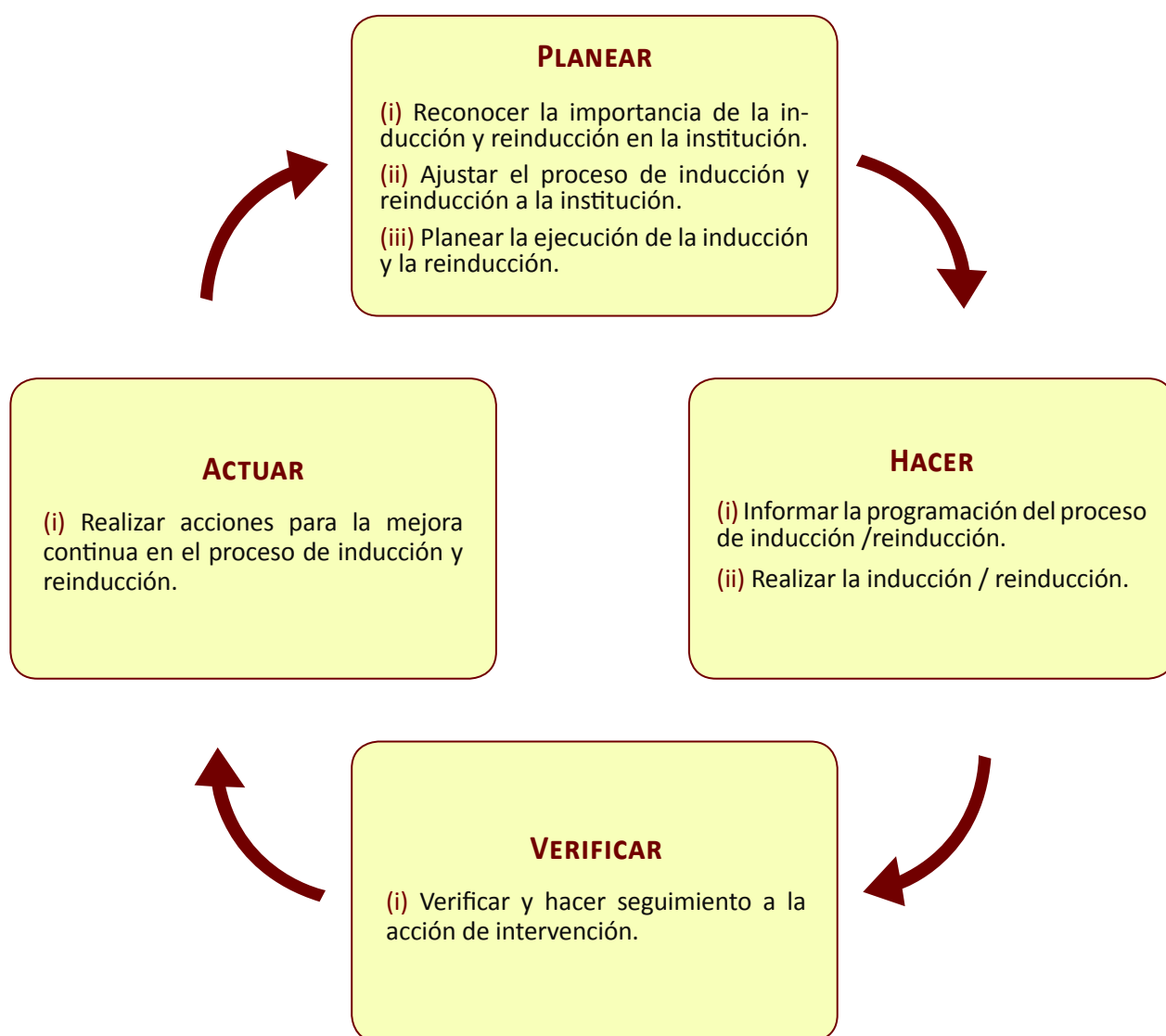
Hacer seguimiento y evaluación, y generar planes de mejoramiento a partir de análisis de los indicadores para garantizar el control sobre la demanda cuantitativa.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.4.3 Fortalecer el proceso de inducción

El fortalecimiento del proceso de inducción busca dar claridad sobre el rol que el colaborador va a desempeñar; de otra parte facilita su inmersión en la institución y en el grupo de trabajo. Con el fin de optimizar el proceso de inducción se consideran algunas acciones que se describen en la figura 4 y que posteriormente se amplían siguiendo el ciclo PHVA.

Figura 4. Ciclo PHVA para fortalecer el proceso de inducción.



i) Reconocer la importancia de la inducción y reintucción en la institución

Las directivas de la institución, orientadas por el área de gestión del talento humano expresan de forma explícita su respaldo al proceso de inducción y de reintucción a la institución y al cargo, y a través de una circular o de otro medio solicitan el respaldo de los jefes para realizarla de la mejor forma posible.

(ii) Ajustar el proceso de inducción y reintucción a la institución

Si bien los procesos de inducción y reintucción son de común aceptación en las instituciones, en cada una se deben considerar algunas particularidades.

Para el mejoramiento de los procesos de inducción y reintucción, el área de gestión del talento humano revisa el desempeño del proceso y detecta participativamente las oportunidades de mejora. En el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral* se incluye una acción en la que se describe con mayor detalle los procesos de inducción y reintucción, y se brindan algunas orientaciones y recomendaciones en caso que no se disponga de este proceso. Para el caso de los funcionarios que se vinculan a una institución pública es muy importante dar claridad sobre los procesos organizacionales, las políticas y normas, así como sobre la cultura, el estilo de liderazgo que se quiere fomentar y demás condiciones y beneficios.

Al final de esta fase se espera que la organización disponga de un plan de inducción y reintucción ajustado a sus necesidades y características.

(iii) Planear la ejecución de la inducción y la reintucción

Se definen y capacitan los responsables de la inducción o reintucción y se establece la logística necesaria. Los encargados de la inducción y la reintucción suelen ser delegados del área de gestión del talento humano, de seguridad y salud en el trabajo y el jefe inmediato del nuevo empleado público o trabajador oficial.

El delegado del área de gestión del talento humano debe garantizar:

- La programación de la inducción en tantas sesiones cuantas sean necesarias.
- La coordinación entre las áreas que van a participar en el proceso de inducción.
- La preparación del material que se va a utilizar en la inducción, así como la logística necesaria.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Hacer Hacer Hacer Hacer

(i) Informar acerca de la programación del proceso de inducción / reinducción

Esta actividad, a cargo del delegado del área de gestión del talento humano; consiste en dar a conocer el plan de inducción a las partes interesadas y en hacer seguimiento al cumplimiento de la programación.

(ii) Realizar la inducción /reinducción

Los responsables de la inducción se encargan de su ejecución, facilitando la participación de las personas, ofreciendo respuesta a sus inquietudes y claridad de los conceptos. Es útil verificar el aprendizaje que logran las personas que asisten a la inducción. Finalmente, conviene generar espacios informales de interacción para que las personas socialicen y de esta forma se generen redes de apoyo mutuo.

Verificar

(i) Verificar y hacer seguimiento a la acción de intervención

El seguimiento y la medición están a cargo del área de gestión del talento humano. Para efectos de la evaluación se sugiere calcular indicadores como:

Número de empleados públicos y trabajadores oficiales que asisten al proceso de inducción o reinducción / total de empleados públicos y trabajadores oficiales objeto de la inducción o la reinducción en el periodo.

Actuar

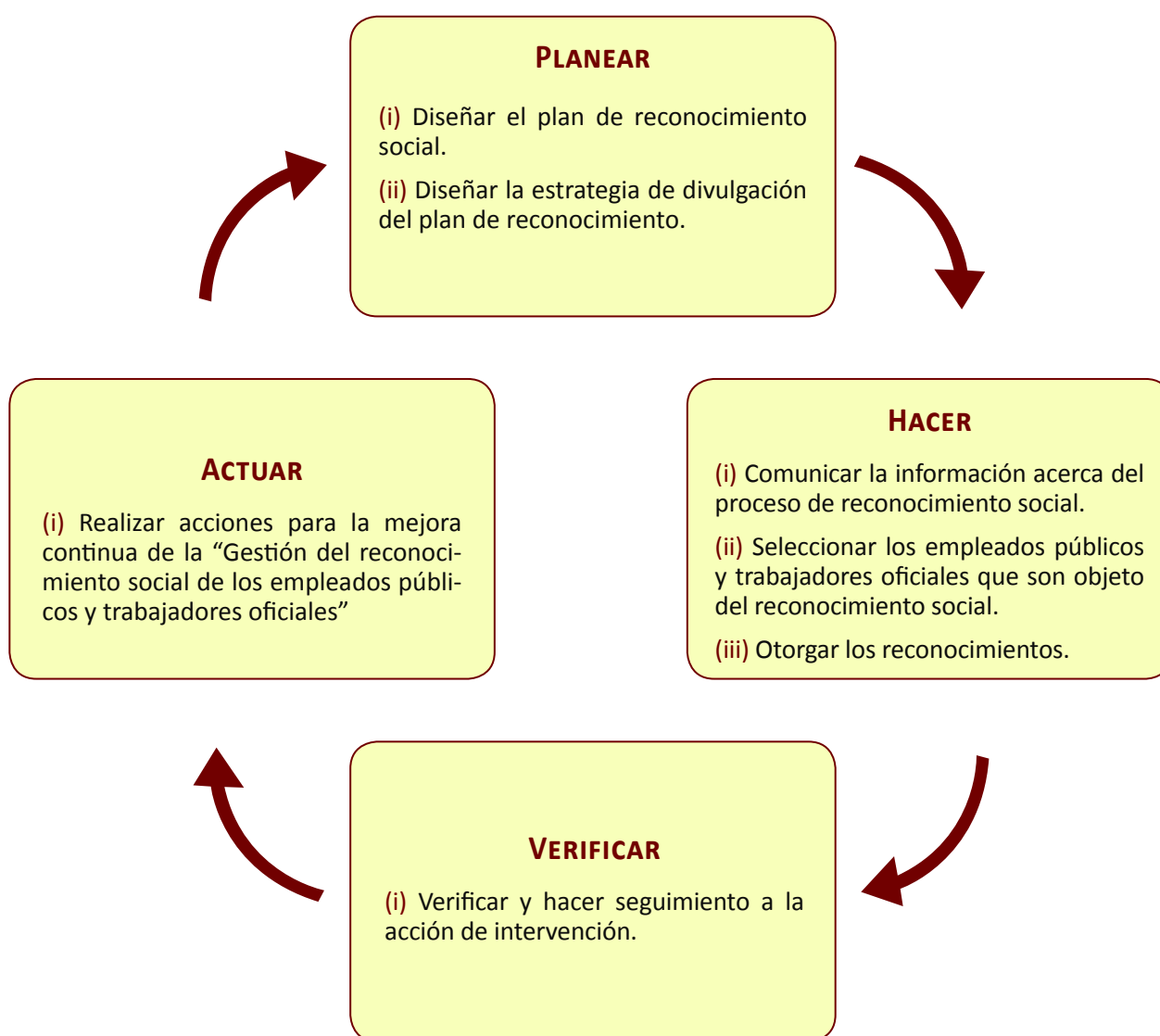
(i) Realizar acciones para la mejora continua en el proceso de inducción y reinducción

A partir del seguimiento y evaluación a las acciones de inducción y reinducción se generan e implementan planes de mejoramiento.

5.4.4 Gestión del reconocimiento social de los empleados públicos y trabajadores oficiales

La acción de intervención pretende reconocer los logros laborales de los empleados públicos y trabajadores oficiales, en acuerdo con la normatividad propia de cada institución. Las actividades que se contemplan para el desarrollo de esta acción se presentan en la figura 5 y se amplían posteriormente siguiendo el ciclo PHVA.

Figura 5. Ciclo PHVA para la gestión del reconocimiento social de los empleados públicos y trabajadores oficiales.



5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

(i) Diseñar el plan de reconocimiento social

El diseño del plan de reconocimiento social implica: a) la definición de los objetivos; b) los requisitos de participación (p.ej. por el desarrollo de proyectos, por ideas de mejoramiento, por cumplimiento de objetivos, entre otros); c) la periodicidad del otorgamiento (p.ej. semestral o anual); d) el proceso de selección y los criterios de calificación (p.ej. los jefes definen los empleados públicos y trabajadores oficiales seleccionados en conjunto con su grupo de trabajo); y e) las diversas categorías de reconocimientos y los estímulos (diploma, carta con copia a la hoja de vida, divulgación en la intranet o en el boletín, entre otros).

Para asegurar el cumplimiento de los objetivos del plan de reconocimiento, es preciso entrenar a quienes serán los evaluadores que seleccionarán a quienes se reconozca.

Los responsables del diseño del plan y de la documentación requerida son delegados del área de gestión del talento humano, con el apoyo de otros representantes y directivos de la institución.

(ii) Diseñar la estrategia de divulgación del plan de reconocimiento

Esta actividad implica plantear cuáles serán los medios y fases de divulgación del plan de reconocimiento. Entre los medios de divulgación se puede contemplar el uso de carteleras, página web, intranet o comunicaciones directas. En cuanto a las fases de divulgación, se recomiendan las siguientes: a) divulgación del proceso; b) divulgación del cronograma, y c) divulgación de los nombres de las personas que reciben el reconocimiento.

Hacer

Hacer

Hacer

Hacer

(i) Divulgar la información acerca del plan de reconocimiento social

El área de gestión del talento humano divulga el plan de reconocimiento social a todos los empleados públicos y trabajadores oficiales de la organización, a través de los medios establecidos en la planeación. Esta divulgación requiere un mensaje de motivación que coadyuve al cumplimiento del objetivo.

(ii) Seleccionar los empleados públicos y trabajadores oficiales que son objeto del reconocimiento social

Los jefes de área son los encargados de proponer los nombres de las personas objeto del reconocimiento, conforme a los criterios establecidos en el plan. La participación y el compromiso de los jefes contribuyen a la permanencia del plan de reconocimiento.

(iii) Otorgar los reconocimientos

Además del otorgamiento de los reconocimientos es importante publicar los motivos que justificaron dicho otorgamiento a fin de dar transparencia al proceso.

Verificar

Verificar

Verificar

(i) Verificar y hacer seguimiento a la acción de intervención

El seguimiento de la acción de intervención está a cargo del área de gestión del talento humano. Se sugiere calcular indicadores tales como:

- Satisfacción de los colaboradores y jefes con el proceso de reconocimiento social.
- Número de empleados públicos y trabajadores oficiales que han recibido reconocimiento social en el periodo / número de empleados públicos y trabajadores oficiales reconocidos en el mismo periodo del año anterior.

Actuar

(i) Realizar acciones para la mejora continua de la gestión del reconocimiento social en los empleados públicos y trabajadores oficiales

A partir de los resultados de la evaluación se diseñan e implementan acciones de mejora para optimizar el plan de reconocimiento de los empleados públicos y trabajadores oficiales.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

Durante el proceso de intervención se requiere el seguimiento y la evaluación de cada una de las acciones propuestas, para lo cual se tienen en cuenta los siguientes aspectos:

- Evidencias de las acciones de mejora implementadas, incluida la información de la cobertura y los resultados de su evaluación.
- Impacto de la estrategia de intervención en los resultados de la evaluación de los factores psicosociales un tiempo después de la intervención.
- Relación de la acción de intervención con otras acciones de bienestar y salud en el trabajo.
- Satisfacción de las partes interesadas con la estrategia de intervención psicosocial.

6. GLOSARIO

Dimensión de características del liderazgo: atributos de la gestión de los jefes inmediatos en relación con la planificación y asignación del trabajo, consecución de resultados, resolución de conflictos, participación, motivación, apoyo, interacción y comunicación con sus colaboradores (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de claridad de rol: es la definición y comunicación del papel que se espera que el trabajador desempeñe en la organización, específicamente en torno a los objetivos del trabajo, las funciones y resultados, el margen de autonomía y el impacto del ejercicio del cargo en la empresa (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas cuantitativas: son las exigencias relativas a la cantidad de trabajo que se debe ejecutar, en relación con el tiempo disponible para hacerlo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de reconocimiento y compensación: es el conjunto de retribuciones que la organización le otorga al trabajador en contraprestación al esfuerzo realizado

6. GLOSARIO

en el trabajo. Estas retribuciones corresponden a reconocimiento, remuneración económica, acceso a los servicios de bienestar y posibilidades de desarrollo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de retroalimentación del desempeño: describe la información que un trabajador recibe sobre la forma como realiza su trabajo. Esta información le permite identificar sus fortalezas y debilidades y tomar acciones para mantener o mejorar su desempeño (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Indicador: expresión cuantitativa o cualitativa del comportamiento o el desempeño.

Indicadores de proceso: medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión (Decreto 1072 de 2015).

Inducción: constituye el principal método de aculturación de los nuevos participantes en las prácticas corrientes de la organización. La inducción busca que el nuevo participante asimile de manera intensiva y rápida, en situación real o de laboratorio, la cultura de la organización y se comporte de ahí en adelante como miembro que viste definitivamente la camiseta de la organización (Chiavenato, 2009).

Factores de riesgo psicosocial: condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo (Resolución 2646 de 2008).

Liderazgo transformacional: el liderazgo transformacional se considera como un estilo que impacta el recurso psicológico positivo de los trabajadores. En este sentido, el líder se esfuerza por conocer las necesidades del colaborador, facilita su participación, fomenta las redes de apoyo y ofrece oportunidades equitativas para el desarrollo de carrera y el balance trabajo-vida privada (Llorens, Salanova y Losilla, 2009).

Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo (dominio de): el liderazgo alude a un tipo particular de relación social que se establece entre los superiores jerárquicos

y sus colaboradores, cuyas características influyen en la forma de trabajar y en el ambiente de relaciones de un área. El concepto de relaciones sociales en el trabajo indica la interacción que se establece con otras personas en el contexto laboral y abarca aspectos como la posibilidad de contacto, las características de las interacciones, los aspectos funcionales de las interacciones como la retroalimentación del desempeño, el trabajo en equipo y el apoyo social, y los aspectos emocionales, como la cohesión (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Mejora continua: proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión la Seguridad y Salud en el Trabajo, para lograr mejoras en desempeño en el campo, de forma coherente con la política de seguridad y salud en el trabajo (SST) de la organización (Decreto 1072 de 2015).

Población objeto: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales, a quien(es) se dirige la acción o estrategia propuesta con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

Recompensas (dominio de): este término trata de la retribución que el trabajador obtiene a cambio de sus contribuciones o esfuerzos laborales. Este dominio comprende diversos tipos de retribución: la financiera (compensación económica por el trabajo), de estima (compensación psicológica, que comprende el reconocimiento del grupo social y el trato justo en el trabajo) y de posibilidades de promoción y seguridad en el trabajo. Otras formas de retribución que se consideran en este dominio comprenden las posibilidades de educación, la satisfacción y la identificación con el trabajo y con la organización (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Reconocimiento social: es el uso de felicitaciones públicas como un estímulo no pecuniario.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, H., Salanova, M. y Llorens, S. (2011). ¿Qué prácticas organizacionales saludables son más frecuentes en las empresas? Un análisis cualitativo. *Fòrum de Recerca* 16: 811-826.
- Bass, B. M. y Avolio, B. J. (1994) Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Chiavenato, I. (2009). Gestión del talento humano. Mexico: Mc Graw Hill.
- Cifre, E., y Navarro, M. L. (2013). Construyendo puentes entre la responsabilidad social empresarial y la salud psicosocial en las organizaciones: una Guía 2.0 para el incremento de la “empleabilidad”. Estudios financieros. *Revista de trabajo y seguridad social: Comentarios, casos prácticos: recursos humanos* 359: 163-204.
- DANE. (2012). Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas. Revisión 4 adaptada para Colombia (CIU Rev. 4 A. C.). Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/nomenclaturas/CIU_Rev4ac.pdf
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.

- Decreto 1083 de 2015. República de Colombia.
- Decreto 1848 de 1969. República de Colombia.
- Decreto 3135 de 1968. República de Colombia.
- Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). (2015). Guía para establecer o modificar el Manual específico de funciones y de competencias laborales. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/guias>
- Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP). (2012). El sistema de estímulos. Orientaciones metodológicas. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/1590.pdf/c820d4f2-21f9-4a7b-be3e-9af7b498459c>
- Grados, J. (2013). Reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal. México: Manual Moderno.
- Grueso-Hinestroza, M. P., Rey-Sarmiento, C. F., González-Rodríguez, J. L., Ardi-la-Becerra, A. y Pineda-Castro, C. (2013). Acciones de promoción de la salud organizacional y su relación con variables estructurales y el bienestar de los trabajadores: análisis desde un modelo de organizaciones saludables. *Informes Psicológicos* 13 (2): 59-78.
- Infocop. (Abril 30 de 2008). La psicología de la salud ocupacional positiva. Entrevista a Marisa Salanova. Infocop. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1853
- International Labour Office (ILO). (2012). Stress prevention at work checkpoints: practical improvements for stress prevention in the workplace. Ginebra: ILO. Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_168053/lang--en/index.htm
- Ley 909 de 2004. República de Colombia.
- Llorens, S., Salanova, M. y Losilla, J. (2009). Liderazgo transformacional y capital psicológico positivo: Un estudio de caso en una empresa de construcción. *Directivos Construcción* 220: 48-55.
- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana. (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá, D.C.: Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Ministerio del Trabajo. (2014). Segunda encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema de riesgos laborales de Colombia. (Sin publicar).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Norma técnica de calidad en la gestión pública (Norma NTCGP 1000: 2009). (2009)
Disponible en: <http://www.ejercito.mil.co/?idcategoria=236899#>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2000). Anexo No. 6: Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe. Versión revisada, marzo 20 de 2000. San José, Costa Rica. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf
- Peiró, J. M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo* 29 (1): 68-82.
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- Sanz, M. (2012) ¿Qué es el coaching? Sus orígenes, definición, distintas metodologías y principios básicos de actuación de un coach. 3ciencias. Disponible en: <http://www.3ciencias.com/wp-content/uploads/2012/06/3.Que-es-Coaching.pdf>
- Senado de la República de Colombia. (2015). Proceso de gestión del talento humano. Mapa de riesgos del Congreso de la República de Colombia. Disponible en: http://senado.gov.co/transparencia/gestion-de-calidad-y-meci/cat_view/277-mapa-de-procesos-/280-proceso-gestion-de-talento-humano/307-indicadores-y-riesgos
- Tipiana, J. y Llorens, S. (2015). Fomentando empleados engaged: el rol del líder y de la autoeficacia. *Anales de Psicología* 31 (2): 636-644.

Links de referencia

- Departamento Administrativo de la Función Pública: <https://www.funcionpublica.gov.co/>
- Rama Judicial. República de Colombia: <https://www.ramajudicial.gov.co>
- Sistema de Información y Gestión del Empleo Público: <http://www.sigep.gov.co/>

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores.

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Desarrollar en los jefes la habilidad de liderazgo transformacional para mejorar la retroalimentación a sus colaboradores y fortalecer los equipos de trabajo.	Desarrollar en los jefes las competencias de liderazgo transformacional en tres momentos o fases.	Proceso	Número de actividades de socialización de los lineamientos de liderazgo realizadas / Número total de actividades programadas.	Gestión del talento humano en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo.	Semestral Anual
	Desarrollar en los jefes las competencias de liderazgo transformacional en tres momentos o fases.	Proceso	Número de empleados públicos con personal a cargo que asisten al proceso de desarrollo / Número total de empleados públicos con cargo de jefatura.	Gestión del talento humano en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo.	Semestral Anual
	Desarrollar en los jefes las competencias de liderazgo transformacional en tres momentos o fases.	Resultado	Cambios en la evaluación que hacen los colaboradores respecto del estilo de liderazgo y la retroalimentación.	Gestión del talento humano en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo.	Semestral Anual

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Desarrollar en los jefes la habilidad de liderazgo transformacional para mejorar la retroalimentación a sus colaboradores y fortalecer los equipos de trabajo.	Fortalecer el liderazgo transformacional a través de los procesos de inducción de los nuevos líderes.	Proceso	Número de empleados públicos nuevos con personal a cargo que asisten al proceso de inducción / Número total de empleados públicos nuevos con cargo de jefatura.	Gestión del talento humano en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo.	Semestral Anual
Controlar las demandas cuantitativas a través del ajuste de la carga laboral al tiempo de trabajo y del fortalecimiento de la capacidad de respuesta individual ante dicha carga.	Ajustar la carga de trabajo.	Resultado	Número de puestos de trabajo intervenidos/ Número total de puestos de trabajo con sobrecarga.	Gestión del talento humano en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo.	Semestral Anual
	Realizar el entrenamiento de los titulares de los cargos seleccionados en las habilidades ejecutivas.	Resultado	Número de empleados públicos y trabajadores oficiales beneficiados con la acción de intervención / Número total de empleados públicos y trabajadores oficiales objeto de la intervención.	Gestión del talento humano en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo.	Semestral Anual
Fomentar la claridad del rol y de los mecanismos de relación funcional con otras áreas, mediante procesos integrales de inducción.	Realizar la inducción / reintroducción.	Proceso	Número de empleados públicos y trabajadores oficiales que asisten al proceso de inducción o reintroducción / Número total de empleados públicos y trabajadores oficiales objeto de la inducción o la reintroducción en el periodo.	Gestión del talento humano	Semestral Anual
Promover mecanismos de reconocimiento de los empleados públicos y de los trabajadores oficiales.	Otorgar los reconocimientos.	Impacto	Satisfacción de los colaboradores y jefes con el proceso de reconocimiento social.	Gestión del talento humano	Semestral Anual
	Otorgar los reconocimientos	Resultado	Número de empleados públicos y trabajadores oficiales que han recibido reconocimiento social en el periodo / Número de empleados públicos y trabajadores oficiales reconocidos en el mismo periodo del año anterior.	Gestión del talento humano	Semestral Anual



Cultura de vida y trabajo saludables

Protocolo de intervención de factores psicosociales en instituciones nacionales del sector Defensa

 MINTRABAJO

 **TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

CULTURA DE VIDA Y TRABAJO SALUDABLES. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES EN INSTITUCIONES NACIONALES DEL SECTOR DEFENSA.

© 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

978-958-716-946-1

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Cultura de vida y trabajo saludables

Protocolo de intervención de factores
psicosociales en instituciones
nacionales del sector Defensa

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 del sector Defensa	7
1.2 Factores psicosociales más representativos del sector Defensa	10
2. MARCO DE REFERENCIA	12
2.1 Marco de referencia legal	12
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	14
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	16
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	17
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	19
5.1 Objetivos de la estrategia	19
5.2 Población objeto de la estrategia	21
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	21
5.4 Implementación de la estrategia	22
5.4.1 Creación de una estructura funcional para el despliegue de la cultura de vida y trabajo saludables	23
5.4.2 Desarrollo del liderazgo transformacional	29
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	33
6. GLOSARIO	34
7. BIBLIOGRAFÍA	40
8. ANEXOS	45

1. INTRODUCCIÓN

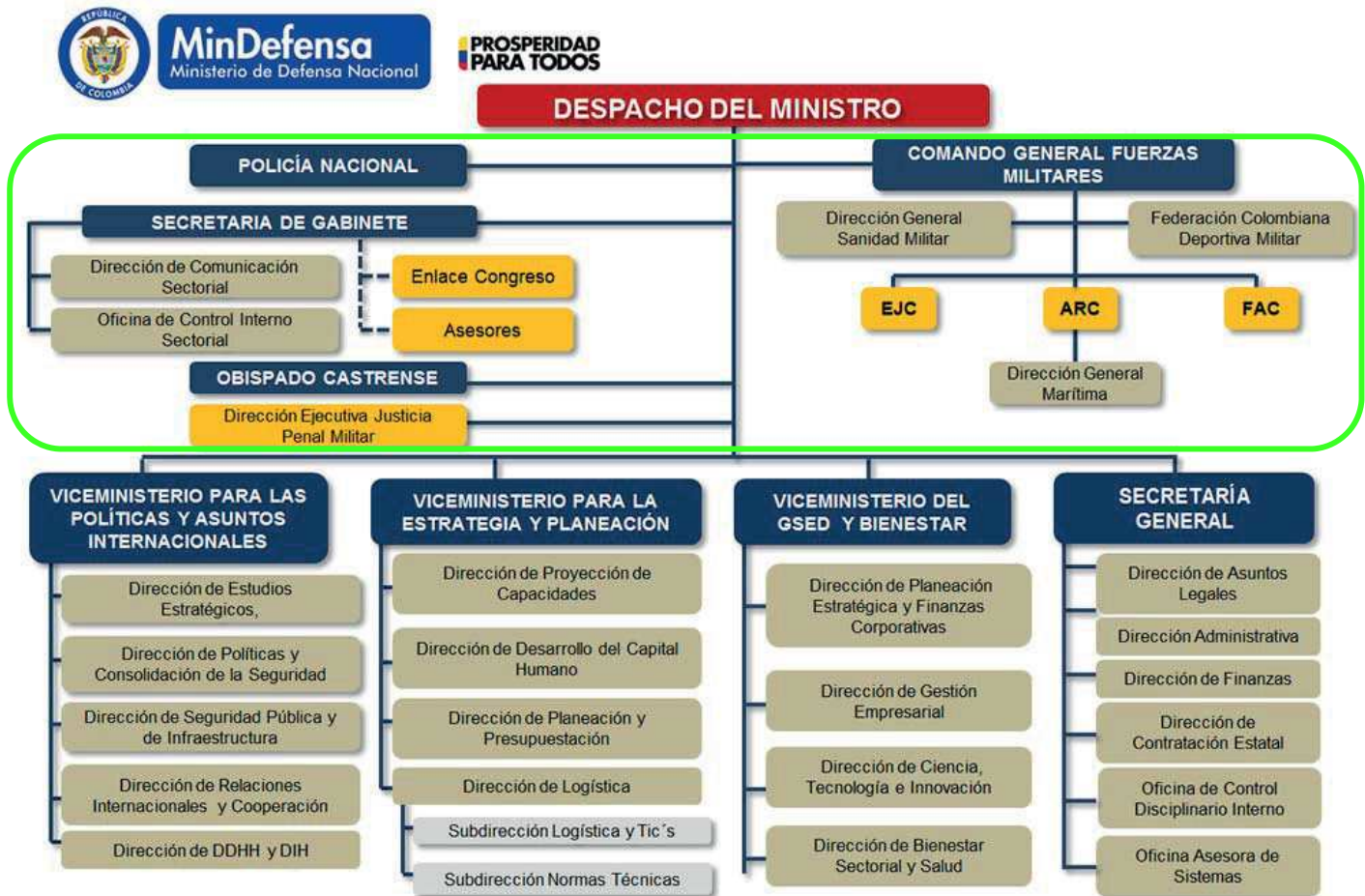
1.1 Caracterización del sector Defensa

El sector Defensa está conformado por un grupo de organizaciones dirigidas por el Ministerio de Defensa Nacional de Colombia. Está centrado en el objetivo de desplegar acciones, programas y proyectos que logren, según su normatividad, “la defensa de la soberanía, la independencia y la integridad territorial, así como el mantenimiento del orden constitucional y la garantía de la convivencia democrática” (Decreto 1512 de 2000, art. 4).

Las organizaciones que pertenecen a este sector se encuentran clasificadas, desde el Ministerio de Defensa, según normatividad (Decreto 1512 de 2000, art. 4), en entidades del sector central y del sector descentralizado. Las organizaciones que pertenecen al sector Defensa se encuentran enunciadas en la figura 1.

1. INTRODUCCIÓN

Figura 1. Estructura Orgánica Ministerio de Defensa Nacional.



Tomado de: Decreto 4890 del 23 de diciembre de 2011. Disponible en: <http://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Images/varios/organigrama2013g.jpg>

El Sector Central de Defensa se encuentra estructurado así:

Fuerzas Militares (FFMM) conformadas por organizaciones cuyo esfuerzo se centra en “la defensa de la soberanía, independencia, integridad del territorio nacional y el orden constitucional” (Decreto 1512 de 2000, art. 27). Sus instituciones son:

- Comando General de las Fuerzas Militares
- Ejército Nacional de Colombia
- Armada Nacional de Colombia
- Fuerza Aérea Colombiana (FAC)

De otra parte, la Policía Nacional de Colombia (PNC) está conformada por organizaciones que dentro de un cuerpo armado de naturaleza civil buscan “prevenir, investigar y controlar los delitos y contravenciones, generando una cultura de solidaridad que permita mantener las condiciones necesarias para que los habitantes de Colombia puedan ejercer los derechos y libertades públicas” (Decreto 1512 de 2000, art. 33). Sus organizaciones son:

- Dirección de la Policía Nacional
- Dirección de la Policía Judicial e Investigación (DIJIN).

El Sector Descentralizado se encuentra conformado así:

- Superintendencia de Vigilancia y Seguridad Privada
- Establecimientos públicos tales como: Caja de Retiro de las Fuerzas Militares, Caja de Sueldos de Retiro de la Policía Nacional, Hospital Militar Central, Agencia Logística de las Fuerzas Militares, Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, Instituto de Cajas Fiscales, Club Militar y Defensa Civil Colombiana.
- Empresas industriales y comerciales del estado entre las que se encuentran: Industria Militar (Indumil) y Caja Promotora de Vivienda Militar y de Policía.
- Sociedades de economía mixta que comprenden: Servicio Aéreo a Territorios Nacionales (SATENA), Corporación de la Industria Aeronáutica (CIAC) y Sociedad Hotelera S.A.
- Entidades descentralizadas indirectas: Corporación de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo de la Industria Naval, Marítima y Fluvial (Cotecmar) y Corporación de Alta Tecnología para la Defensa (Codaltec).

Adicionalmente se encuentran las siguientes entidades y mecanismos de control:

- Presidencia de la República
- Congreso de la República
- Contraloría General de la República
- Procuraduría General de la Nación
- Defensoría del Pueblo
- Contaduría General de la Nación
- Fiscalía General de la Nación

1. INTRODUCCIÓN

Finalmente la Justicia Penal Militar, jurisdicción que se encarga y la investigación y el juzgamiento de hechos relacionados con el servicio, cometidos por los miembros de la Fuerza Pública en actividad (Ley 522 de 1999, Código Penal Militar). Sus entidades son:

- Corte Suprema de Justicia
- Tribunal Superior Militar (segunda instancia).
- Juzgados Penales Militares (juzgados de primera instancia del Comando General de las Fuerzas Militares, el Ejército Nacional, la Armada, la Fuerza Aérea Colombiana y la Policía Nacional).

Estas entidades tienen personal contratado desde la administración pública (Ministerio de Defensa) y personal de régimen exceptuado (personal uniformado Fuerzas Militares).

El presente protocolo se centra en la realidad psicosocial del personal uniformado encargado de la defensa, mantenimiento del orden y de la seguridad de personas. El abordaje psicosocial del resto de los funcionarios y entidades se retoman desde el protocolo de intervención para el sector público.

1.2 Factores psicosociales más representativos del sector Defensa

Este es un sector que, tanto en Colombia como en el mundo, aporta casos de enfermedades asociadas con el estrés, mayormente enfermedades mentales, dado el compromiso emocional propio de la misión de sus entidades que implica la vivencia de eventos emocionalmente devastadores, presión por resultados revestidos de alta responsabilidad por los bienes, la salud, la seguridad y la vida de otros. Además, sus integrantes se encuentran expuestos a trabajo bajo presión, exigencias de atención y concentración continuas.

Desde la Dirección de Sanidad las entidades del sector Defensa atienden los casos de salud derivados de eventos ocupacionales, para lo cual siguen las políticas y lineamientos de atención de la salud en el trabajo del Ministerio de Defensa, las Fuerzas Militares (FFMM) y la Policía Nacional (PNC).

El presente protocolo ofrece opciones de intervención para las siguientes dimensiones más representativas del sector, así:

- Características del liderazgo que corresponden a una forma de interacción sensible a la percepción y vivencia del estrés entre los funcionarios, y que

tiene efectos adversos cuando dichas interacciones presentan dificultades como falta de planeación y apoyo social, poca motivación hacia el grupo de colaboradores o deficiencias en el trato, con lo cual los grupos actúan con mayores dificultades.

- Relaciones sociales en el trabajo que comprenden la posibilidad de interactuar con otras personas, la calidad de las interacciones, el trabajo en equipo y la cohesión de los grupos. Algunas de estas condiciones presentan dificultades en situaciones de contacto social limitado (durante asignaciones a operaciones en campo, con varios meses lejos de lugar de residencia).
- Respecto de las demandas del trabajo que se presentan en este sector, algunas condiciones precisan de atención particular, entre ellas:
 - Las demandas emocionales derivadas de la vivencia de situaciones de conflicto, violencia o enfrentamientos, y la atención a personas alteradas que requieren control emocional de parte de los uniformados.
 - Las demandas de la jornada laboral tienen un comportamiento que depende de condiciones sociales, políticas o de conflicto social, frente a las cuales puede ocurrir que dicha jornada se extienda o que deba ampliarse la disponibilidad por asignación a una operación (comisión nacional o internacional con duración de semanas o meses), por rotación de turnos o por trabajo nocturno.
 - Variación en las demandas ambientales en razón de los cambios de lugar de trabajo propios de las operaciones (variación de temperatura y humedad propias de los viajes a diferentes lugares del país, trabajo en oficina o a la intemperie, en navíos, etc.).

Todas las condiciones anteriores pueden presentar impacto negativo en la vida personal, familiar y social del uniformado, pues existe influencia del ambiente laboral sobre el extralaboral, en el que puede presentarse disminuciones en el tiempo libre y de descanso, así como en la posibilidad de interactuar con su familia y sus allegados.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

En el marco normativo internacional que orienta la actuación de las organizaciones en materia de gestión en seguridad y salud en el trabajo, Colombia recibe lineamientos supranacionales de la Comunidad Andina de Naciones que recomienda el desarrollo del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). En este marco de acción, todas las instituciones del sector Defensa del país deben implementar la vigilancia de varios factores de riesgo, incluidos los psicosociales (Decisión 584 de 2004, CAN).

Adicionalmente, la gestión del riesgo psicosocial en el sector Defensa se enmarca en la normatividad específica para sus instituciones, pero con personal mixto (algunas se acogen a la normatividad colombiana de las empresas privadas o públicas y otras a su propio régimen de excepción). En la actualidad, la gestión sobre el riesgo psicosocial se ha precisado para el personal civil, no así para el personal uniformado.

Las instituciones del sector Defensa, que pertenecen al régimen de excepción, tienen algunos lineamientos descritos en la normatividad, políticas y procedimientos que los rige, los cuales orientan la actuación frente a riesgos derivados del trabajo.

A continuación se presentan algunas normativas que, sin pretender ser exhaustivas, pueden orientar la gestión frente al riesgo psicosocial y sus efectos:

- El Acuerdo 025 de 2003 (Ministerio de Defensa Nacional) decreta que las entidades de este sector, desde sus más altos mandos, deben administrar la seguridad y salud desde una política en salud ocupacional extensiva al Ministerio de Defensa, Fuerzas Militares y Policía Nacional. De otra parte, las unidades militares y de policía, establecimientos de sanidad en todas las FFMM y en la PNC, dependencias, departamentos, secciones, etc. son los encargados de diseñar e implementar el Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.
- La Resolución 019 de 2013 del Ministerio de Defensa Nacional, que exige la creación y funcionamiento de un Comité de Convivencia Laboral, tomando como base la ley 1010 de 2006 (Acoso laboral) y la Resolución 2646 de 2008 (Gestión del riesgo psicosocial).
- La Resolución 00223 de 2015, que adopta las Definiciones y el Marco Estratégico Institucional 2015-2018 de la Policía Nacional. En esta resolución se definen los objetivos estratégicos de las políticas institucionales, entre las que se encuentra la política de gestión humana y calidad de vida, y describe entre sus objetivos estratégicos, reseñados en la Resolución 00223 de 2015, algunos que confluyen con el objetivo de la presente estrategia de intervención psicosocial. Estos son:
 - Fortalecer el sistema educativo policial garantizando la formación y capacitación integral para el desarrollo de las competencias requeridas en un entorno cambiante.
 - Potenciar el modelo de gestión humana y la consolidación de la cultura institucional (mejoramiento de las condiciones de calidad de vida laboral y familiar de la población trabajadora).
 - Fomentar el comportamiento ético, el respeto por los derechos humanos y la resolución de conflictos.
 - Optimizar los servicios de salud y bienestar que permitan satisfacer las necesidades del policía y su familia (busca mejorar la calidad de vida del policía y su familia).
- Decreto 1070 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Defensa.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

El presente protocolo toma como base el modelo ecológico propuesto por McLeroy et al. (1988), retomado por la herramienta SOLVE de la Organización Internacional de Trabajo (OIT, 2012), el cual considera una serie de interacciones complejas y dinámicas entre los factores organizacionales, las relaciones interpersonales, los factores comunitarios y las políticas públicas. Estos se describen a continuación:

- Factores intrapersonales: entendidos como características individuales, en particular aquellos que son modificables como el conocimiento, las actitudes y las aptitudes, que pueden responder o no a las expectativas sociales.
- Relaciones interpersonales: concebidas como aquellas relaciones con el círculo más cercano (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.), las cuales influyen fuertemente en el comportamiento que las personas tienen respecto a su salud.
- Factores organizacionales: entendidos como los grupos sociales y funcionales de la persona (laborales, religiosos, escolares, etc.), que tienen influencia positiva o negativa sobre la salud de la persona. En este aspecto se centran las actividades y programas laborales como un referente de concepto de vida y trabajo saludables.
- Factores comunitarios: se refiere a las redes familiares y sociales que orientan la actuación personal del individuo en favor o en contra de su salud.
- Políticas públicas: referidas a las normas, procedimientos y políticas (desde organizacionales hasta nacionales), propuestas para proteger la salud de las comunidades.

Esta mirada propone un abordaje integral y sistémico del concepto de salud personal, social, laboral y comunitaria que promueve la salud psicosocial.

El desarrollo de la estrategia considera como variable clave el estilo de liderazgo, dado que genera diferencias importantes en la percepción del estrés y en la cohesión de los equipos. Por esta razón, además del modelo ecológico, el presente protocolo toma el concepto de liderazgo transformacional propuesto inicialmente por la psicología positiva, del que se espera que funcione como un liderazgo con capacidad para resolver dificultades y modificar culturas en razón de nuevos objetivos, que para el caso actual se refiere a la cultura de trabajo y vida saludables.

2. MARCO DE REFERENCIA

Cuando este liderazgo despliega acciones que movilizan los comportamientos de los grupos a cargo, aumenta el compromiso hacia el logro de objetivos, el desempeño, la satisfacción y el sentido de responsabilidad social en las FFMM y la PNC.

Este protocolo propone un trabajo esencialmente preventivo, pero considera la intervención secundaria de forma simultánea, ya que además de intervenir condiciones de trabajo, propone acciones para el desarrollo de habilidades en las personas, inclusive considera acciones de fortalecimiento de la cultura de trabajo para evitar que aparezcan casos de enfermedad.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El contenido del protocolo de intervención psicosocial para el sector Defensa contribuye a sentar las bases de una cultura de trabajo y vida saludables, a partir de la implementación de un proceso de mejoramiento frente a unas condiciones de trabajo y hábitos del personal que cuando se comportan de forma riesgosa, pueden tener efectos negativos en los uniformados.

Dicho grupo de actividades tiene un enfoque de prevención mixta (primaria – secundaria), pues en el factor psicosocial de estilo de liderazgo propone trabajar en la fuente (primaria), mientras que en otras dimensiones interviene el desarrollo de habilidades en los grupos poblacionales expuestos a riesgo psicosocial (secundaria), para fortalecer los mecanismos de afrontamiento, con el fin de prevenir la aparición de efectos en salud y en el desempeño ocupacional.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

Personal encargado de la gestión del talento humano, personal encargado de la prevención de enfermedades dentro del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo y los altos mandos de las instituciones del sector, a saber:

Ejército Nacional

- Dirección de Preservación de la Integridad y Seguridad del Ejército (DIPSE)
- Dirección de Seguridad Operacional
- Jefatura de Educación y Doctrina
- Jefatura de Familia
- Dirección General de Sanidad Militar
- Obispado Castrense
- Línea en Defensa por la Vida

Armada Nacional

- Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Jefatura de Desarrollo Humano
- Dirección de Familia
- Dirección de Bienestar Social

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

- Dirección de Sanidad
- Instrucción y Educación Naval

Fuerza Aérea Colombiana

- Jefatura de Desarrollo Humano
- Subdirección de Salud Ocupacional
- Jefatura de Educación Aeronáutica
- Jefatura de Familia
- Jefatura de Dirección Aeronáutica

Policía Nacional

- Dirección Administrativa y Financiera (Oficina de Planeación)
- Dirección de Talento Humano
- Dirección Nacional de Escuelas
- Dirección de Bienestar Social
- Dirección de Incorporación
- Dirección de Sanidad (particularmente Grupo de Gestión del Riesgo Ocupacional y Ambiental)
- Dirección de Seguridad Ciudadana
- Inspección General

Comandantes de cada una de las FFMM y de la PNC, jefes de jefaturas, directores y comandantes de unidades.

Adicionalmente puede existir una figura de asesor, el cual puede ser un profesional (externo o propio) que tenga experiencia en implementación de programas de hábitos saludables, o un trabajador que se haya encargado de programas para generar modificación de comportamientos en salud al interior de la(s) institución(es).

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Crear hábitos personales y de gestión organizacional que promuevan una cultura de vida y trabajo saludables, a partir de un programa de gestión integral en cada institución.

La orientación y seguimiento del programa de gestión integral contará con un equipo de trabajo compuesto por:

- Un delegado del Ministerio de Defensa y Comando General de las Fuerzas Militares.
- Un representante de las áreas de Jefatura de Educación y Doctrina del Ejército / Dirección Nacional de Escuelas de la Policía / Jefatura de Educación Aeronáutica / Instrucción y Educación Naval, según el caso.
- Un representante de la Dirección de Preservación de la Integridad y Seguridad del Ejército (DIPSE) / Dirección de Seguridad Operacional / Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo / Grupo de Gestión del Riesgo Ocupacional y Ambiental, según el caso.
- Representante de Jefatura de la Dirección Aeronáutica.
- Representante de la Dirección Administrativa y Financiera de la Policía (Oficina de Planeación).

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Representante de Inspección General de la Policía.
- Representante de Dirección de Seguridad Ciudadana de la Policía
- Representante de Jefatura de Desarrollo Humano / Dirección de Talento Humano / Dirección de Incorporación, según el caso.
- Representante de Dirección de Familia / Jefatura de Familia, según el caso.
- Representante de Dirección de Bienestar Social.
- Representante de Dirección General de Sanidad Militar (Programa de Salud Mental) de las FFMM / Sanidad de la Policía Nacional (Programa de Salud Mental), según sea el caso.
- Representante del Obispado Castrense y sus capellanías.
- Líder de la Línea en Defensa por la Vida / Línea de Apoyo Emocional, según el caso.
- Jefes de jefaturas, directores y comandantes de unidades.

Específicos

- Estructurar un proceso de trabajo integrado entre los altos mandos de cada una de las FFMM y la PNC, y las unidades responsables de desarrollo humano, dirección de familia, seguridad operacional, salud y seguridad en el trabajo y dirección de sanidad (programa de salud mental) en cada institución, con el fin de generar una cultura de vida y trabajo saludables.
- Generar una perspectiva de liderazgo sensible a la implementación de prácticas de trabajo saludables, contando con la orientación del representante de desarrollo humano, seguridad operacional y seguridad y salud en el trabajo en cada institución.
- Mejorar condiciones de trabajo a partir de la identificación de situaciones tensionantes propias de la dinámica laboral y la gestión de los líderes de los grupos de trabajo, con apoyo de desarrollo humano, seguridad operacional y seguridad y salud en el trabajo en cada institución.
- Fortalecer los hábitos saludables en los grupos de trabajo, mediante un abordaje integral de las acciones organizacionales y las actividades familiares y personales.

5.2 Población objeto de la estrategia

Grupos de funcionarios públicos (soldados profesionales, patrulleros, agentes, etc.), oficiales (nivel ejecutivo, insignia, superiores y subalternos) y suboficiales de las FFMM y la PNC, cuya dinámica de trabajo es exigente desde el punto de vista psicosocial.

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

Si bien la presente estrategia busca un abordaje integral de un conjunto de dificultades recurrentes, no pretende ser exhaustiva ni convertirse en la única referencia de intervención.

Las condiciones no abordadas desde esta propuesta pueden considerarse con las propuestas de intervención generales que se incluyen en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, el cual forma parte de esta serie de documentos técnicos, o de otras acciones que cada institución diseñe para tal fin.

La presente estrategia ofrece una serie de pasos o fases que orientan la forma de crear y mantener una cultura de vida saludable en grupos de trabajo expuestos a situaciones emocionalmente intensas. Permite también definir formas de relación y de retroalimentación basadas en el respeto a la dignidad humana y puede orientar protocolos de actuación preventiva frente a posibles casos de enfermedades mentales asociadas con el estrés.

Dado que la estrategia contenida en este protocolo presenta un proceso de fortalecimiento de la cultura organizacional, se requiere la acogida y puesta en marcha de acciones de parte de los altos mandos de las instituciones, para controlar acciones de maltrato entre los miembros de las FFMM y la PNC.

Limitaciones

El despliegue de acciones de intervención psicosocial puede generar resistencia en algunas jefaturas por tratarse de un proceso dispendioso de aprobación de las actividades que promueven los cambios en la cultura organizacional tradicional.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

El despliegue de la intervención puede representar un costo no presupuestado anteriormente, de forma que trabajar de forma desintegrada tendrá impactos temporales y sectorizados.

Dado que el despliegue de acciones requiere de más de un año para su implementación, la presente estrategia excluye a personal cuya permanencia en la institución es menor (auxiliares de policía por prestación del servicio militar, soldados regulares), quienes pueden seguir cubiertos por los programas de promoción de la salud mental que tiene cada una de las FFMM y la PNC (prevención de adicciones, programa de riesgo psicosocial, programa de bienestar, etc.).

5.4 Implementación de la estrategia

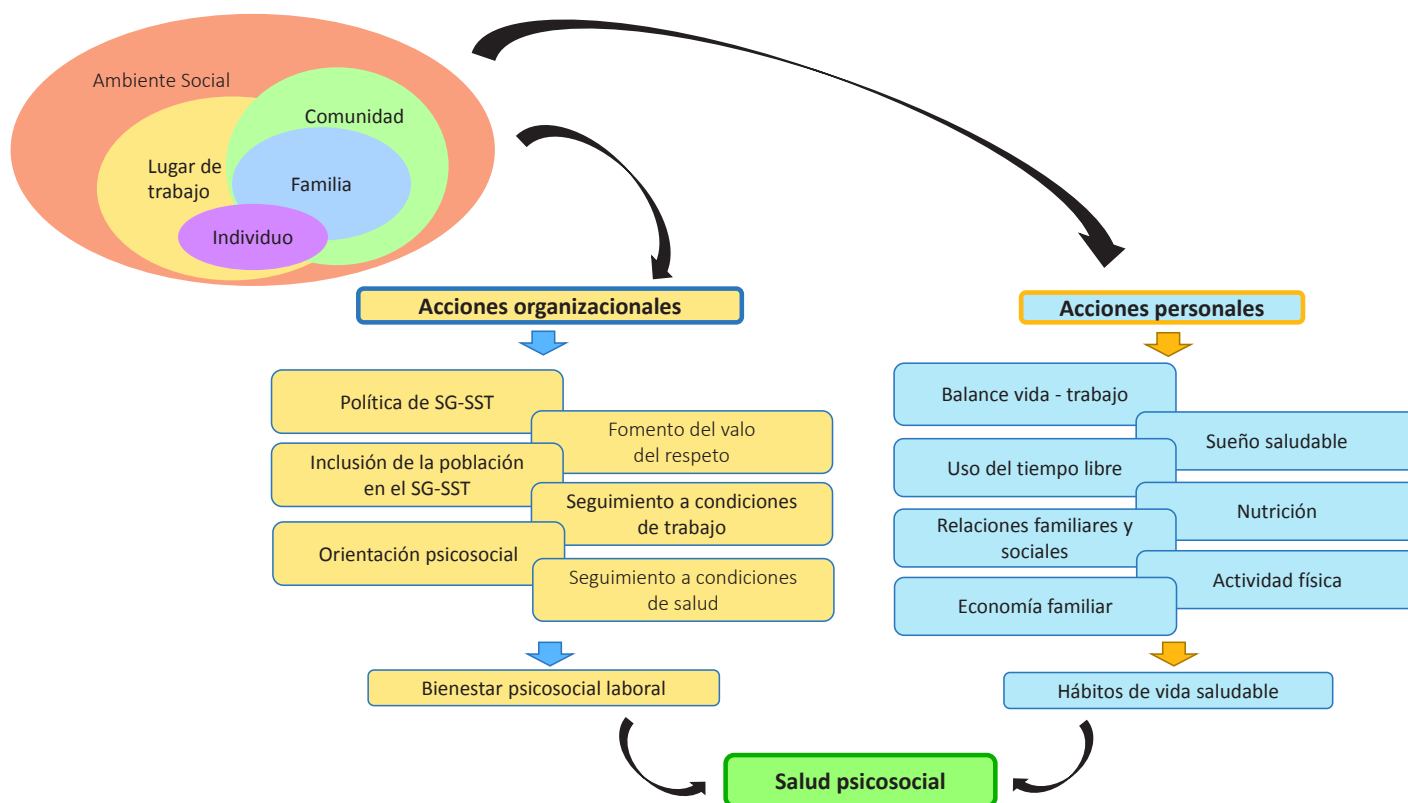
La presente estrategia desarrolla una serie de acciones planteadas en fases que involucran distintas áreas de las FFMM y la PNC y eventualmente un asesor (externo o propio) para la dirección y monitoreo de la correcta implementación, cuya finalidad es:

- Crear una estructura funcional para el despliegue de una cultura de vida y trabajo saludables.
- Desarrollar el liderazgo transformacional.
- Fortalecer el sentido de hábitos de vida saludables.

La creación de las bases de una cultura de vida y trabajo saludables es un esfuerzo que requiere acciones que integren la gestión de las FFMM y la PNC y de las formas de trabajo con las costumbres personales y familiares. Por esta razón la presente estrategia propone la creación de una estructura funcional al interior de las organizaciones para desplegar acciones de promoción de la salud, integrar a los jefes en dichas actividades y fomentar la práctica de hábitos personales saludables.

Para contextualizar el despliegue de las actividades de intervención psicosocial en un grupo de trabajo, se requiere desarrollar las habilidades de liderazgo transformacional en los jefes, de forma que se conviertan en facilitadores de la gestión necesaria para crear un entorno laboral saludable. Por esta razón la estrategia propone como punto de partida el planteamiento de las políticas y valores de las organizaciones y se extiende hasta el seguimiento de comportamientos que promuevan la salud psicosocial personal y laboral.

Figura 2. Creación de bases para estructurar una cultura de vida y trabajo saludables



Adaptado del modelo ecológico de McLeroy *et al.* (1988) utilizado por la herramienta SOLVE diseñada por la OIT (2012).

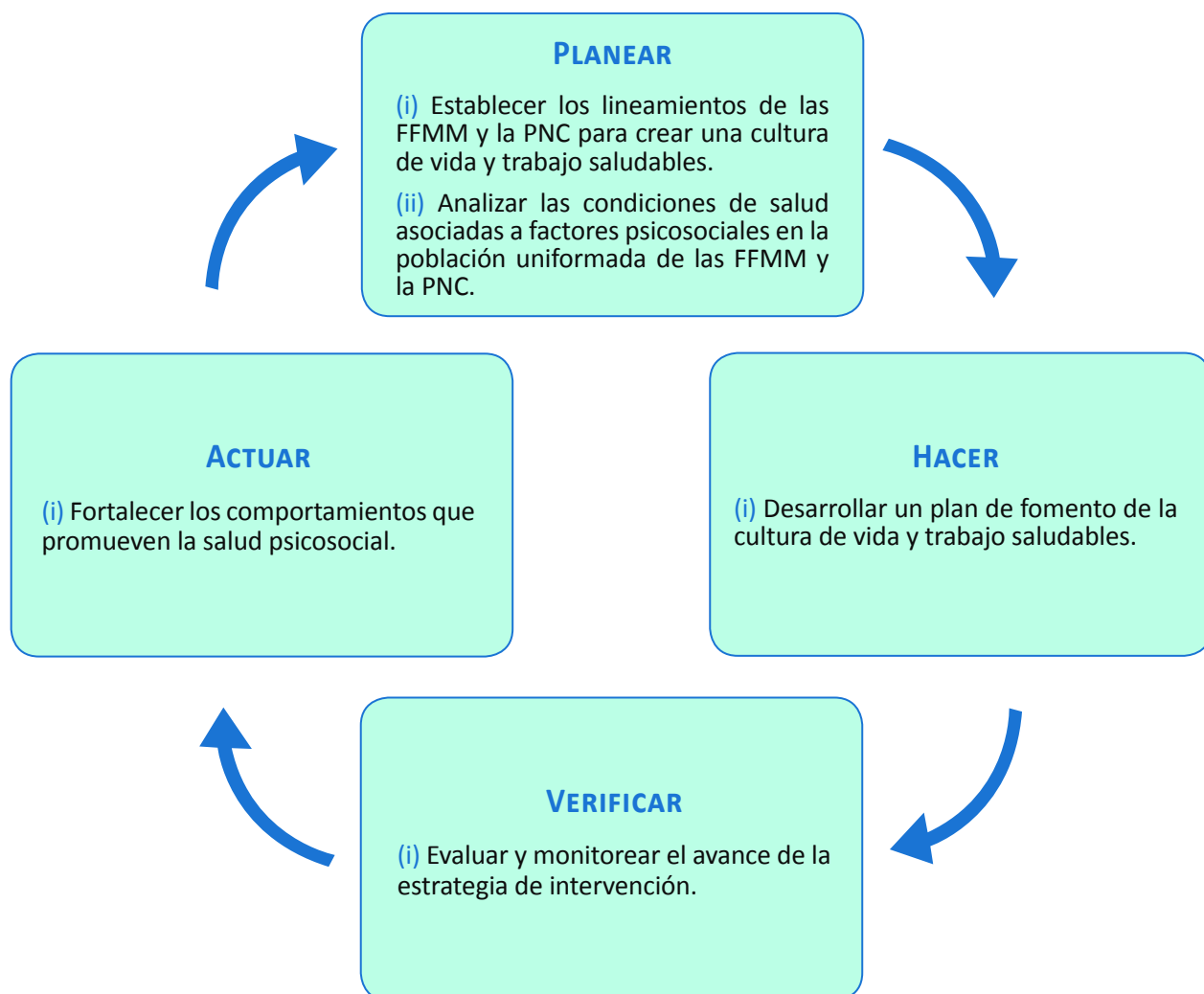
5.4.1 Creación de una estructura funcional para el despliegue de la cultura de vida y trabajo saludables

Esta acción propone el despliegue de actividades de orden organizacional y administrativo en la administración del talento humano y en la gestión de la seguridad operacional para facilitar el desarrollo de las demás acciones de la presente estrategia.

Las actividades que se deben ejecutar para facilitar el involucramiento de los jefes en la estructuración de una cultura favorecedora del cambio y promotora de la salud se presentan en la siguiente figura y posteriormente se desglosan en cada fase del ciclo PHVA.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Figura 3. Creación de una estructura funcional para el despliegue de la cultura de vida y trabajo saludables.



5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

(i) Evaluar y monitorear el avance de la estrategia de intervención.

El monitoreo verifica el avance del plan y su impacto en los diferentes grupos.

El GGMCP monitorea el despliegue de las actividades propuestas y toma decisiones de mejoramiento frente a los resultados. Como indicadores se sugieren los siguientes:

- **Cobertura:** número de funcionarios (o de grupos de trabajo) que participaron en las actividades del plan de trabajo en el período (puede ser semestral). En mediciones comparadas se analizan las diferencias en las tasas de participación, aunque generalmente se pretende un crecimiento de cobertura.
- **Cumplimiento:** número de actividades realizadas en relación con las programadas en el período (puede ser semestral).
- **Participación de los jefes:** proporción de jefes que participaron en actividades de promoción en el período.

Adicionalmente la mesa de revisión de la salud psicosocial debe reunirse con frecuencia (puede ser mensualmente en sus inicios), con el fin de analizar y decidir sobre las medidas preventivas más pertinentes para controlar los casos de enfermedad en la población de la institución, así como fortalecer las medidas de promoción de la salud. Los análisis que se realizan en la mesa de trabajo deben retroalimentar al GGMCP.

La verificación también debe considerar los siguientes aspectos:

- Factores de trabajo que se asocian con mayor frecuencia a las incapacidades, así como los motivos de consulta más frecuentes en la línea de atención psicosocial.
- Condiciones de trabajo que afectan mayormente la estabilidad emocional y mental de los funcionarios (por ejemplo: adaptación al cambio por asignación a operaciones prolongadas, jornadas extensas, turnos de trabajo, atención a personas y situaciones emocionalmente devastadoras, etc.).
- Los exámenes médicos pueden brindar información respecto a las prácticas o situaciones que afectan la salud, por ejemplo malos hábitos de sueño, falta de actividad física, escaso contacto con la familia, etc.

(i) Fortalecer los comportamientos que promueven la salud psicosocial.

En esta fase el GGMCP, con el apoyo de algunos comandantes, revisa y aprueba nuevas acciones de mejoramiento al plan de fortalecimiento de la cultura de vida y trabajo saludables, en respuesta a los resultados obtenidos con las acciones realizadas.

Las nuevas medidas de intervención que se propongan deben considerar los siguientes aspectos:

- Hábitos de vida que promueven la salud (una opción es la incorporación del programa SOLVE de la OIT (2012).
- Desarrollo de la capacidad de resiliencia en los colaboradores cuyos cargos se encuentran expuestos a demandas emocionales de alto impacto (desarrollo de estrategias de afrontamiento), y otras acciones de las propuestas en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos.

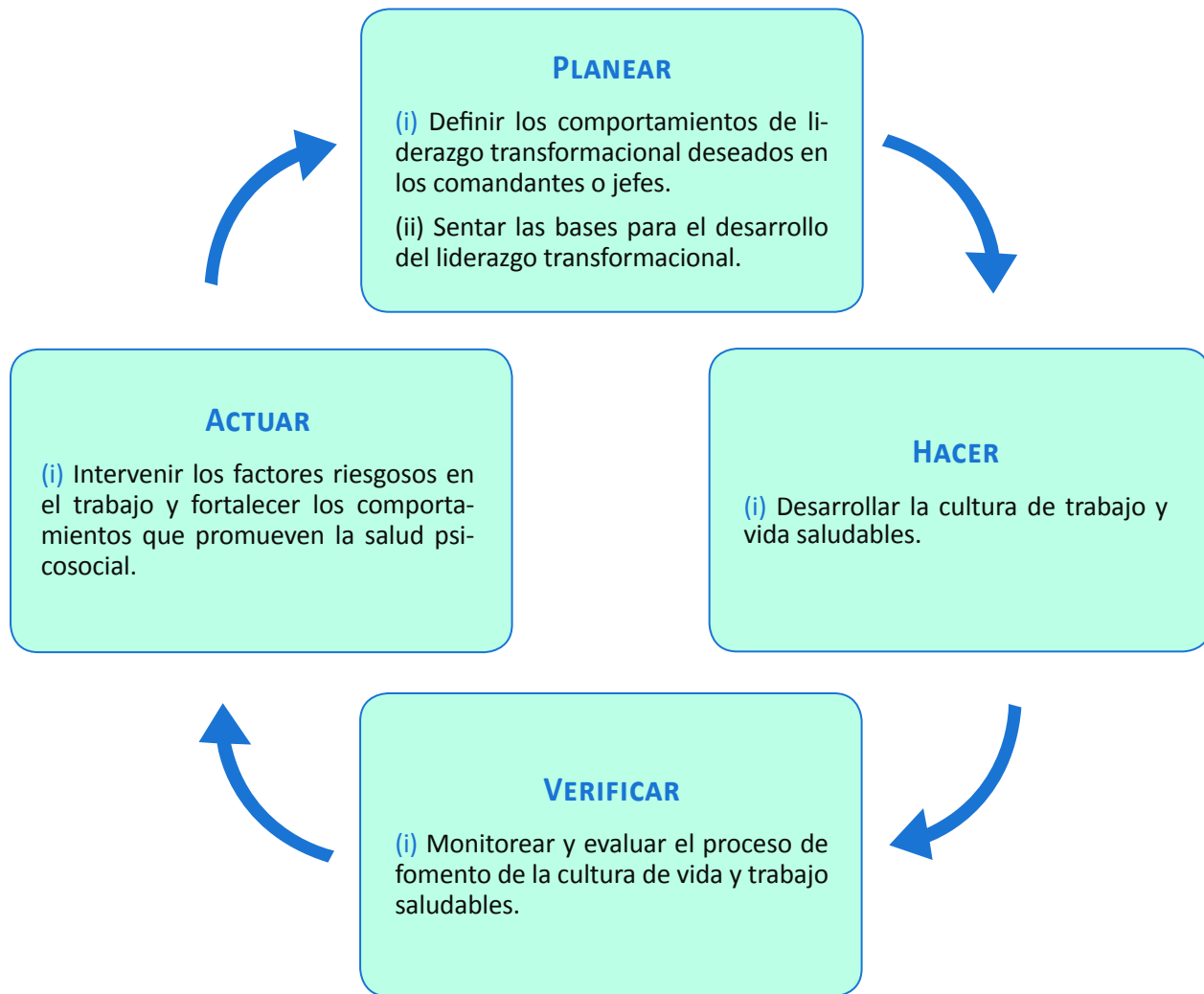
5.4.2 Desarrollo del liderazgo transformacional

Esta acción busca involucrar directamente a los líderes y a través de ellos a su grupo de trabajo, en las actividades que soportan la cultura de vida y trabajo saludables, de forma que se comprenda el impacto de las condiciones de vida y de trabajo en la salud organizacional, grupal y personal.

Para facilitar el involucramiento de los jefes en el fomento de la promoción de la salud se desarrollan varias actividades que se compilan en la figura 4 y que se amplían posteriormente en cada etapa del ciclo PHVA.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Figura 4. Desarrollo del liderazgo transformacional



5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Hacer Hacer Hacer

(i) Desarrollar la cultura de trabajo y vida saludables

El fomento de la cultura de trabajo y vida saludables la ejecución de actividades tales como:

- Formación a los comandantes.
- Acompañamiento en campo a los comandantes para verificar la apropiación de los comportamientos de liderazgo esperados. Esta actividad puede apoyarse desde el área encargada de la gestión del talento humano.
- Encuentro de los altos mandos con el GGMCP, para hacer un seguimiento del desempeño del liderazgo transformacional.

Verificar Verificar Verificar

(i) Monitorear y evaluar el proceso de fomento de la cultura de vida y trabajo saludables.

El seguimiento de la estrategia requiere que se verifique la frecuencia de comportamientos de liderazgo transformacional esperados. De otra parte, se hace seguimiento al cumplimiento del plan de formación y a la efectividad de las propuestas de promoción de hábitos saludables.

También es importante monitorear la frecuencia de casos de enfermedad y de incapacidades en el personal uniformado y compararla con los resultados de periodos anteriores.

Actuar Actuar Actuar

(i) Intervenir los factores riesgosos en el trabajo y fortalecer los comportamientos que promueven la salud psicosocial.

El seguimiento del liderazgo transformacional puede mostrar la necesidad de incorporar acciones de mejora que se implementan en esta fase. Así mismo, si se observan los resultados esperados, se recomienda que se implemente alguna forma de reconocimiento por el logro obtenido.

5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

La presente estrategia pretende desarrollar habilidades de liderazgo en los comandantes para fortalecer hábitos que fomenten la cultura de salud y trabajo saludables. En general se recomienda utilizar como elemento de entrada la evaluación de las habilidades a través del seguimiento al desempeño.

Si bien se estima que el proceso de fomento de la cultura deseada puede tomar varios años (alrededor de cinco años), es importante mantener la disciplina de seguimiento como requisito para su mantenimiento. Además es importante monitorear y evaluar los factores psicosociales y analizar el impacto de la intervención mediante la comparación de indicadores de incapacidades, rotación y desempeño.

Los principales aspectos que requieren monitoreo son:

- El incremento de comportamientos de liderazgo transformacional.
- La frecuencia de las actividades de formación y de acompañamiento que se desarrollen versus las planeadas.
- La cobertura de cada actividad del plan.
- El impacto de la intervención mediante del análisis de la incidencia de casos de enfermedad.

El monitoreo de la estrategia puede realizarse desde el GGMCP, con el apoyo del área de Gestión de Calidad (NGP1000 para la gestión pública), la Jefatura de Planeación (JEPLA) que audita la implementación del Sistema de Gestión de Calidad y el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, y la Inspección General de la Policía Nacional, unidad asesora en el diseño, el gerenciamiento, el monitoreo y la evaluación de procesos, pero también lidera los programas sobre derechos humanos y desarrollo de cultura al interior de la Institución, para su promoción, respeto y protección.

6. GLOSARIO

Acoso laboral: toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado / trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir la renuncia del mismo (Ley 1010 de 2006).

Alimentación saludable: una alimentación saludable es aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades, asegurar la reproducción, la gestación y la lactancia, y que promueve un crecimiento y desarrollo óptimos. Debe ser satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible (Basulto y Caorsi, 2013).

Apoyo social: las relaciones interpersonales que establecen las personas en los distintos ambientes en los que opera (familiar, laboral) se configuran en elementos importantes en cuanto que cumplen una serie de funciones que, en última instancia, van a determinar la existencia de problemas o, por el contrario, de satisfacción (Pérez y Martín, 1997).

Apoyo social emocional: es un tipo de apoyo y comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes (Pérez y Martín, 1997).

Área encargada de la seguridad y salud en el trabajo: corresponde a la dirección o subdirección particular de las FFMM o de la PNC, cuya denominación en cada institución se reseña a continuación:

- Ejército Nacional: Dirección de Preservación de la Integridad y Seguridad del Ejército (Seguridad Operacional).
- Armada Nacional: Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Fuerza Aérea Colombiana: Subdirección de Salud Ocupacional.
- Policía Nacional: Dirección de Sanidad - Grupo de Gestión del Riesgo Ocupacional y Ambiental.

Área encargada de la gestión del talento humano: corresponde a la dirección o jefatura particular de las FFMM o de la PNC cuya denominación en cada institución se reseña a continuación:

- Ejército Nacional: Dirección de Personal.
- Armada Nacional: Jefatura de Desarrollo Humano.
- Fuerza Aérea Colombiana: Jefatura de Desarrollo Humano.
- Policía Nacional: Dirección de Talento Humano.

Capacitación: adquisición sistemática de actitudes, conceptos, conocimientos, roles o habilidades con los que se obtiene una mejoría del desempeño del trabajo (Carnevale y Goldstein, 1991). La capacitación está dirigida a elevar los niveles de competencia de las personas para el desempeño de las labores relacionadas con el proceso de producción de determinados bienes o servicios, para la gestión de ese mismo proceso y para las tareas que implica su propio bienestar y desarrollo. Las técnicas de capacitación no solamente incluyen las tradicionales de tipo presencial como cursos, talleres, seminarios, etc., sino también las que han sido desarrolladas más recientemente, como las técnicas derivadas a partir de la educación a distancia (Cinterfor / OIT, 1996).

Ciclo PHVA: “Procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos: (i) Planificar: se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se

6. GLOSARIO

están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar, determinando ideas para solucionar esos problemas. (ii) Hacer: implementación de las medidas planificadas. (iii) Verificar: revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados. (iv) Actuar: realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores” (Decreto 1072 de 2015).

Competencia: combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoin y Vargas, 2002).

Dimensión de características del liderazgo: atributos de la gestión de los jefes inmediatos en relación con la planificación y asignación del trabajo, consecución de resultados, resolución de conflictos, participación, motivación, apoyo, interacción y comunicación con sus colaboradores (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas ambientales y de esfuerzo físico: condiciones del lugar de trabajo y de la carga física que involucran las actividades que se desarrollan, que bajo ciertas circunstancias exigen del individuo un esfuerzo de adaptación. Las demandas de esta dimensión son condiciones de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, ventilación), químico, biológico (virus, bacterias, hongos o animales), de diseño del puesto de trabajo, de saneamiento (orden y aseo), de carga física y de seguridad industrial (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de la jornada de trabajo: las demandas de la jornada de trabajo son las exigencias del tiempo laboral que se hacen al individuo en términos de la duración y el horario de la jornada, así como de los periodos destinados a pausas y descansos periódicos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas emocionales: situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador. La exposición a las exigencias emocionales demandan del trabajador habilidad para: a) entender las situaciones y sentimientos de otras personas, y b) ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios con el fin de no afectar el desempeño de la labor (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del entorno extralaboral en el trabajo: corresponde al influjo de las exigencias de los roles familiares y personales en el bienestar y en la actividad laboral del trabajador (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral: condición que se presenta cuando las exigencias de tiempo y esfuerzo que se hacen a un individuo en su trabajo, impactan su vida extralaboral (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de relaciones sociales en el trabajo: son las interacciones que se establecen con otras personas en el trabajo, particularmente en lo referente a:

- La posibilidad de establecer contacto con otros individuos en el ejercicio de la actividad laboral.
- Las características y calidad de las interacciones entre compañeros.
- El apoyo social que se recibe de compañeros.
- El trabajo en equipo (entendido como el emprender y realizar acciones que implican colaboración para lograr un objetivo común).
- La cohesión (entendida como la fuerza que atrae y vincula a los miembros de un grupo, cuyo fin es la integración) (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Estrés: respuesta de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, en su intento de adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales (Resolución 2646 de 2008).

EU-OSHA: Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo.

FFMM: Fuerzas Militares en Colombia.

Fatiga: “Sensación compleja, integrada por síntomas físicos y psíquicos, que ubica a quien la percibe en un continuo que va desde sentirse bien hasta estar exhausto; constituye un sistema de evaluación de la integridad del individuo y un factor determinante en la disposición para realizar alguna tarea” (Martínez et al., 2004, 517).

FAC: Fuerza Aérea de Colombia.

Factores de riesgo: condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para

6. GLOSARIO

una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Factores de riesgo psicosocial: condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo (Resolución 2646 de 2008).

Factores psicosociales protectores o benéficos: condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador (Resolución 2646 de 2008).

Indicador: expresión cuantitativa o cualitativa del comportamiento o el desempeño.

Indicadores de estructura: “medidas verificables de disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender demandas y en seguridad y salud en trabajo” (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de proceso: “medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo” (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: “medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión” (Decreto 1072 de 2015).

Instituciones del sector: se refiere a cada una de las entidades descritas en el apartado del marco de referencia.

OIT: Organización Internacional del Trabajo.

Población objeto: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales, a quien(es) se dirige la acción propuesta con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

Pausas en el trabajo: son cortos periodos de tiempo durante la propia jornada de trabajo, que hacen posible que el descanso pueda desarrollarse de manera saludable y eficiente (Nogareda y Bestratén, 2011).

PNC: Policía Nacional de Colombia.

Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o trastorno de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Prevención secundaria: medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o trastorno de salud ya presente en un individuo, mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Tiene por objetivos atender, limitar o controlar la enfermedad, es decir reducir la prevalencia de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Prevención terciaria: medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de secuelas de una enfermedad o trastorno de salud. Tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de la persona enferma, refuncionalizarla y revitalizarla (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Promoción de la salud: actividades que tienen por objeto a promover actitudes, conductas y comportamientos para que las personas orienten su forma de vida hacia un estado óptimo de salud. Los programas de alimentación saludable, actividad física y ejercicio son ejemplo de actividades de promoción encaminadas a mantener y mejorar las condiciones las condiciones de salud (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Rehabilitación: conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario 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 permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida (Ministerio de la Protección Social, 2010).

Resiliencia: capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante (Forés y Grané, 2008; Rutter, 1993).

Seguridad operacional: en el Ejército Nacional de Colombia, el término se refiere a la gestión de seguridad y salud en el trabajo, la cual se encuentra reglamentada en el decreto 1070 de 2015.

Violencia laboral: “Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma” (Organización Internacional del Trabajo, 2012).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, H., Cruz-Ortiz, V., Salanova, M. y Llorens, S. (2015). Healthy organization: analysing its meaning based on the HERO Model/Organizaciones saludables: analizando su significado desde el Modelo HERO. *Revista de Psicología Social* 30 (2): 323-350.
- Acuerdo 025 de 2003. Ministerio de Defensa Nacional. República de Colombia. Disponible en: <http://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/?idcategoria=981>
- American Psychological Association. El camino a la resiliencia. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>
- Bass B. M. y Avolio, B. J. (1994) Improving organizational effectiveness through transformational leadership. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Basulto, J. y Caorsi, L. (2013) Alimentación saludable, ¿qué es?. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/2013/04/26/216544.php
- Carnevale, A. P. y Goldstein, H. (1991). Schooling and training for work in America: An overview. New developments in worker training: A legacy for the 1990s. Disponible en: <http://50.87.169.168/OJS/ojs-2.4.4-1/index.php/LERAMR/article/download/1170/1156#page=117>

- Cinterfor y Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1996). Formación y trabajo: de ayer para mañana. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/oeivirt/fp/cuad1a07.htm>
- Decisión 584 de 2004. Comunidad Andina de Naciones (CAN). Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores. Disponible en: <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/DEC584s.asp>
- Decreto 1512 de 2000. República de Colombia y Ministerio de Defensa Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.cgfm.mil.co/documents/10197/176447/decreto+12.pdf/4b6fcc5b-0763-487f-892f-13dda5ca0c37>
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Forés, A. y Grané, J. (2008). La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Plataforma Editorial. Barcelona, España. Disponible en: <http://www.plataformaeditorial.com/uploads/La-resiliencia.pdf>
- Irigoin, M. y Vargas, F. (2002). Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Oficina Internacional del Trabajo, Cinterfor. Primera edición, Montevideo. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf
- Jáimez, M. J. (2012). Organizaciones Saludables: El papel del empoderamiento organizacional (Doctoral dissertation, Tesis doctoral). Departamento de Psicología Social. Universidad de Granada).
- Jaramillo, J. C. (2007). Competencias comunicativas para la participación. Altablero No. 40. Disponible en <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-122250.html>.
- Ley 522 de 1999. Código Penal Militar. República de Colombia.
- Ley 1010 de 2006. República de Colombia.
- Llorens, S., Salanova, M. y Losilla, J. (2009). Liderazgo transformacional y capital psicológico positivo: Un estudio de caso en una empresa de construcción. *Directivos construcción* 220: 48-55.
- Martínez, A., Méndez, R. y Barrientos, T. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la prueba de síntomas subjetivos de fatiga en trabajadores mexicanos. *Revista de Salud Pública* 46: 516–523.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Quart* 15: 351-77. Disponible en: http://www.med.upenn.edu/chbr/documents/1988-McLeroy-An_Ecological_Perspective_on_Health_Promotion_Programs.pdf

7. BIBLIOGRAFÍA

- Moreno, B. y Báez, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid y Ministerio de Trabajo e Inmigración, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Ministerio de la Protección Social (2010). Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Bogotá, D. C., Colombia. Disponible en: <http://www.fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>
- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Ministerio de Trabajo y Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). (2013). Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos, Informe Ejecutivo. Disponible en: http://ccs.org.co/salaprensa/images/Documentos/INFORME_EJECUTIVO_II%20ENCST.pdf
- Nogareda, S. y Bestratén, M. (2011). NTP 916: El descanso en el trabajo (I): Pausas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/891a925/916w.pdf>
- Nogareda, C. y Nogareda, S. (1998). NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_455.pdf
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2001). Factores ambientales en el lugar de trabajo. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT. Ginebra: OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/normativeinstrument/wcms_112584.pdf
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT) (2012). SOLVE: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo: cuadernos de trabajo del participante. Ginebra: OIT. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203380.pdf

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Organización Mundial de la Salud (1998). Promoción de la Salud - Glosario. Disponible: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Ambientes de trabajo saludables: un modelo para la acción. Para empleadores, trabajadores, autoridades, normativas y profesionales. Ginebra: OMS - OPS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces_spanish.pdf
- Pérez, J. y Martín, F. (1997). NTP 439. El apoyo social. INSHT. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.prevencionlaboral.org/pdf/NTP/ntp_439.pdf
- Policía Nacional de Colombia, Dirección General: Oficina de Planeación. Políticas institucionales para la Policía Nacional de Colombia: Tomo 7.1 Derechos Humanos en la Policía Nacional. Disponible en: <http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/HOME/Lineamientos/TOMO%207.1.%20Derechos%20Humanos.pdf>
- Policía Nacional de Colombia, Dirección General: Oficina de Planeación. Políticas institucionales para la Policía Nacional de Colombia: Tomo 1.2 Calidad de vida. Disponible en: <http://www.policia.gov.co/portal/page/portal/HOME/Lineamientos/TOMO%201.2.%20Calidad%20de%20vida.pdf>
- Polo-Vargas, J. D., Palacio Sañudo, J. E., De Castro Correa, A. M., Mebarak Chams, M. R. y Velilla Guardela, J. L. (2013). Riesgos psicosociales: la psicología organizacional positiva como propuesta de promoción, prevención e intervención. *Revista Salud Uninorte* 29 (3): 561-575.
- República de Colombia y Organización de las Naciones Unidas (ONU y ONU Mujeres). Acuerdo sobre el establecimiento de la Oficina de ONU Mujeres en Colombia. (2012) Disponible en: <http://www.cgfm.mil.co/documents/10197/311810/ACUERDO+EMPODERAMIENTO+DE+LAS+MUJERES+IGUALDAD+DE+GENERO.pdf/d0d2ab4e-d1d2-4b1d-9a5d-eab63b386d2c>

7. BIBLIOGRAFÍA

- Resolución 019 de 2013. Comando General de las Fuerzas Militares. Ministerio de Defensa Nacional. República de Colombia. Disponible en: <http://www.cgfm.mil.9/4.+RESOLUCION+019+CREACION+COMITE+DE+CONVIVENCIA+LABORAL.pdf/609af769-73a8-4cbf-af6f-5b78a89b752a>
- Resolución 00223 de 2015. Ministerio de Defensa. República de Colombia. Disponible en: http://oasportal.policia.gov.co/portal/page/portal/UNIDADES_POLICIALES/Direcciones_Apoyo_servicio/InspeccionGeneral/integridad-policial/Tab1/Resolucion%2000223%20del%20290115%20definiciones%20y%20marco%20strate.pdf
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 14 (8): 626-631.
- Salanova, M. y López-Zafra, E. (2011). Psicología social y psicología positiva. *Revista de Psicología Social* 26 (3): 339-343.
- Salanova, M., Llorens, S., Acosta, H. y Torrente, P. (2013). Positive Interventions in Positive Organizations. Intervenciones positivas en organizaciones positivas. *Terapia Psicológica* 31: 101-113
- Vega, S., García, A., García, I., Arellano, B., Embuena, E., Gay, E-I. y Salanova, M. (2009). Experiencias en intervención psicosocial. Más allá de la evaluación del riesgo. Ministerio del Trabajo e Inmigración de España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Barcelona, España. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Instituto/Noticias/Noticias_INSHT/2009/ficheros/Libro%20ExperienciasCD.pdf

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores.

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Estructurar un proceso de trabajo integrado entre los altos mandos de cada una de las FFMM y la PNC, los entes responsables de Desarrollo Humano, Dirección de Familia, Seguridad Operacional y Salud y Seguridad y Dirección de Sanidad (Programa de Salud Mental) en cada una de las FFMM y la PNC, con el fin de generar una cultura de vida y trabajo saludables.	Establecer lineamientos organizacionales de las instituciones para crear una cultura de vida y trabajo saludables.	Estructura	Política de promoción integral de la salud (divulgada).	Gestión del talento humano Seguridad y salud en el trabajo	Anual
		Proceso	Número de actividades realizadas / Número de actividades programadas en el plan de fomento de cultura de vida y trabajo saludable, en un período.	Gestión del talento humano Seguridad y salud en el trabajo	Semestral Anual
	Analizar las condiciones de salud asociadas a factores psicosociales en la población uniformada.	Estructura	Línea de base de la caracterización de condiciones de salud asociadas con factores psicosociales: número de enfermedades asociadas con estrés por número de funcionarios (ej.: 1.000 trabajadores) en un período de tiempo (para ser comparada en el tiempo).	Gestión del talento humano Seguridad y salud en el trabajo	Semestral Anua

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad	
<p>Generar una perspectiva de liderazgo sensible a la implementación de prácticas de trabajo saludables, contando con la orientación del representante de Desarrollo Humano, Seguridad Operacional, Seguridad y Salud en cada una de las FFMM y la PNC.</p>	Definir comportamientos de liderazgo transformacional.	Estructura	<p>Lista de comportamientos gerenciales aprobada.</p> <p>Línea de base de comportamiento de liderazgo en las instituciones.</p>	<p>Gestión del talento humano</p> <p>Seguridad y salud en el trabajo</p>	<p>Semestral</p> <p>Anual</p>	
	Preparar el desarrollo del liderazgo.	Proceso	Plan de trabajo en funcionamiento.	Gestión del talento humano	<p>Semestral</p> <p>Anual</p>	
	Conformar grupo de verificación.	Resultado	GGMCP conformado y en funcionamiento.	Gestión del talento humano	<p>Semestral</p> <p>Anual</p>	
	Desplegar plan de trabajo.		Estructura	GGMCP conformado y en funcionamiento.	<p>Gestión del talento humano</p> <p>Seguridad y salud en el trabajo</p>	Anual
			Proceso	Número de personal de altos mandos formados en liderazgo transformacional / Número total de personal de altos mandos.	Gestión del talento humano	<p>Semestral</p> <p>Anual</p>
			Proceso	Número actividades realizadas / Número actividades propuesta en el plan.	Gestión del talento humano	<p>Trimestral</p> <p>Anual</p>
			Resultado	Frecuencia de comportamientos de liderazgo que promueven la cultura saludable en el período actual / Frecuencia esperada de comportamientos de liderazgo que promueven la cultura saludable.	Gestión del talento humano	<p>Semestral</p> <p>Anual</p>

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Mejorar las condiciones de trabajo a partir de la identificación de situaciones tensionantes propias de la dinámica laboral y gestión de los líderes de los grupos de trabajo, con apoyo de Desarrollo Humano, Seguridad Operacional y Seguridad y Salud en cada una de las FFMM y la PNC.	Conformar la mesa de trabajo para el análisis de casos.	Proceso	Mesa conformada y en funcionamiento.	Gestión del talento humano Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).	Única vez
	Caracterizar la carga física, mental y emocional del trabajo y tipos de jornadas de trabajo de los grupos.	Proceso	Nivel de riesgo de la carga física, mental y emocional de los cargos.	Gestión del talento humano Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).	Semestral Anual
Fortalecer los hábitos saludables en los grupos de trabajo, mediante un abordaje integral entre las acciones organizacionales y las actividades familiares y personales.	Desarrollar el plan de cultura de vida y de trabajo saludable.	Proceso	Número de actividades realizadas en relación con las programadas en un período. Número de familias participantes de las actividades de promoción, durante el mismo período.	Gestión del talento humano Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST).	Semestral Anual
	Evaluar y monitorear el avance.	Resultado	Número de reporte de casos nuevos que llegan a la mesa de trabajo / Prevalencia de casos del periodo anterior.	Mesa de trabajo (consolidada).	Trimestral



9 789587 169461

Gestión de demandas en el trabajo

Protocolo de intervención de factores
psicosociales para trabajadores de la
salud y asistencia social

GESTIÓN DE DEMANDAS EN EL TRABAJO. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES PARA TRABAJADORES DE LA SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL.

© 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

978-958-716-947-8

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Gestión de demandas en el trabajo

Protocolo de intervención de factores
psicosociales para trabajadores de la
salud y asistencia social

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 del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social	7
1.2 Factores psicosociales más representativos del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social	9
2. MARCO DE REFERENCIA	13
2.1 Marco de referencia legal	13
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	14
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	16
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	17
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	18
5.1 Objetivos de la estrategia	18
5.2 Población objeto de la estrategia	18
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	19
5.4 Implementación de la estrategia	20
5.4.1 Gestión de demandas emocionales	21
5.4.2 Prevención y control de la fatiga	26
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	33
6. GLOSARIO	34
7. BIBLIOGRAFÍA	39
8. ANEXOS	44

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización del sector de servicios de atención de la salud humana y asistencia social

El sector salud ha tenido una evolución muy rápida en el país, particularmente en las dos últimas décadas, como consecuencia de los cambios introducidos por la Ley 100 de 1993, las transformaciones económicas y la modificación de la relación Salud - Estado - Sector privado. Paralelamente se separó la atención individual de las acciones en salud pública, quedando estas últimas limitadas a las acciones del Plan Básico de Atención, lo cual generó una segmentación institucional.

Los cambios derivados de la Ley 100 de 1993 han tenido profundas repercusiones sobre distintos actores, particularmente en lo que concierne al personal que se dedica a la atención de quienes otrora se denominaban “pacientes”, y que ahora se identifican como “usuarios o clientes”. Así mismo estos cambios implicaron nuevas formas de relación laboral, en particular en la modalidad de contratación, en la concepción del trabajo y en las jornadas laborales.

La prestación de los servicios de salud en Colombia hoy en día está a cargo de tres entes: el Estado, las aseguradoras en

1. INTRODUCCIÓN

su rol de intermediarias (Entidades Prestadoras de Servicios (EPS) y Administradoras de Riesgos Laborales (ARL)) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS); estas últimas se encuentran segmentadas por niveles, dependiendo de la complejidad de la atención: baja, media y alta complejidad. Según datos del Ministerio de la Protección Social (2005)¹, las de baja complejidad (I), que corresponden al primer nivel de atención², tienen la mayor carga de servicios (84,3 %); las de complejidad media (II) o de segundo nivel de atención³ prestan alrededor del 13,4 % de los servicios. Por último, las instituciones de alta complejidad que corresponden al III y IV nivel de atención⁴ atienden el 2,3 % de los servicios de salud.

Un estudio realizado en 2012 a partir de la información contenida en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) con corte al mismo año, con el propósito de calcular el número de prestadores de servicios de salud habilitados en Colombia (IPS, profesionales independientes, transporte especial y de objeto social diferente, tanto públicos como privados) por cada 100.000 habitantes, evidenció que Bogotá, San Andrés, Providencia y Santa Catalina, Valle del Cauca y Antioquia cuentan con mayor cantidad de prestadores de servicios por habitante (Ayala, J., 2014). Resulta importante resaltar que la oferta no es proporcional a la demanda de servicios.

En la proyección de la oferta de recursos humanos por categorías ocupacionales para los años 2000 – 2020 (Ministerio de la Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana y Fedesarrollo, s. f.), se estimó que para el año 2015 la oferta total sería de 434.517, discriminados así: 85.943 médicos, 37.683 profesionales de enfermería, 151.085 auxiliares de enfermería, 50.163 odontólogos, 51.392 terapeutas y 58.251 bacteriólogos y nutricionistas.

1. A corte de diciembre de 2004, estas cifras corresponden a las 1.008 IPS públicas que reportaron los datos exigidos por el Decreto 2193 de 2004 y que corresponde al 97 % de los reportes esperados.

2. Ofrecen servicios de promoción y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, intervención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica.

3. Cuenta con especialidades básicas: pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia; brinda atención las 24 horas para urgencias, internación, consulta externa de especialistas y laboratorio de mayor complejidad.

4. Presta atención especializada de alto costo: neurocirugía, cirugía vascular, nefrología, entre otras; atención con especialista las 24 horas, urgencias, medicina nuclear, cuidados intensivos y unidad renal, entre otras.

En la primera década del presente siglo la Atención Primaria en Salud (APS) cobra importancia a partir de las iniciativas locales en algunos planes territoriales de salud. Según hallazgos del Ministerio de la Salud y Protección Social y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2012 se conforman equipos para el trabajo en APS⁵ y se establece una legislación mucho más inclusiva alrededor de la salud, además más cercana al diario vivir de todos y cada uno de los colombianos. Este cambio de perspectiva se observa con los programas que han surgido apalancados en las Entidades Sociales del Estado (ESE), y que se consolidan en las Unidades Básicas de Atención (UBA), Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI) y los hospitales.

Con la normatividad reciente, en particular con la Ley 1751 de febrero 16 de 2015, se establece el marco de referencia que constituye la visión de futuro a la que se aspira llegue Colombia para garantizar el derecho fundamental a la salud, para regularlo y para establecer sus mecanismos de protección.

De todas formas la atención al paciente-usuario, tiende a ser cada vez más inclusiva y con énfasis en la promoción y prevención de la salud como factor fundamental para procurar una sociedad saludable.

Esta nueva dinámica ha representado para el personal que brinda sus servicios en el sector de la atención de la salud humana y de asistencia social, unas condiciones que determinan el comportamiento de los factores psicosociales.

1.2 Factores psicosociales más representativos del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social

A continuación se hace una aproximación a la problemática psicosocial del sector a partir de la información obtenida a través de la revisión de diversos documentos, entrevistas realizadas a personal de seguridad y salud en el trabajo y de gestión del talento humano en organizaciones de salud, la consulta de los resultados de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo y Organización

5. Con este cambio Colombia busca adoptar las recomendaciones contenidas en la Declaración de Alma-Ata, suscrita en 1978 por 134 países y 67 organizaciones internacionales en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Dicha declaración expresa, bajo el lema “Salud para todos en el año 2000”, que la estrategia de atención primaria en salud es la mejor manera de dar salud a los pueblos.

1. INTRODUCCIÓN

Iberoamericana de Seguridad Social, 2013) y la observación en campo realizada para la estructuración de la presente estrategia de intervención. Se identificó que las mayores dificultades de los trabajadores del sector salud y de servicios sociales se relacionan con las demandas del trabajo, en particular con las siguientes:

Demandas de la jornada de trabajo e influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral:

Es frecuente que el personal asistencial enfrente jornadas prolongadas de trabajo derivadas de circunstancias tales como: necesidades y demandas del mismo servicio, organización interna de los horarios, escasez de personal, etc. En otros casos se presentan jornadas extensas por causa de horas extras, dobles jornadas y poca disponibilidad en tiempos de descanso, lo cual obedece esencialmente a las necesidades de los usuarios. Un ejemplo es el caso del personal que efectúa actividades extramurales los fines de semana y en ocasiones al final del día. En la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013), se evidenció que el 51,60 % de quienes laboran en servicios sociales y salud, cumplen una jornada que se extiende entre 9 y 12 horas y el 18,20 % de quienes se desempeñan en el sector de servicios sociales se encuentra entre los grupos que reportaron jornadas mayores a 12 horas diarias. Adicionalmente, el 9,10 % de quienes laboran en salud y en servicios sociales tiene jornada rotativa día/noche.

Otra dimensión que se ve afectada desde la perspectiva de riesgo psicosocial es la influencia del ambiente laboral sobre el extralaboral, dado el limitado margen para la organización de los tiempos laborales. En los trabajadores que adelantan estudios de especialización o algún otro tipo de formación, la situación se torna más crítica pues se genera un círculo vicioso complejo dado que el medio es muy exigente en términos de formación, pero brinda pocas posibilidades en términos de tiempo para formarse, lo que necesariamente deriva en reducciones del tiempo de descanso. La II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013), mostró que para el 44,96 % de los trabajadores del sector los horarios son fijos y con muy poca posibilidad de cambio; sólo el 23,87 % reportaron que podían decidir el momento en que tomaban vacaciones, si bien es frecuente postergarlas por necesidades del servicio.

Demandas emocionales

Los resultados de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013), señalan que sólo el 21,50 % de los trabajadores de servicios sociales y de salud expresó que su trabajo le exigía esconder sus propias emociones; sin embargo, las entrevistas, la revisión documental y la observación arrojaron que la exposición a demandas emocionales es aún mayor, y que está muy ligada al tipo de servicio y la zona de la ciudad o el país donde se labora. A estas personas el trabajo les exige enfrentar situaciones devastadoras: pobreza extrema, víctimas de maltrato y violencia, enfermos en etapa terminal, personas en situación de desplazamiento forzado, entre otras. Incluso los mismos trabajadores están expuestos a recibir agresiones físicas, verbales y psicológicas, a tal punto que las puertas de las salas de cirugía de urgencias de algunas clínicas y hospitales son blindadas.

El riesgo que corre la integridad física de los trabajadores de servicios sociales y de salud está presente en especial para quienes realizan trabajo extramural⁶, al punto que existen zonas a las que no pueden desplazarse después de ciertas horas por presencia de pandillas y delincuentes.

Demandas ambientales y de esfuerzo físico

En la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013), se evidenciaron exposiciones ocupacionales en la atención hospitalaria que implican demandas ambientales y de esfuerzo físico por posiciones que ocasionan fatiga (63,10 %) y movimientos repetitivos de miembro superior (62,75 %). Para quienes realizan trabajo extramural estas exigencias se derivan básicamente de los desplazamientos que deben efectuar diariamente por las zonas asignadas, algunas de difícil acceso y con vías en mal estado.

6. La modalidad extramural se refiere a aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso, que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Estos espacios son acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos. Los prestadores que ofertan esta modalidad, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y la entidad departamental o distrital de salud (Manual de habilitación de prestadores de servicios de salud. En: Resolución 1441 de 2013: 8). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>

1. INTRODUCCIÓN

Demandas cuantitativas y demandas de carga mental

Si bien la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013) reporta que el 86,99 % de las personas afirmó contar con tiempo suficiente para realizar el trabajo, esta dimensión tiene unas características especiales porque el 38,15 % expresó que su trabajo le exigía trabajar muy rápidamente y el 57,27 % dijo que los plazos eran muy estrictos y cortos, lo que coincide con la información cualitativa derivada de las entrevistas, en las que refirieron que disponen de tiempos breves para atención de cada paciente (en promedio 20 minutos), de los cuales casi el 40 % del tiempo se dedica a la anamnesis y los restantes a efectuar el diagnóstico y la prescripción o remisión. En consecuencia, se presenta apremio de tiempo durante prácticamente toda la jornada, puesto que además de atender el número específico de pacientes correspondientes a los estipulados por jornada, usualmente, se les asignan pacientes que no estaban programados, lo que ejerce mayor presión sobre la labor.

Se encontró correspondencia entre la información derivada de entrevistas y los resultados arrojados por la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (Ministerio del Trabajo, 2013) en términos de carga mental; los trabajadores del sector salud y de servicios sociales requieren un nivel de atención alto (86,19 %), el 70 % debe atender varias tareas al mismo tiempo y únicamente el 21,38 % refirió que realiza tareas complejas o difíciles.

Exigencias de responsabilidad del cargo

La exigencia de responsabilidad ligada al desempeño del cargo es elevada, en especial entre quienes tienen atención directa a los pacientes. La mayor preocupación es por las implicaciones que una atención y praxis inadecuadas tienen sobre la vida, la integridad y la salud de los pacientes, la fatiga del personal que presta el servicio o la falta de equipos e insumos.

Recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza

Una proporción significativa del personal de salud y de asistencia social labora con contrato a término fijo y por periodos cortos; en consecuencia, un elevado porcentaje de ellos no tiene vacaciones, e incluso quienes están vinculados bajo la figura de prestación de servicios se abstienen de hacer uso de una incapacidad, pues consideran que esto puede afectar sus ingresos.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

La normativa legal básica que enmarca el trabajo del personal que labora en el sector salud es la Ley 100 de 1993, con cuya expedición se transformó el sistema de seguridad social (SG-SSS) en el país y se abrió al sector privado la posibilidad de ingreso y de prestación de los servicios de salud, conservando el Estado su dirección, coordinación y control. La Ley 100 de 1993 estableció también el plan obligatorio de salud (POS) y las entidades promotoras de salud (EPS) que tienen a cargo la afiliación y la administración del sistema, en tanto que los servicios son ofertados por las instituciones prestadoras de servicios (IPS), bien sea públicas, privadas o mixtas, comunitarias y solidarias. Algunas IPS son propiedad de las EPS o son contratadas para la atención de los afiliados. Igualmente el Estado planteó la posibilidad de establecer mecanismos y líneas de crédito que favorecen la organización de grupos de práctica profesional para las IPS de tipo comunitario y solidario.

Con esta Ley se estableció el sistema de afiliación al régimen contributivo y subsidiado, y para quienes no tienen ningún amparo, la Nación y las entidades territoriales garantizan la atención a través de instituciones hospitalarias públicas o privadas.

2. MARCO DE REFERENCIA

De otra parte, la Ley empodera a los usuarios al darles la posibilidad de elegir libremente la EPS a la que se afilian y conformar alianzas o asociaciones de usuarios que los representan.

Esta nueva dinámica ha representado para quienes brindan servicios en el sector de la salud humana y de asistencia social unas condiciones de relación diferentes, que tienen un importante efecto desde la perspectiva psicosocial puesto que los usuarios cada vez tienen mayores derechos y mayor información, y por tanto son más demandantes para solicitar, recibir y valorar el servicio.

Mediante la Resolución 2646 de julio 16 de 2008, se establecen disposiciones y se precisan responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención e intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo, y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. En el artículo 4 de esta resolución se subraya la sinergia de los factores intralaborales, extralaborales e individuales, aspecto que se considera en el proceso de intervención planteado en el presente protocolo.

Existen otras normas que reglamentan o que pretenden mejorar los mecanismos de financiación del sector salud, la calidad, oportunidad y cobertura de los servicios que se brindan a los usuarios y así fortalecer los sistemas de salud pública, tales como la Ley 1438 de 2011, la Ley 122 de 2007, la Ley 1608 de 2013 y la Ley estatutaria de salud 1751 de 2015. En esta última la salud queda consagrada como un derecho fundamental y no como un servicio obligatorio.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

Organizaciones saludables son aquellas en las que confluyen dos conceptos básicos: organización y salud. La organización se refiere básicamente a la forma en la que se gestionan los procesos de trabajo, incluidos los horarios, el diseño de los entornos o estaciones de trabajo y las formas de relación. Las organizaciones saludables son aquellas en las que las diversas variables organizacionales buscan alinearse para preservar la salud y el bienestar de quienes laboran en ellas y para instaurar buenas prácticas, entre ellas la conciliación de la esfera laboral y familiar.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) enfatiza que el lugar de trabajo constituye un entorno prioritario para la promoción de la salud, y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) se refiere a los entornos de trabajo

2. MARCO DE REFERENCIA

saludables como aquellos en los que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores, así como la sustentabilidad del ambiente de trabajo.

Con base en las consideraciones anteriores, se eligió la concepción de entornos de trabajo saludables como elemento fundamental del enfoque conceptual para el planteamiento e implementación de la estrategia de gestión de demandas en el trabajo.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El Protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores de la salud y asistencia social está diseñado para aplicarse en el sector de actividades de atención de la salud humana y de asistencia social, sin embargo no es exhaustivo y para su aplicación es preciso efectuar las adaptaciones que se requieran según el grado de desarrollo, la cultura, el tamaño de la organización, ubicación geográfica, etc.

El protocolo brinda básicamente directrices para acciones de intervención en el ámbito intralaboral, no obstante algunas de ellas tienen alcance al contexto extralaboral, específicamente sobre las dimensiones referentes al uso del tiempo fuera del trabajo, las relaciones familiares y la comunicación y relaciones con otras personas fuera del trabajo.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El Protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores de la salud y asistencia social está diseñado para ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano y gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, así como por jefes y trabajadores.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Estimular el desarrollo de un repertorio de acciones individuales y organizacionales para manejar las demandas emocionales y de jornada propias del trabajo en los trabajadores del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social.

Específicos

- Mejorar las competencias emocionales y de autocontrol en el personal de salud y de asistencia social.
- Desarrollar habilidades de los trabajadores de salud y asistencia social, para identificar señales de fatiga laboral y desplegar comportamientos para prevenirla y reducirla.
- Favorecer el desarrollo de acciones organizacionales de intervención de las demandas de la jornada de trabajo.

5.2. Población objeto de la estrategia

Personal que presta servicios de atención de la salud humana y de asistencia social: médicos, odontólogos, personal de

enfermería, profesionales paramédicos, terapeutas, auxiliares de servicios de salud y asistencia social, psicólogos, trabajadores sociales, etc.

El sector incluye una gama de actividades que va desde servicios de atención de la salud prestado en hospitales, clínicas y otras entidades, hasta actividades de asistencia social sin participación de profesionales de la salud, pasando por actividades de atención en instituciones con un componente significativo de atención de la salud: a pacientes internos por largos períodos: residencias de tercera edad, centros de reposo, centros de rehabilitación para fármaco-dependencia y alcoholismo, hogares y albergues infantiles, entre otros (CIU, sección Q).

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

La estrategia de intervención ofrece acciones orientadas a intervenir dos demandas principales: las emocionales y las derivadas de la jornada de trabajo. Para las demandas emocionales se ofrecen mecanismos que favorecen el desarrollo de habilidades de afrontamiento en los individuos, en tanto que para las demandas derivadas de la jornada de trabajo la estrategia plantea acciones de intervención organizacional para la prevención y el control de la fatiga, y otras en la esfera extralaboral, particularmente en el uso del tiempo fuera del trabajo.

Para atender otras necesidades que no se abordan en este protocolo, el usuario deberá remitirse al *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos.

Limitaciones

Puede ocurrir que exista falta de respaldo por parte de la dirección de la organización, así como resistencia entre los jefes de las áreas incluidas en la implementación de la estrategia por considerarla innecesaria o compleja dadas las exigencias de resultados y la inversión de tiempo que la intervención requiere. Los trabajadores también se pueden resistir si no se logra una conciliación de los tiempos de trabajo y las exigencias por resultados.

De otra parte, si las actividades de intervención no se mantienen en el tiempo, la estrategia tendrá beneficios limitados.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

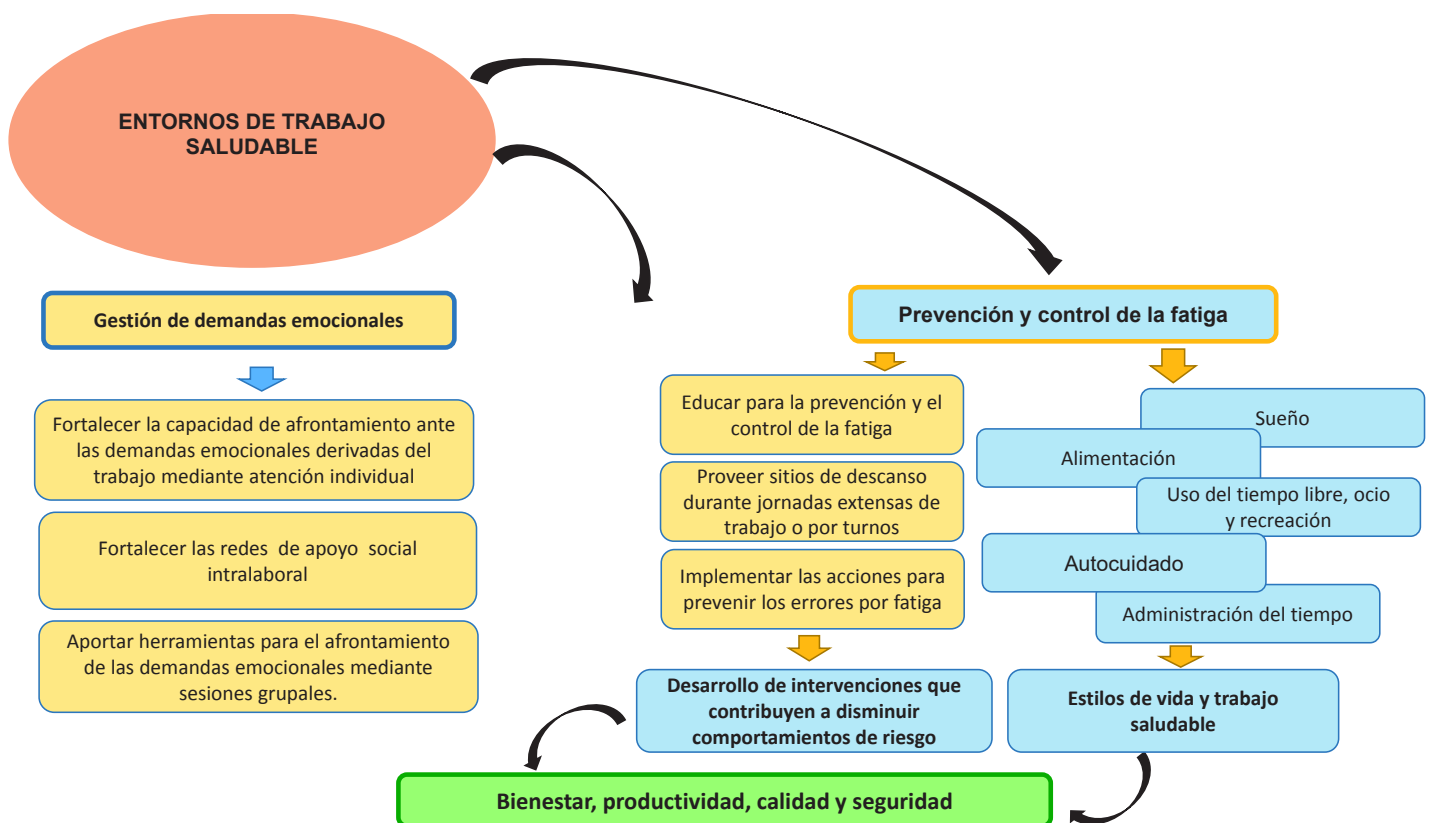
5.4 Implementación de la estrategia

La decisión de movilizar a la organización en torno a la intervención psicosocial puede provenir de los resultados de la evaluación, de recomendaciones de una autoridad gubernamental, o de las personas que laboran en la organización, etc.

Como se expresó anteriormente, la estrategia de intervención se centra en la gestión de dos grandes tipos de demandas: las emocionales y las de la jornada de trabajo y para estas la estrategia se centra en la prevención y el control. Si bien lo ideal es implementar los dos componentes, los mismos pueden desarrollarse por separado, según sean las necesidades y posibilidades de la organización y de los grupos.

A continuación se presenta el mapa que sintetiza las acciones de intervención, las cuales se desarrollan posteriormente en el marco del ciclo PHVA.

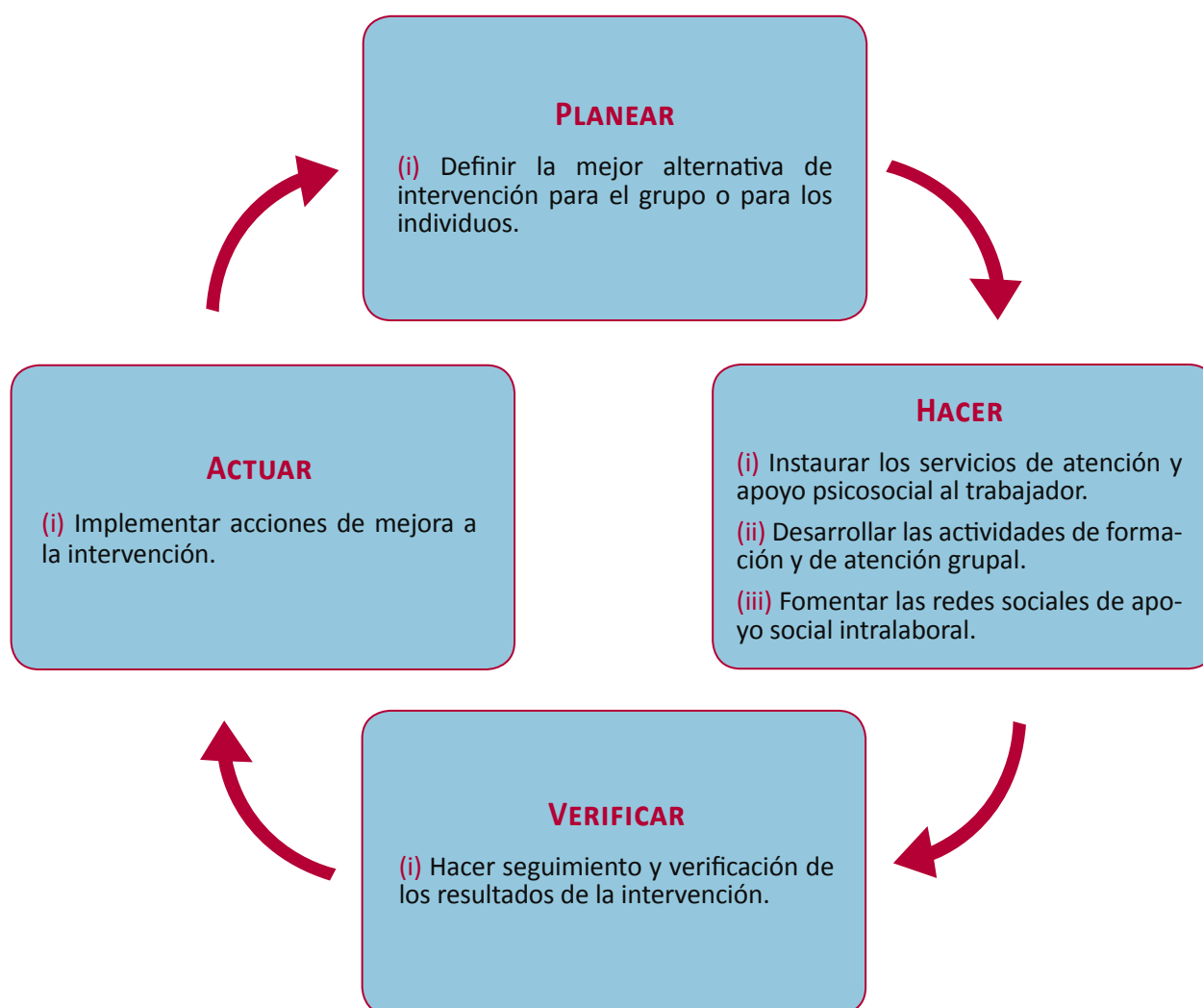
Figura 1. Estructura de la estrategia de gestión de demandas en el trabajo para trabajadores de la salud humana y asistencia social



5.4.1 Gestión de demandas emocionales

En el ejercicio del trabajo con personas enfermas, en proceso de rehabilitación, con población víctima de violencia o desplazamiento o en situación de vulnerabilidad, es frecuente que se presente un desgaste emocional y sensación de carencia de recursos internos para enfrentar tales demandas. Por lo anterior es necesario disponer de soporte emocional a través de diversos grupos de apoyo, principalmente en el trabajo. Las actividades de soporte que se proponen se presentan en la figura 2 y posteriormente se detallan.

Figura 2. Ciclo PHVA de la acción gestión de demandas emocionales.



El fortalecimiento de las redes sociales implica empezar dando formación a los grupos acerca del sentido de dicho soporte, así como de su alcance, beneficios y limitaciones. En este proceso, además de comprender y regular la expresión de las propias emociones, se desarrolla la capacidad de escuchar, analizar y comprender al otro, y la manera de generar empatía y de apropiarse de un abanico de posibilidades que permitan brindar soporte emocional a los compañeros del grupo, así como las estrategias para superar las dificultades de relación interpersonal y para prevenir situaciones de crisis emocional. También se orienta sobre la ruta que se debe seguir en la búsqueda de un apoyo profesional externo en caso de crisis.

Como complemento se sugiere consultar las siguientes acciones de intervención contenidas en *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos: desarrollo de estrategias de afrontamiento, servicio de asistencia al trabajador, técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad, desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral y atención en crisis y primeros auxilios psicológicos.

La tercera alternativa consisten en el desarrollo de competencias para gestionar las emociones mediante actividades grupales que se realizan con metodologías activas y prácticas, tipo taller, en las que se combinan dinámicas de grupo, auto-reflexión, juego de roles, relajación, *mindfulness*⁷, entre otras. El sitio en el que se desarrollan los talleres debe ser cómodo, libre de interferencias y privado.

En las sesiones grupales generalmente se parte de una autovaloración inicial y luego se realizan actividades prácticas relativas a cada forma de afrontamiento para reconocer las más idóneas. Una vez cumplido el objetivo, se efectúan actividades de refuerzo para mantener las respuestas.

7. *Mindfulness* es una práctica de meditación que cultiva la conciencia del momento presente, sin realizar juicio de valor. La traducción más frecuente de *mindfulness* es “conciencia plena” o “atención plena” (Villajos, L., Ballesteros F. y Barba, M., 2013). La práctica sistemática de esta técnica permite reeducar la mente, el cerebro y el cuerpo a través de la observación neutral de pensamientos, emociones, sentimientos y sensaciones físicas como elementos dinámicos, con el fin de cambiar su percepción y manejo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Planear

A manera de ilustración de este tipo de taller, se citan dos modelos:

- El modelo de competencias emocionales del Grup de Recerca en Orientación Psicopedagógica (GROP) de la Universitat de Barcelona (Bisquerra, 2008, citado por Bisquerra, 2012), según el cual hay cinco grandes competencias: conciencia emocional, regulación emocional, autonomía emocional, competencia social y habilidades de vida para el bienestar.
- El “Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo”, diseñado y ejecutado por el equipo Wont (Rodríguez, Llorens y Salanova, 2006).

Hacer

(i) Instaurar los servicios de atención y apoyo psicosocial al trabajador.

El área de seguridad y salud en el trabajo determina, conjuntamente con la alta dirección de la organización, la viabilidad de establecer este tipo de servicio, y en caso afirmativo se establecen y socializan las condiciones: profesional(es) encargado(s), medios de atención y horarios, coberturas, etc., y se procede con la prestación del mismo.

(ii) Desarrollar las actividades de formación y de atención grupal.

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo son responsables de coordinar con los profesionales encargados la implementación de las actividades de formación o de asesoría grupal para que las actividades se perfilen de acuerdo a los contenidos y la metodología establecida en la etapa de planeación, y para que se ajusten a la cultura de la organización y del grupo particular.

Las actividades se realizan con el apoyo del jefe del área y de los representantes de los trabajadores, y para aumentar la cobertura se despliega la información de los objetivos y la importancia de la participación. Un representante de la alta dirección acompaña el inicio de la primera sesión para evidenciar el respaldo de la organización.

(iii) Fomentar las redes sociales de apoyo social intralaboral.

Una vez formados los trabajadores para hacer acompañamiento y soporte emocional a sus compañeros, se despliegan comunicaciones que fomenten las redes de apoyo entre compañeros.

(i) Hacer seguimiento y verificación de los resultados de la intervención.

Durante las diversas fases y cumplimiento de los pasos planteados se hace seguimiento y evaluación periódica y sistemática de las actividades realizadas en relación con las planeadas. Las áreas de seguridad y salud en el trabajo y de gestión del talento humano, serán las responsables de efectuar el seguimiento, calcular y analizar los indicadores de evaluación.

Como mecanismos de seguimiento y evaluación de los talleres de formación y de las sesiones grupales se sugiere emplear varias alternativas:

- Autoevaluación sobre cambios logrados.
- Evaluación de la cobertura de las actividades.

Para la actividad de atención y apoyo al trabajador se cuantifica el número de consultas efectuadas en un periodo. En todos los casos se evalúa la calidad percibida por las personas frente a las actividades realizadas.

Finalmente, es útil considerar como indicador de resultado la incidencia de casos con alteraciones de salud derivadas de las demandas emocionales, antes y después de la intervención individual y grupal.

Los resultados de la evaluación se comparan con los objetivos definidos y se identifican los logros y las oportunidades de mejora.

(i) Implementar acciones de mejora a la intervención.

Como resultado de la evaluación de las actividades realizadas se establecen acciones de mejora, se documentan y se incluyen en nuevos ciclos de intervención, con el fin de mantener la dinámica del proceso y su mejoramiento continuo.

Los responsables de esta fase son las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, que coordinarán los ajustes con el(los) jefe(s) del área y representantes de los trabajadores.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.4.2 Prevención y control de la fatiga

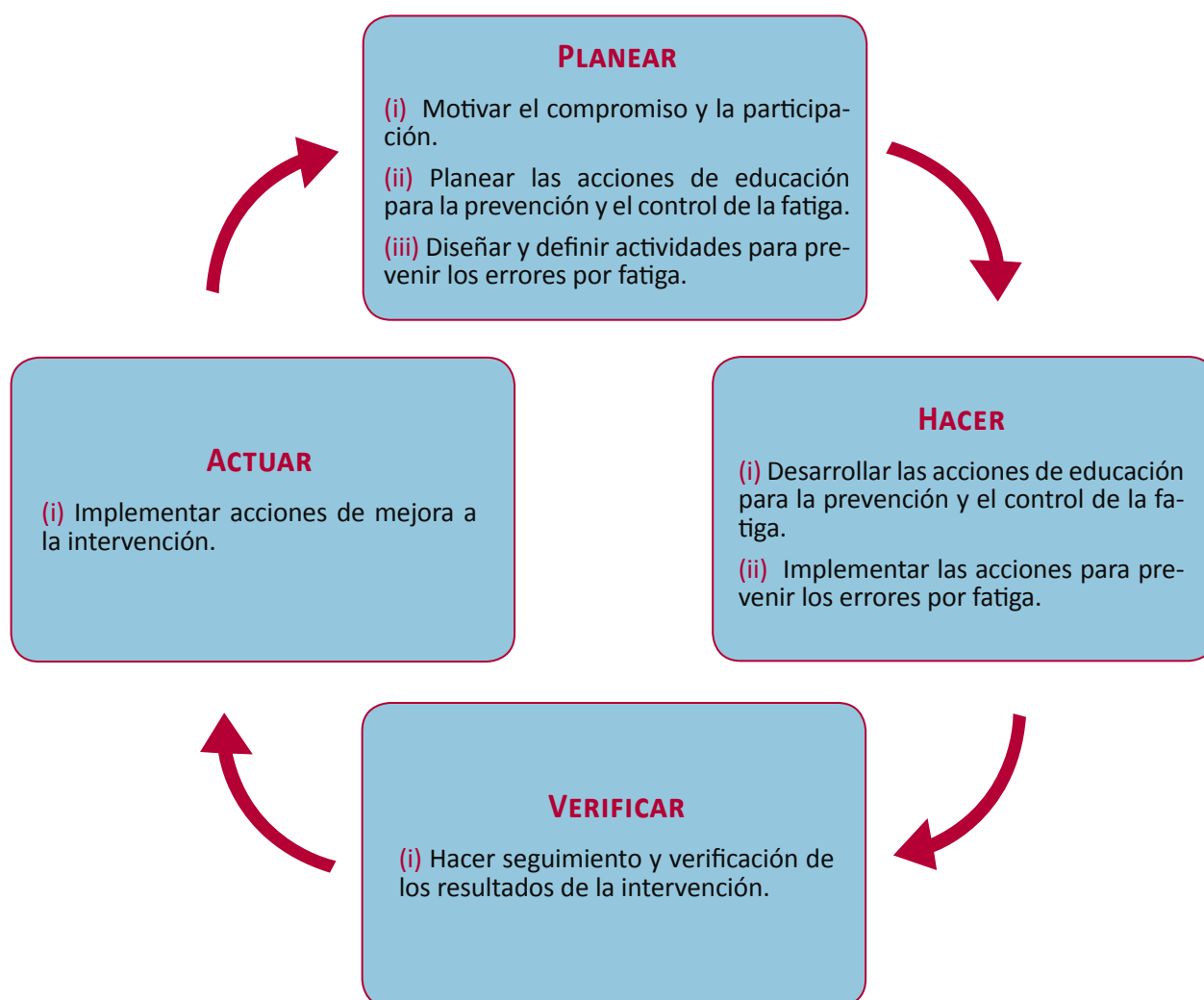
Gran parte de las organizaciones que brindan servicios asistenciales suelen hacerlo durante las 24 horas del día, los 365 días del año, lo cual implica que se manejen distintos tipos de horario: fijos en la mañana, tarde o noche; mixtos que combinan franja horaria diurna y nocturna y a turnos con periodicidad y rotación variable. A la complejidad de las jornadas se suma que con frecuencia las personas que trabajan en servicios asistenciales del sector salud laboran en más de un trabajo con múltiples exposiciones psicosociales. En consecuencia, se recomienda combinar acciones de intervención tanto en el entorno del trabajo, como en los trabajadores mismos, puesto que ellos deben asumir un control activo sobre los factores intralaborales y extralaborales para mitigar los riesgos derivados de la doble jornada.

Dado que las consecuencias de la fatiga derivada de las demandas de la jornada laboral se suman a las restantes demandas del trabajo del sector⁸, es posible que se afecte no solo el bienestar y la salud de los trabajadores, sino que se incrementen los riesgos en la atención a los usuarios.

Considerando lo anterior, se selecciona como segundo componente de intervención lo concerniente a la prevención y control de la fatiga. En la figura 4 se presentan las actividades de esta acción, las cuales se desglosan posteriormente con el enfoque del ciclo PHVA.

8. Carga mental, exigencias de responsabilidad del cargo, demandas cuantitativas, de esfuerzo físico y demandas emocionales.

Figura 4. Ciclo PHVA prevención y control de la fatiga.



Planear Planear

(i) Motivar el compromiso y la participación

Cuando se identifica la necesidad de efectuar una intervención para la prevención y el control de la fatiga, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo desarrollan acciones concretas para que el personal directivo de la organización y el(los) responsable(s) de la(s) dependencia(s) que presentan dificultades en este campo, brinden tanto el respaldo y el compromiso mediante la autorización para que el personal pueda participar, como la asignación de recursos económicos y de tiempo para las diversas actividades.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Igualmente se requiere del compromiso de otras instancias como son los trabajadores mismos, el Comité Paritario y otros grupos de mejoramiento y de prevención que contribuyan en la incorporación de estilos de trabajo y vida saludable.

Para lograr la vinculación, participación y apoyo de todas las partes interesadas, se recurrirá a diversos mecanismos de comunicación acordes con la cultura y características organizacionales, el tamaño, la distribución geográfica o locativa, etc. Algunos mecanismos de divulgación son entrevistas, reuniones presenciales o virtuales, correos, cartelera, circulares, etc. Se recomienda combinar información verbal y escrita.

Generalmente la combinación de factores de riesgo psicosocial eleva el nivel de fatiga, afectando las diversas esferas de vida (personal, familiar, social, laboral) del trabajador de la salud y la asistencia social. Por lo anterior, en la medida en que las alternativas de intervención sean más integrales, se obtendrán mejores resultados en los procesos de disminución o control de las exposiciones a condiciones psicosociales adversas.

(ii) Planear las acciones de educación para la prevención y el control de la fatiga.

El contenido de la educación debe girar en torno a las siguientes temáticas principales:

- Dinámica de la fatiga: definición y factores generadores de fatiga.
- Implicaciones de la fatiga en la vida cotidiana, el trabajo y la salud.
- Reconocimiento de la fatiga aguda y crónica (física, mental, neurosensorial, etc.).
- Síntomas de la fatiga, consecuencias y riesgos asociados.
- Prevención y control de las molestias derivadas de la fatiga.
- Monitoreo de síntomas de fatiga: autoaplicación de registros de comportamientos y molestias asociadas a la fatiga, para que el mismo trabajador pueda identificarlas⁹.

9. El *Cuestionario de síntomas subjetivos de fatiga de Yoshitake* (Villar, J., 2010), es un ejemplo.

- Identificación de las actividades que requieren de mayor nivel de alerta y de las estrategias para manejar la fatiga en esas circunstancias.
- Estilos de vida y trabajo saludable:
 - Alimentación y preparación de comidas balanceadas y ajustadas a las necesidades particulares.
 - Sueño: fases, características y propiedades del sueño, ritmos circadianos, controladores del sueño, efectos de la carencia y deudas de sueño, higiene del sueño diurno y del nocturno, trastornos de sueño y su tratamiento.
 - Autocuidado: concepto y variables. Identificación de conductas refugio o hábitos no saludables a los que se recurre como mecanismo de control de la fatiga.
 - Uso del tiempo libre: significado y características. El ocio y la recreación como espacios de disfrute, descanso, socialización y desarrollo. Recreación, salud, bienestar y calidad de vida. Búsqueda de alternativas: teatro, música, danza, yoga, relajación, senderismo, juegos individuales y colectivos, deportes, aficiones, lectura, jardinería, pintura, cuidado de mascotas, voluntariado, etc.
 - Administración del tiempo extralaboral: optimización de tareas en el hogar. Reorganización de la dinámica de responsabilidades en el núcleo familiar o de convivencia.
 - Optimización del tiempo laboral.

Los temas previstos para la educación deben abordarse teniendo en cuenta la dinámica, cultura y posibilidades de la organización y deben proveerse con personas idóneas por su conocimiento en la temática. La metodología debe ser, idealmente, la de seminario-taller, y se deben incluir actividades de autoevaluación y de planeación respecto a los posibles escenarios que se presentarían si la persona no hace cambios en su estilo de vida. Es también recomendable que la educación se combine con campañas informativas, fichas técnicas, charlas breves incorporadas en diferentes actividades del día a día laboral (cinco minutos dedicados a la prevención, etc.), teleconferencias, concursos, entre otras.

- Ubicar los insumos, medicamentos o equipos similares, en posiciones y sitios alejados, de forma que se reduzca la posibilidad de error.
- Preservar el orden y ubicación de los elementos mediante capacitación y campañas, incluido el seguimiento aleatorio por parte de una persona¹⁰ de la dependencia.
- Retroalimentación periódica por parte del líder y de otras personas del grupo de trabajo para incorporar las lecciones aprendidas y planear nuevos mecanismos de soporte que refuercen los hábitos seguros de trabajo.

(i) Desarrollar las acciones de educación para la prevención y el control de la fatiga

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, con la participación de los jefes inmediatos y los representantes de los trabajadores de las áreas en las que se desarrollan las actividades de intervención, facilitan y acompañan la implementación y el desarrollo de las actividades, velando porque se mantenga la motivación y se concedan los espacios de tiempo y recursos necesarios.

Los responsables de la educación también ejecutan actividades de refuerzo acudiendo a diversos recursos tales como concursos, campañas e incorporación de la temática dentro de las reuniones habituales de trabajo (por ejemplo presentar un video o comentar una información alusiva al tema). El reconocimiento del nivel de avance constituye un motivador importante.

(ii) Implementar las acciones para prevenir los errores por fatiga

Las dos actividades planteadas anteriormente suelen ser de fácil implementación, sin embargo es importante propender porque los mismos trabajadores aporten ideas adicionales. La participación hará que los cambios se preserven en el tiempo.

10. La participación puede ser rotativa; en todo caso se recomienda que quien efectúe ese control sea una persona que tenga elevada habilidad de percepción y discriminación de detalles, y que se encuentre en mayor condición de alerta por estar iniciando la secuencia del turno.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Verificar Verificar Verificar Verificar

(i) Hacer seguimiento y verificación de los resultados de la intervención

Inicialmente las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, el jefe inmediato y los representantes de los trabajadores, efectúan el seguimiento progresivo a los cambios acordados, buscando detectar y subsanar tempranamente las falencias y los obstáculos que puedan afectar la calidad, oportunidad y el despliegue de la intervención.

Posteriormente y de acuerdo a lo estipulado en la planeación, se calculan indicadores que son fundamentalmente:

- Cumplimiento del cronograma de las actividades (proceso): número de actividades realizadas / número total de actividades programadas *100
- Indicador de cobertura (proceso): número de trabajadores que participaron en las actividades / número total de trabajadores programados *100.
- Evaluación de la satisfacción de los jefe(s) y trabajadores participantes en el proceso de intervención (resultado). La evaluación puede realizarse de forma escrita o mediante entrevistas.
- Evaluación del nivel de fatiga percibido antes y después de la intervención (resultado).

Actuar

(i) Implementar acciones de mejora a la intervención

Con los resultados de la evaluación de la intervención se detectan las no conformidades y se toman decisiones respecto de las modificaciones que se requieren para el logro de las metas propuestas.

En caso de que la implementación de la acción haya sido direccionada únicamente a un subgrupo y luego de la evaluación se reconozcan sus beneficios, se sugiere ampliar la cobertura, sea a otro subgrupo particular o a toda la población del servicio de salud y de asistencia social.

Como complemento se sugiere consultar las siguientes acciones de intervención contenidas en Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral, que forma parte de esta serie de documentos técnicos: fomento de estilos de vida saludable, prevención de consumo de sustancias psicoactivas, información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares y cajas de compensación familiar, fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales, y manejo eficaz del tiempo.

5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo serán las encargadas de efectuar el seguimiento sistemático y periódico de los resultados de la implementación de la estrategia de intervención. Los periodos de seguimiento se establecerán de acuerdo a las actividades, pero se recomienda que sea cada seis meses, ello sin detrimento de la evaluación que se propone para cada una de las actividades de esta estrategia.

Los indicadores que se sugieren para la evaluación de la estrategia en su conjunto son:

- Ausentismo (por permisos, incapacidad), o accidentes de trabajo.
- Rotación.
- Quejas y reclamos de los usuarios o de otros trabajadores y jefes y eventos no conformes.

En el cálculo de los indicadores anteriores debe tenerse presente que los mismos deben referirse a situaciones de demanda emocional o de fatiga de los trabajadores.

Es importante considerar que los resultados del análisis de los indicadores anteriores pueden arrojar información valiosa en torno a los componentes de la intervención, y a partir de ello se apropián lecciones que deben ser socializadas para favorecer el aprendizaje y la mejora.

Dado que varias de las intervenciones tienen un componente actitudinal importante, el análisis de varias de las actividades de intervención debe efectuarse de manera cualitativa, puesto que las modificaciones pueden ser sutiles y no verse reflejadas en valoraciones cuantitativas.

6. GLOSARIO

Alta dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

Apoyo social: las relaciones interpersonales que establecen las personas en los distintos ambientes en los que opera (familiar, laboral) se configuran en elementos importantes en cuanto que cumplen una serie de funciones que, en última instancia, van a determinar la existencia de problemas o, por el contrario, de satisfacción (Pérez y Martín, 1997).

Atención Primaria en Salud (APS): definida como la asistencia sanitaria esencial basada en tecnologías y métodos prácticos, científicamente fundados 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 (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Capacitación: adquisición sistemática de actitudes, conceptos, conocimientos, roles o habilidades con los que se obtiene una mejoría del desempeño del trabajo (Carnevale y Goldstein, 1991). La capacitación está dirigida a elevar los niveles de competencia de las personas para el desempeño de las labores relacionadas con el proceso de producción de determinados bienes o servicios, para la gestión de ese mismo proceso, y para las tareas que implica su propio bienestar

y desarrollo. Las técnicas de capacitación no solamente incluyen las tradicionales de tipo presencial como cursos, talleres, seminarios, etc., sino también las que han sido desarrolladas más recientemente, como las técnicas derivadas a partir de la educación a distancia (Cinterfor y OIT, 1996).

Ciclo PHVA: procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos: (i) Planificar: se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar, y determinando ideas para solucionar esos problemas. (ii) Hacer: implementación de las medidas planificadas. (iii) Verificar: revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados. (iv) Actuar: realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores (Decreto 1072 de 2015).

Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST): es un órgano bipartito y paritario constituido por representantes del empleador y de los trabajadores, con las facultades y obligaciones previstas por la legislación y la práctica nacionales, destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos (Decisión 584 de 2004, CAN).

Competencia: combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoin y Vargas, 2002).

Dimensión de demandas ambientales y de esfuerzo físico: condiciones del lugar de trabajo y de la carga física que involucran las actividades que se desarrollan, que bajo ciertas circunstancias exigen del individuo un esfuerzo de adaptación. Las demandas de esta dimensión son condiciones de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, ventilación), químico, biológico (virus, bacterias, hongos o animales), de diseño del puesto de trabajo, de saneamiento (orden y aseo), de carga física y de seguridad industrial (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas cuantitativas: son las exigencias relativas a la cantidad de trabajo que se debe ejecutar en relación con el tiempo disponible para hacerlo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de carga mental: las exigencias de carga mental se refieren a las demandas de procesamiento cognitivo que implica la tarea y que

6. GLOSARIO

involucran procesos mentales superiores de atención, memoria y análisis de información para generar una respuesta. La carga mental está determinada por las características de la información (cantidad, complejidad y detalle) y los tiempos de que se dispone para procesarla (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas emocionales: situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea, que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010). La exposición a las exigencias emocionales demandan del trabajador habilidad para: a) entender las situaciones y sentimientos de otras personas, y b) ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios con el fin de no afectar el desempeño de la labor (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de exigencias de responsabilidad del cargo: las exigencias de responsabilidad directa en el trabajo hacen alusión al conjunto de obligaciones implícitas en el desempeño de un cargo, cuyos resultados no pueden ser transferidos a otras personas. En particular, esta dimensión considera la responsabilidad por resultados, dirección, bienes, información confidencial, salud y seguridad de otros, que tienen un impacto importante en el área (sección), en la empresa o en las personas. Adicionalmente, los resultados frente a tales responsabilidades están determinados por diversos factores y circunstancias, algunas bajo el control y otras fuera del control del trabajador (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral: condición que se presenta cuando las exigencias de tiempo y esfuerzo que se hacen a un individuo en su trabajo, impactan su vida extralaboral (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de la jornada de trabajo: las demandas de la jornada de trabajo son las exigencias del tiempo laboral que se hacen al individuo en términos de la duración y el horario de la jornada, así como de los periodos destinados a pausas y descansos periódicos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de recompensas derivadas de la pertenencia a la organización y del trabajo que se realiza: se refieren al sentimiento de orgullo y a la percepción

de estabilidad laboral que experimenta un individuo por estar vinculado a una organización, así como el sentimiento de autorrealización que experimenta por efectuar su trabajo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dirección/Alta dirección: gerente, subgerente, presidente, vicepresidente, director.

Empresas Sociales del Estado: (ESE): entidades cuyo objetivo es la prestación de los servicios de salud entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud (Decreto 1876 de 1994, Capítulo I, artículo 2º).

Entorno laboral saludable (Organización Mundial de la Salud, 2010): “Un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores: la salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo; la salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo; los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y la de otros miembros de la comunidad”.

Fatiga: “La fatiga es una sensación compleja, integrada por síntomas físicos y psíquicos, que ubica a quien la percibe en un continuo que va desde sentirse bien hasta estar exhausto; constituye un sistema de evaluación de la integridad del individuo y un factor determinante en la disposición para realizar alguna tarea” (Martínez y Barrientos, 2004).

Formación: conjunto de acciones orientadas a generar cambios en la actuación laboral de los empleados; la definición implica que los trabajadores dominen los cometidos, competencias y tareas que afrontan en el lugar de trabajo en el sentido de que formarse es una apuesta a completarse a sí mismo en el lugar de trabajo (Avallone, 1989, citado por Llorens-Gumbau, (s.f.).

Indicador: expresión cuantitativa o cualitativa del comportamiento o el desempeño.

Indicadores de estructura: medidas verificables de disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender demandas en seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015).

6. GLOSARIO

Indicadores de proceso: medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión (Decreto 1072 de 2015).

Jefes: término utilizado para designar a supervisores, coordinadores, subdirectores, etc.; es decir cargos que desempeñan una jefatura dentro de la empresa.

Mejora continua: proceso recurrente de optimización del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, para lograr mejoras en el desempeño en el campo, de forma coherente con la política de seguridad y salud en trabajo (SST) de la organización (Decreto 1072 de 2015).

Mindfulness: es una práctica de meditación que cultiva la conciencia del momento presente, sin realizar juicios de valor. La traducción más frecuente de *mindfulness* es “conciencia plena” o “atención plena” (Villajos y Barba, 2013). La práctica sistemática de esta técnica permite reeducar la mente, el cerebro y el cuerpo a través de la observación neutral de pensamientos, emociones, sentimientos y sensaciones físicas como elementos dinámicos, con el fin de cambiar su percepción y manejo.

Población objeto: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales a quien(es) se dirige la acción o estrategia propuesta, con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

Resiliencia: capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante (Forés y Grané, 2008; Rutter, 1993).

Riesgo: combinación de la probabilidad de que ocurra una o más exposiciones o eventos peligrosos y la severidad del daño que puede ser causada por estos (Decreto 1072 de 2015).

Trabajador: término general para designar los colaboradores, funcionarios o empleados en general.

7. BIBLIOGRAFÍA

ASOCAJAS (Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar). (2011). La recreación como factor determinante de la salud y calidad de vida. *Revista Más Vida* 14. Disponible en: <http://asocajasrevistamasvida.asocajas.org.co/index.php/revista-mas-vida-no-14/136-la-recreacion-como-factor-determinante-de-la-salud-y-calidad-de-vida>

Awa, W., Plaumann, M. y Walter, U. (2010). *Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Education and Counseling* (78): 184-190.

Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), Cartagena. Banco de la República. *Documentos de trabajo sobre Economía Regional* 204: 1-45.

Barker, L. y Nussbaum, M. (2011). Fatigue, performance and the work environment: a survey of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing* 67 (6): 1370-1372.

Bisquerra, R. y Pérez, R. (2012) Educación emocional: estrategias para su puesta en práctica. Avances en Supervisión Educativa. *Revista digital de la Asociación de Inspectores de Educación de España* 16. Disponible en: http://www.adide.org/revista/index.php?option=com_content&task=view&id=448&Itemid=465

7. BIBLIOGRAFÍA

- Carnevale, A. P. y Goldstein, H. (1991). Schooling and training for work in America: An overview. New developments in worker training: A legacy for the 1990s. Disponible en: <http://50.87.169.168/OJS/ojs-2.4.4-1/index.php/LERAMR/article/download/1170/1156#page=117>
- Carrasco, A., De la Corte, C. y León, J. (2010). Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *Revista digital de la prevención* 1. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/213894638/Engagement-Un-Recurso-Para-Optimizar-La-Salud-Psicosocial#scribd>
- Cinterfor y Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1996). Formación y trabajo: de ayer para mañana. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/oeivirt/fp/cuad1a07.htm>
- Connaughton, M. y Hassinger, J. (2007). Leadership character antidote to organizational fatigue. *The Journal of Nursing Administration* 37 (10): 464-470.
- DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística (s.f.). Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU Rev. 4 A.C.), Colombia. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/normas-y-estandares/nomenclaturas-y-clasificaciones-sen/160-uncategorised/2723-clasificacion-industrial-internacional-uniforme-de-todas-las-actividades-economicas-ciiu>
- Decisión 584 de 2004. Comunidad Andina de Naciones (CAN). Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/DEC584s.asp>
- Decreto 1876 de 1994. Ministerio de Salud. República de Colombia.
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Forés, A. y Grané, J. (2008). La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Barcelona. Plataforma Editorial. Primera Edición. Disponible en: <http://www.plataformaeditorial.com/uploads/La-resiliencia.pdf>
- Guzmán, E. (2001). Los mil abrazos de Morfeo: aproximación al sueño, a los sueños y a los ritmos. Psicobiología. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Disponible en: <http://uniquindio.metabiblioteca.org/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=30811>
- Irigoin, M. y Vargas, F. (2002). Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Oficina Internacional del Trabajo, Cinterfor. Primera edición, Montevideo. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf

- Ley 100 de 1993. República de Colombia.
- Ley 1122 de 2007. República de Colombia.
- Ley 1438 de 2011. República de Colombia.
- Ley 1608 de 2013. República de Colombia.
- Ley 1751 de 2015. República de Colombia.
- Llorens Gumbau, S. (s. f.). Significado y actitudes de la formación continua: Un estudio cualitativo en el sector metalmecánico. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/80389/forum_1997_12.pdf?sequence=1
- Llorens-Gumbau, S. y Salanova-Soria, M. (2014). Loss and gain cycles? A longitudinal study about burnout, engagement and self-efficacy. *Burnout Research* 1(1): 3-11.
- López, H. y López, A. 2011. Recreación sana: ¿Opción o necesidad? *En: Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ccss/14/lhla.html>
- Marmolejo, M. (2004). La recreación como un componente de la salud: algunas reflexiones sobre equidad e inclusión a partir del proceso de práctica profesional del programa de recreación de la Universidad del Valle. Ponencia VIII Congreso Nacional de Recreación. Vicepresidencia de la República, Coldeportes, Funlibre. Bogotá, Colombia.
- Martínez, A., Méndez, R. y Barrientos, T. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la prueba de síntomas subjetivos de fatiga en trabajadores mexicanos. *Revista de Salud Pública* 46: 516-523.
- Ministerio de la Protección Social (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>
- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Estudios/Bateria-riesgo-psicosocial-1.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Manual de habilitación de prestadores de servicios de salud. Pp: 8. *En: Resolución 1441 de 2013*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1441-de-2013.pdf>
- Ministerio de Protección Social, Pontificia Universidad Javeriana y Fedesarrollo (s.f.). Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva.

7. BIBLIOGRAFÍA

Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). Pontificia Universidad Javeriana, Centro de Proyectos para el Desarrollo (CENDEX). Bogotá, D. C., Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/LOS%20RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de Trabajo y Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2013). II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales. Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Centro Regional para Colombia y el Área Andina. Bogotá, D. C., Colombia.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Almá-Atá. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Almá-Atá: OMS. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. OMS. Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf

Pérez, J. y Martín, F. (1997). NTP 439. El apoyo social. INSHT. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Madrid, España. Disponible en: http://www.prevenzionlaboral.org/pdf/NTP/ntp_439.pdf

Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.

Resolución 1441 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Disponible en: <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%201441%20DE%202013.pdf>

Rodríguez, A., Llorens, S. y Salanova, M. (2006). Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo. *Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales* (29): 46-51.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 14 (8): 626-631.

San Vicente Fundación. (2012). Ocio y uso del tiempo libre. Programa de Adicciones,

7. BIBLIOGRAFÍA

Departamento de Salud Mental, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia. Disponible en: http://www.elhospitalblog.com/vida_sana/consejos-de-salud/ocio-y-uso-del-tiempo-libre/

Villajos, L., Ballesteros F. y Barba, M. (2013). Mindfulness en medicina. *Medicina familiar de Andalucía* 14 (2): 166-179.

Villar, J. (2010). Evaluación de fatiga en trabajadores de reparto de bebidas. Tesis de Maestría en Ciencias en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene. Instituto Politécnico Nacional. México, D. F.

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Mejorar las competencias emocionales y de autocontrol del personal de salud y de asistencia social.	Instaurar los servicios de atención y apoyo psicosocial al trabajador.	Proceso	Número de consultas efectuadas en un periodo / Número total de trabajadores de la población objeto de la intervención *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de trabajadores que asistieron a consulta que califican como satisfactoria la calidad de la atención / Número total de trabajadores que asistieron a consulta *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de casos con alteraciones de salud derivadas de las demandas emocionales después de la intervención individual y grupal / Número de casos con alteraciones de salud derivadas de las demandas emocionales antes de la intervención individual y grupal.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual

8. ANEXOS

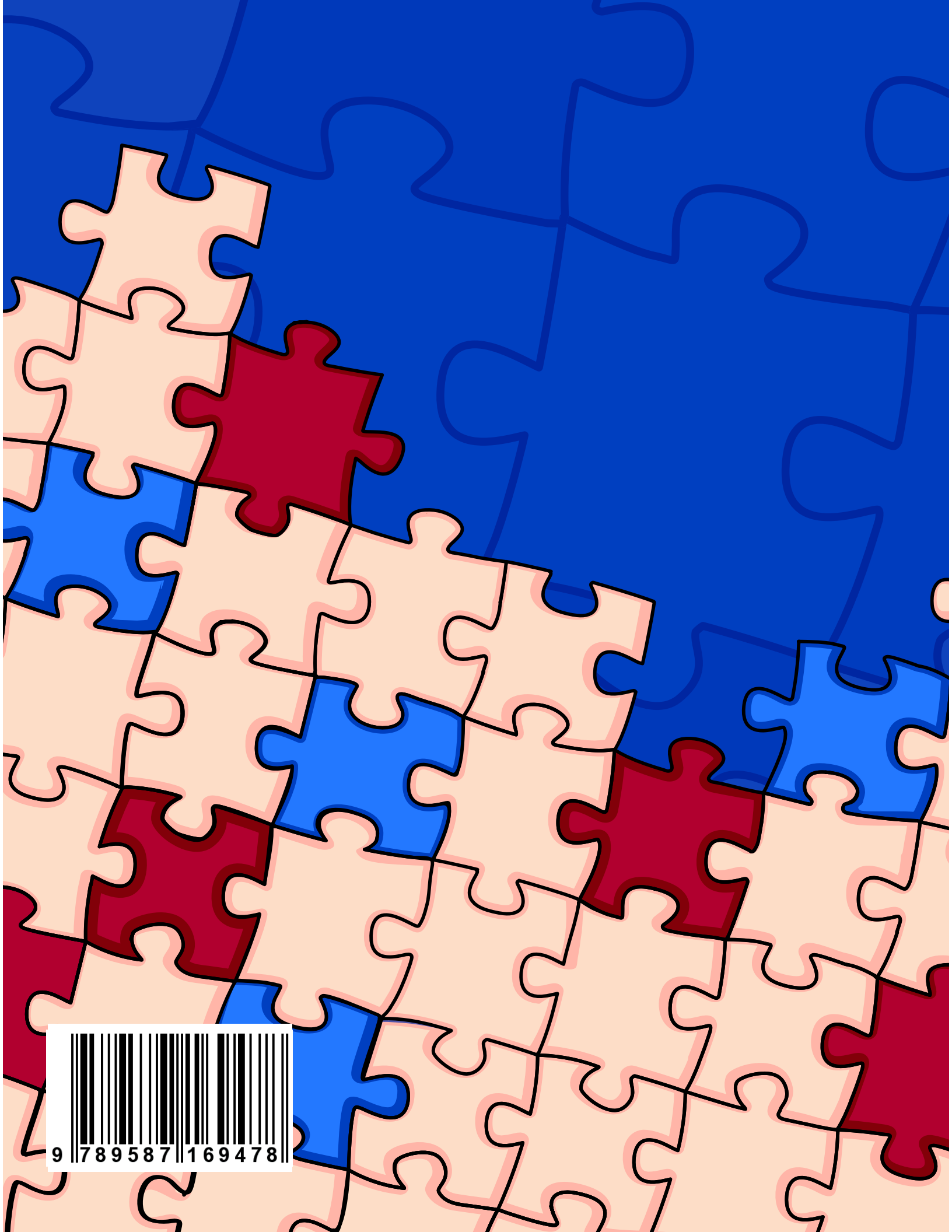
Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Mejorar las competencias emocionales y de autocontrol del personal de salud y de asistencia social.	Desarrollar actividades de formación y de atención grupal.	Proceso	Número de trabajadores que participaron en cada una de las actividades de formación / Número total de trabajadores programados *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Al finalizar las sesiones de trabajo.
		Resultado	Número de eventos no conformes por problemas de bajo control emocional por parte de la población objeto de la intervención (quejas y reclamos) / Número total de servicios prestados por esa misma población*100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
	Fomentar las redes sociales de apoyo social intralaboral.	Proceso	Número de trabajadores que participaron en cada una de las capacitaciones efectuadas / Número total de trabajadores programados *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Al finalizar las sesiones de capacitación en la temática.
		Resultado	Número de personas del grupo participante que presenta quejas por dificultades asociadas a exposición a demanda emocional / Número de personas que laboran en el grupo*100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
Favorecer el desarrollo de acciones organizacionales de intervención de las demandas de la jornada de trabajo.	Proveer sitios de descanso durante jornadas extensas o a turnos (prevenir errores por fatiga).	Proceso	Número de trabajadores de la población objeto de la intervención que utilizan los sitios de descanso / Número total de trabajadores de la población objeto de la intervención *100.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
		Proceso	Número de trabajadores objeto de la intervención satisfechos con los sitios de descanso / Número total de trabajadores de la población objeto de la intervención *100.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Favorecer el desarrollo de acciones organizacionales de intervención de las demandas de la jornada de trabajo.	Proveer sitios de descanso durante jornadas extensas o a turnos (prevenir errores por fatiga).	Resultado	Nivel de fatiga después de la intervención de los trabajadores que utilizan los sitios de descanso / Nivel de fatiga antes de la intervención *100.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
	Facilitar la ejecución de tareas de alta responsabilidad como el suministro de medicamentos (prevenir errores o accidentes por fatiga).	Resultado	Número de incidentes o accidentes, derivados de errores asociados a fatiga / Número total de servicios prestados por esa misma población*100.	Seguridad y salud en el trabajo	Mensual Trimestral Semestral Anual
Desarrollar habilidades de los trabajadores de la salud y asistencia social, para identificar señales de fatiga y desplegar comportamientos para prevenirla o reducirla.	Desarrollar acciones de educación para la prevención y control de la fatiga.	Proceso	Número de trabajadores que participaron en las acciones de educación realizadas / Número total de trabajadores programados * 100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
		Proceso	Número de actividades realizadas / Número total de actividades programadas * 100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de trabajadores que aprueban la evaluación asociada a la capacitación en la temática específica.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Posterior a la actividad Trimestral
Estimular el desarrollo de un repertorio de acciones individuales y organizacionales para manejar las demandas emocionales y de jornada propias del trabajo en los trabajadores del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social.	Considerar globalmente las acciones de intervención.	Ausentismo por permisos, incapacidad (Referidos a situaciones de demanda emocional o de fatiga de los trabajadores).	Número de horas perdidas por ausentismo asociado a permisos o incapacidad en un periodo determinado de tiempo / Número total de horas-hombre trabajadas en el mismo periodo de tiempo *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Semestral
		Ausentismo por eventos AT (Accidentes de trabajo referidos a situaciones de demanda emocional o de fatiga de los trabajadores).	Número de horas perdidas por ausentismo asociado a AT en un periodo determinado / Número total de horas-hombre trabajadas en el mismo periodo de tiempo *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Semestral

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Estimular el desarrollo de un repertorio de acciones individuales y organizacionales para manejar las demandas emocionales y de jornada propias del trabajo en los trabajadores del sector de servicios de atención de la salud humana y de asistencia social.	Considerar globalmente las acciones de intervención.	Índice de rotación de personal en la dependencia o grupo objeto de las acciones de intervención.	Número contrataciones menos Número de cancelaciones en el (los) grupos / Número de empleados activos *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Semestral
		Resultado	Número de eventos no conformes por problemas de bajo control emocional por parte de la población objeto de las acciones de intervención (quejas y reclamos de los usuarios, otros trabajadores y jefes) / Número total de servicios prestados por esa misma población *100.	Seguridad y Salud en el Trabajo / Gestión del Talento Humano	Semestral



Gestión de la jornada y prevención de la fatiga laboral

Protocolo de intervención de factores
psicosociales para trabajadores del
sector transporte

GESTIÓN DE LA JORNADA Y PREVENCIÓN DE LA FATIGA LABORAL. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES PARA TRABAJADORES DEL SECTOR TRANSPORTE.

© 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

978-958-716-950-8

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Gestión de la jornada y prevención de la fatiga laboral

Protocolo de intervención de factores
psicosociales para trabajadores del
sector transporte

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 del sector transporte	7
1.2 Factores psicosociales más representativos del sector transporte	10
2. MARCO DE REFERENCIA	14
2.1 Marco de referencia legal	14
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	15
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	17
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	18
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	19
5.1 Objetivos de la estrategia	19
5.2 Población objeto de la estrategia	19
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	20
5.4 Implementación de la estrategia	21
5.4.1 Gestión de la jornada laboral	21
5.4.2 Prevención y control de la fatiga	31
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	36
6. GLOSARIO	38
7. BIBLIOGRAFÍA	44
8. ANEXOS	48

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización del sector transporte

La globalización e internacionalización de la economía, de la tecnología y de las comunicaciones, ha dinamizado el sector transporte, que hoy resulta más exigente para quienes desarrollan su trabajo en este campo. Los estándares de calidad y seguridad deben adaptarse a los exigidos en el mundo entero, lo que demanda un gran esfuerzo para algunos, como es el caso del transporte terrestre.

El sector transporte está conformado por una amplia gama de subsectores: transporte regular y no regular de pasajeros y de carga por carretera, por vía acuática, por vía aérea o por ferrocarril; y el servicio de transporte de productos por tuberías¹. Dichos subsectores presentan desarrollos y características muy disímiles en algunos aspectos, pero similares en otros, especialmente en lo que a condiciones de riesgo psicosocial se refiere. Es por ello que para el área de seguridad y salud en el trabajo implica múltiples retos que deben ser afrontados con el soporte de la alta

1. Este último, si bien está incluido en la sección H de transporte y almacenamiento en la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas CIIU, en la Revisión 4 adaptada para Colombia DANE (2012), no es considerada de manera directa en el planteamiento de la estrategia de intervención para este sector.

1. INTRODUCCIÓN

dirección de la organización y del área de gestión del talento humano, para conciliar las exigencias de productividad, calidad y seguridad tanto de los trabajadores como de los usuarios de los servicios de transporte.

El sector transporte cuenta con participación pública y privada, en proporción que varía dependiendo del subsector y del área geográfica en la que se presta el servicio. En el cubrimiento a las diversas zonas del país prevalece la modalidad que se adecúa a las características y al desarrollo vial de la zona; en el Amazonas por ejemplo, predominan el transporte fluvial y el aéreo.

En el año 2005 existían en Colombia 1.198 empresas habilitadas para el transporte de carga por carretera y 16 operadores de transporte multimodal, y en 2006 se contaba con seis operadores del sector férreo nacional (Carbones del Cerrejón, Drummond Ltda.², Ferrocarril de Occidente, Ferrocarriles del Norte de Colombia, Metro de Medellín³ y Tren Turístico del Valle) (Información del sector férreo, citado por SENA, 2006, p. 39).

El transporte urbano ha ido integrándose paulatinamente alrededor de una entidad centralizadora y empresas operadoras: Transmilenio y Sistema Integrado de Transporte Público (SITP) en Bogotá, cuenta actualmente con 16 empresas operadoras, que agrupan un promedio de 17.000⁴ operadores (conductores); Metro Cali S. A., Transcribe (Sistema Integrado de Transporte Masivo de Cartagena); y Megabus S. A. que ejerce la titularidad sobre el sistema integrado de transporte masivo de pasajeros del área metropolitana del centro occidente de Risaralda (Peireira, Dosquebradas y la Virginia).

Los perfiles ocupacionales de los operadores (conductores) y de los tripulantes son muy disímiles en términos de exigencia académica, experiencia y competencias técnicas específicas; fundamentalmente dependen del subsector en el que desarrollen su labor y de la complejidad del equipo a su cargo. Se mueven en un continuo desde educación básica primaria, hasta nivel profesional o especializado, como es el caso de los pilotos de las aeronaves, capitanes de navío o maquinistas

2. Carbones del Cerrejón y Drummond Ltda. son operadoras férreas que generan su propia carga (carbón).

3. Servicio que opera desde 1996 y actualmente está integrado al Sistema de Transporte Masivo del Valle de Aburrá, que incluye el sistema de transporte de pasajeros en autobús y un sistema de transporte a través de teleférico metrocable, diseñado para apoyar a la población que habita en las zonas altas de Medellín.

4. Entrevista con funcionarios del sector transporte como parte del trabajo de campo para desarrollar el presente protocolo (2015).

del sector férreo. La exigencia de requisitos técnicos es igualmente diversa: en todos los casos deben contar con una licencia que avale sus conocimientos, experiencia técnica y competencias para enfrentar de manera segura las situaciones de riesgo a las que se ven expuestos en función de su trabajo. La licencia debe ser renovada periódicamente, previo cumplimiento de los requisitos establecidos.

Sin detrimento de lo anterior, actualmente es común encontrar estudiantes universitarios e incluso profesionales ocupando estos cargos, en parte por aspectos ligados al mercado laboral o por cualificación de los perfiles ocupacionales por parte de las organizaciones contratantes.

El volumen de carga y pasajeros movilizados permite visualizar la magnitud del sector, el nivel y dirección de desarrollo en los diferentes subsectores y su organización. Para ilustrarlo, a continuación se incluyen algunos datos del informe de indicadores del sector transporte en Colombia (Fedesarrollo, 2013):

El transporte de carga se ha ido incrementando en los últimos años: el 71 % de la carga transportada al interior del país se hace por carretera, el 28 % por vía férrea, el 1 % por vía fluvial y el 0,5 % por vía aérea. La carga de exportación ha tenido un crecimiento anual de 7,2 % y el 98 % se hace por vía marítima. El subsector férreo tuvo un aumento del 463 % entre los años 1994 y 2012. Según la misma fuente, el transporte por vía fluvial ha presentado un comportamiento diferente: a partir del 2008 la tasa de crecimiento es de -11 %; en consecuencia, esta red no es una alternativa importante y su utilización se presenta en un esquema de transporte intermodal.

En Colombia existen puertos marítimos públicos y privados, tanto en la costa Atlántica como en la del Pacífico, que se dividen en puertos de carga especializada (especialmente carbón y petróleo) y en puertos de carga general. El 39 % del total de la capacidad instalada en el país es de servicios de uso público (DNP, 2013; citado por Fedesarrollo, 2013).

Por su parte el transporte aéreo cuenta con un total de 621 pistas y 75 aeropuertos en jurisdicción nacional, a cargo de la Aeronáutica Civil (Aerocivil). Los aeropuertos pequeños cumplen esencialmente una función social en regiones apartadas (Fedesarrollo, 2013). En cuanto al transporte de carga, la mayor parte corresponde al comercio exterior. Gran parte del transporte aéreo se concentra en pocos aeropuertos.

1. INTRODUCCIÓN

1.2 Factores psicosociales más representativos del sector transporte

Los factores de riesgo psicosocial a los que se ven expuestos los trabajadores del sector transporte varían de acuerdo al subsector en que se desarrolla la labor, los modos de transporte, la tipología del equipo que operan, la naturaleza de la carga que transportan (personas, animales, equipos e insumos de diversa índole) y las condiciones en que prestan el servicio.

A continuación se presenta una aproximación a la problemática psicosocial del sector, con base en la información obtenida a partir de revisión documental, algunas entrevistas realizadas a personas relacionadas directa o indirectamente con el sector (personal de áreas seguridad y salud en el trabajo, gestión del talento humano, dirección técnica, interventoría de empresas de transporte aéreo, transporte terrestre urbano de pasajeros y de transporte de carga y representantes de administradora de riesgos laborales - ARL), así como de la información contenida en la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (2014), y de la observación que se efectuó como parte del trabajo de campo para la estructuración de la presente estrategia de intervención.

El análisis de la información permitió identificar que las mayores dificultades de los trabajadores del sector transporte se relacionan con las demandas del trabajo, en particular con las siguientes:

Demandas de la jornada de trabajo e influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral

En general, los trabajadores del sector transporte tienen diferentes exigencias en la jornada laboral generadas por diversas variables: jornadas laborales extensas que en ocasiones superan las 12 horas⁵; trabajo nocturno; rotación de turnos, que contribuye a alterar el ritmo circadiano; horarios mixtos, es decir jornadas partidas en dos franjas el mismo día (diurna y nocturna); limitación de tiempos de descanso entre jornadas; postergación del tiempo de vacaciones; y períodos prolongados alejados del entorno familiar y social en función del trabajo que afectan la esfera personal, familiar y social.

5. La II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales reporta que el 34,48 % de los trabajadores de este sector manifestó trabajar más de 12 horas al día.

La labor de los tripulantes en el sector aeronáutico está muy normada para las empresas de transporte público regular y no regular, particularmente en cuanto a los tiempos de vuelo y de servicio (quincenal, mensual, trimestral, anual), de descanso, que oscila entre 10 y 24 horas (dependiendo de la duración del tiempo de vuelo y si es en la base de residencia o fuera de ella), y tiempo libre. Existen sin embargo variaciones dependiendo de la naturaleza de las tareas (cabina de mando y del rol que se cumpla en ella o cabina de pasajeros), de la franja horaria (diurna, nocturna o mixta), del tipo de aeronave, entre otras variables. Salvo situaciones excepcionales, los tiempos establecidos formalmente en el Manual del Reglamento Aeronáutico de Colombia (RAC) se cumplen. Es el trabajo nocturno, la rotación de turnos, el desfase horario derivado del cruce de husos horarios en los vuelos transcontinentales y las jornadas extensas, lo que contribuye a alterar el ritmo circadiano. La presión por el cumplimiento de itinerarios lleva a que con frecuencia las programaciones internas tengan que ser modificadas, lo que genera brechas entre la programación formal y el cumplimiento real, tornándolas poco eficientes e inconvenientes para el personal.

Demandas ambientales y de esfuerzo físico

Estas demandas se presentan por la permanencia prolongada de los trabajadores en posición sedente, con limitadas posibilidades de alternar posturas, exposición a condiciones adversas de tipo físico (ruido, vibración, temperatura), químico (polvo, humos) y de saneamiento (dificultad para acceder a servicios sanitarios y de aseo). En este sentido los resultados de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (2014), coinciden con la información derivada de las entrevistas, entre otros aspectos, en que los trabajadores del sector transporte están expuestos a posiciones que generan fatiga (56,57 %), movimientos repetitivos (69,12 %), exposición a ruido (50,18 %), a polvo, humos y a temperaturas extremas (43,12 %).

Demandas emocionales

La actividad del transporte expone a los trabajadores a diversas situaciones que involucran un componente emocional importante. Quienes están de cara a los usuarios con frecuencia presencian o enfrentan violencia, expresada de múltiples formas: agresión verbal, psicológica e incluso física. La condición de riesgo es mayor cuando el trabajador no tiene el control de la situación, como es el caso de retrasos de vuelos, lentitud en los desplazamientos por congestión en la vía, daño

1. INTRODUCCIÓN

de los equipos, etc. Este aspecto está teniendo gran impacto, por ejemplo, sobre los conductores del sistema Transmilenio y Sistema Integrado de Transporte (SITP) en Bogotá⁶, quienes son agredidos frecuentemente por pasajeros o personas de la comunidad, sumado a la exigencia asociadas a la labor de controlar las propias emociones e impulsos, factor que eleva el nivel de riesgo psicosocial.

La exposición a situaciones de riesgo (atracos, amenaza, secuestro, extorsión⁷, atentado, o linchamiento), de las cuales muchos de ellos han sido víctimas o han conocido casos de conductores que han visto afectada su integridad e incluso que han perdido la vida; y el verse enfrentados a la ocurrencia de accidentes que provocan lesiones de diverso nivel de severidad e incluso la muerte de pasajeros, peatones, otros conductores o de ellos mismos, son condiciones de gran impacto que en ocasiones requieren de apoyo psicológico o psiquiátrico, o que derivan en la renuncia al cargo.

Demandas cuantitativas y de carga mental

Esta combinación de demandas está presente con frecuencia entre los trabajadores responsables del servicio de transporte: elevada exigencia de atención y concentración que al combinarse con actividades monótonas torna más complejos los escenarios. Así lo ilustra el transporte por carretera, en especial el transporte de carga, que frecuentemente implica largos recorridos por vías planas y rectas, combinado con conducción en solitario y fatiga física que favorecen los microsueños, frente a los cuales el conductor se ve precisado a hacer un esfuerzo sistemático por mantenerse alerta.

Para los conductores que movilizan pasajeros por corredores viales compartidos con el tráfico normal de las ciudades, la exigencia es también de alto nivel: deben mantener niveles sostenidos de atención y concentración frente a múltiples estímulos simultáneos, sonoros, visuales, etc., y asumir un manejo defensivo para prevenir incidentes y accidentes, en especial los generados por actos inseguros y temerarios de otros conductores, peatones y usuarios del servicio.

En el segmento aéreo, la clase de aeronave, la duración de los trayectos muy ligada al tipo de vuelo (doméstico, internacional o transcontinental), incide sobre la

6. En otras ciudades, también se ha presentado.

7. Como es el cobro de “vacunas” para que le permitan circular por ciertas zonas.

demanda cuantitativa de carga mental y de responsabilidad. A menor tiempo de vuelo, mayor cantidad de sectores o segmentos de despegue y aterrizaje (hasta seis), que constituyen los momentos más críticos de la operación.

Los resultados de la II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (2014), respaldan lo anteriormente expuesto, pues se destaca la exigencia de un nivel alto de atención para efectuar las labores (83,66 %), así como la exigencia de atender varias tareas al mismo tiempo (68,15 %); el ritmo de trabajo es determinado fundamentalmente por las demandas directas de usuarios, seguida de los plazos que es necesario cumplir y del control directo de los jefes (76,74 %, 71,23 % y 63,57 % respectivamente).

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

La Constitución Política de 1991 fortaleció el marco normativo que incentiva la participación privada en la infraestructura del sector transporte dentro del proceso de apertura económica, particularmente en lo que atañe a los puertos.

Mediante la Resolución 2646 de julio 16 de 2008, se establecen disposiciones y se precisan responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención e intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. En el artículo 4 se subraya la sinergia de los factores intralaborales, extralaborales e individuales, aspecto que se considera en el proceso de intervención planteado en el presente protocolo.

El sector aeronáutico cuenta con una normatividad específica recopilada en el Reglamento Aeronáutico de Colombia (RAC), actualizado sistemáticamente con base en los diversos decretos emitidos, en especial el Decreto 02742 de junio 24 de 2009 en lo referente a aspectos relacionados con los tripulantes de cabina y tripulantes de cabina de pasajeros, y particularmente en la normatividad sobre horarios, tiempos de servicio, descansos, características y periodicidad de los

entrenamientos, entre otros⁸. Al respecto deben considerarse las normas que se publiquen en fechas posteriores a este protocolo y que modifiquen, adicionen o cambien las anteriormente mencionadas.

Mediante Resolución 1565 de junio 2014, se expide la Guía Metodológica para la elaboración del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV) que debe cumplir toda entidad, organización o empresa del sector público o privado que posea, ensamble, comercialice, contrate o administre flotas de vehículos automotores o no automotores superiores a diez (10) unidades, o contrate o administre personal de conductores. Con su aplicación se busca promover la formación de hábitos y conductas seguras en la vía, y que las empresas elaboren un mapa o ruta mediante las cuales incorporen acciones que garanticen un aporte significativo para la disminución de las altas tasas de accidentalidad. Esta Resolución busca incorporar los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) sobre la situación mundial de la salud en términos de seguridad vial.

En el año 2015 se expidió el Decreto 1079, o Decreto Único Reglamentario del Sector Transporte, que compila las normas preexistentes para cada subsector.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

Organizaciones saludables son aquellas en las que se interrelacionan dos conceptos básicos: organización y salud. La organización se refiere básicamente a la forma en la que se gestionan los procesos de trabajo, incluidos los horarios, el diseño de los entornos o estaciones de trabajo y las formas de relación. Las organizaciones saludables son aquellas en las que las diversas variables organizacionales buscan alinearse para preservar la salud y el bienestar de quienes laboran en ellas y para instaurar buenas prácticas, entre ellas la conciliación de la esfera laboral y familiar.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) enfatiza que el lugar de trabajo constituye un entorno prioritario para la promoción de la salud, y la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) se refiere a los entornos de trabajo saludables como aquellos en los que los trabajadores y jefes participan en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo.

8. Incluido en la parte 4 capítulo 17 de dicho Reglamento.

2. MARCO DE REFERENCIA

Con base en las consideraciones anteriores, se eligió la concepción de “entornos de trabajo saludables” como componente del enfoque conceptual para el planteamiento e implementación de la estrategia de la gestión de la jornada y prevención de la fatiga laboral para los trabajadores del sector transporte.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El *Protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores del sector transporte*, si bien está diseñado para responder a las principales necesidades psicosociales identificadas, no es exhaustivo dada la magnitud del sector y la multiplicidad de subsectores y segmentos. Para su aplicación es preciso efectuar las adaptaciones que se requieran según el grado de desarrollo, la cultura, el tamaño de la organización, ubicación geográfica, etc. El alcance del protocolo será mayor si las acciones y actividades se realizan de forma integral. No obstante, podrán implementarse por separado como si se tratara de una caja de herramientas.

El protocolo brinda, básicamente, directrices para acciones de intervención en el ámbito intralaboral; sin embargo algunas de ellas tienen alcance extralaboral, específicamente las referentes a las dimensiones de uso del tiempo, relaciones familiares y comunicación y relaciones con otras personas fuera del trabajo.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo de *Gestión de la jornada y prevención de la fatiga laboral en el sector transporte* está diseñado para ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano, el área de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, así como por jefes y trabajadores.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Favorecer el desarrollo de un repertorio de acciones individuales y organizacionales para mejorar la gestión de la jornada laboral y prevenir y controlar la fatiga entre los trabajadores del sector transporte.

Específicos

- Favorecer el desarrollo de acciones organizacionales de intervención mediante la incorporación de mejoras en la programación y control de la jornada laboral, que contribuyan a prevenir y controlar la fatiga de los trabajadores del sector transporte.
- Desarrollar habilidades en los trabajadores del sector transporte, para identificar señales de fatiga y desplegar comportamientos para prevenirla y controlarla.

5.2 Población objeto de la estrategia

Trabajadores que efectúan transporte entre diferentes lugares: tripulantes de cabina, tripulantes de cabina de pasajeros, operadores de los sistemas carretero, férreo, aéreo y acuático, etc.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

El sector transporte está conformado por una amplia gama de subsectores: transporte regular y no regular de pasajeros y de carga por ferrocarril, por carretera, por vía acuática o por vía aérea, incluidos en la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas CIIU, en la Revisión 4 adaptada para Colombia (CIIU, sección H).

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

La estrategia de intervención ofrece acciones orientadas a dos demandas de tipo psicosocial que de acuerdo a la caracterización realizada, muestran mayor impacto en los trabajadores del sector transporte; ellas son: las demandas de la jornada de trabajo y la influencia del ambiente laboral sobre el extralaboral. Para las primeras se ofrecen mecanismos que favorecen mejoras en la programación y cumplimiento de las jornadas, horarios de trabajo y manejo del tiempo libre; para las segundas la estrategia plantea acciones de intervención organizacional que propicien el equilibrio entre los entornos laboral y extralaboral y que favorezcan la oportunidad de descanso y recuperación. Igualmente, brinda a los trabajadores elementos que les permite comprender la importancia de asumir un rol activo para lograr un estilo de vida saludable y de esta forma prevenir o reducir la fatiga.

Desde la perspectiva extralaboral se favorecen las dimensiones de uso del tiempo fuera del trabajo, relaciones familiares y comunicación y relaciones interpersonales, puesto que se brindan elementos para que se presente una mayor y mejor interacción y se reconozca el valor de las redes familiares y sociales.

Para atender otras necesidades que no se abordan en este protocolo, el usuario deberá remitirse al *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos.

Limitaciones

Es posible que exista falta de respaldo por parte de la dirección de la organización, así como resistencia entre los jefes de las áreas operativas a las que se dirige esta estrategia, por considerarla innecesaria o compleja, dadas las exigencias de resultados y la inversión de tiempo que la intervención requiere.

Otros factores que pueden representar limitaciones son: a) la dificultad para desarrollar actividades debido a la dispersión geográfica y a la diversidad de horarios

laborales en que los trabajadores del sector efectúan su trabajo; y b) los costos asociados a la implementación de dichas actividades. De otra parte, si las acciones de intervención no se mantienen en el tiempo, la estrategia tendrá beneficios limitados.

5.4 Implementación de la estrategia

El punto de partida de la estrategia es la gestión de la jornada laboral por parte de los responsables de la programación, asignación y control de los turnos de trabajo.

Se plantean acciones en términos de la gestión de la jornada laboral y prevención y control de la fatiga laboral, puesto que al identificar los principales factores de riesgo psicosocial, se evidenció que la dinámica de trabajo en el sector implica jornadas extendidas, mixtas, nocturnas y a turnos.

Con frecuencia al interior de las organizaciones se presentan dificultades para articular la programación establecida con su cumplimiento, derivadas en parte de la ocurrencia de situaciones (imprevistas o habituales), que generan problema a quienes tienen a su cargo el control de la operación. La intervención sobre la organización del trabajo es la que presenta mayores posibilidades de surtir efectos que impacten positivamente a las personas, la organización y los resultados en términos de calidad y seguridad, que a su vez redundan en la productividad.

Paralelamente se brinda a los trabajadores del sector transporte, información y capacitación a través de acciones que permiten reconocer la dinámica de la fatiga y sus implicaciones, así como las diferentes opciones para prevenirla y controlarla e incorporar hábitos de vida y trabajo saludables.

A continuación se presenta el mapa que sintetiza las acciones de intervención (Figura 1), las cuales se desarrollan posteriormente en el marco del ciclo PHVA.

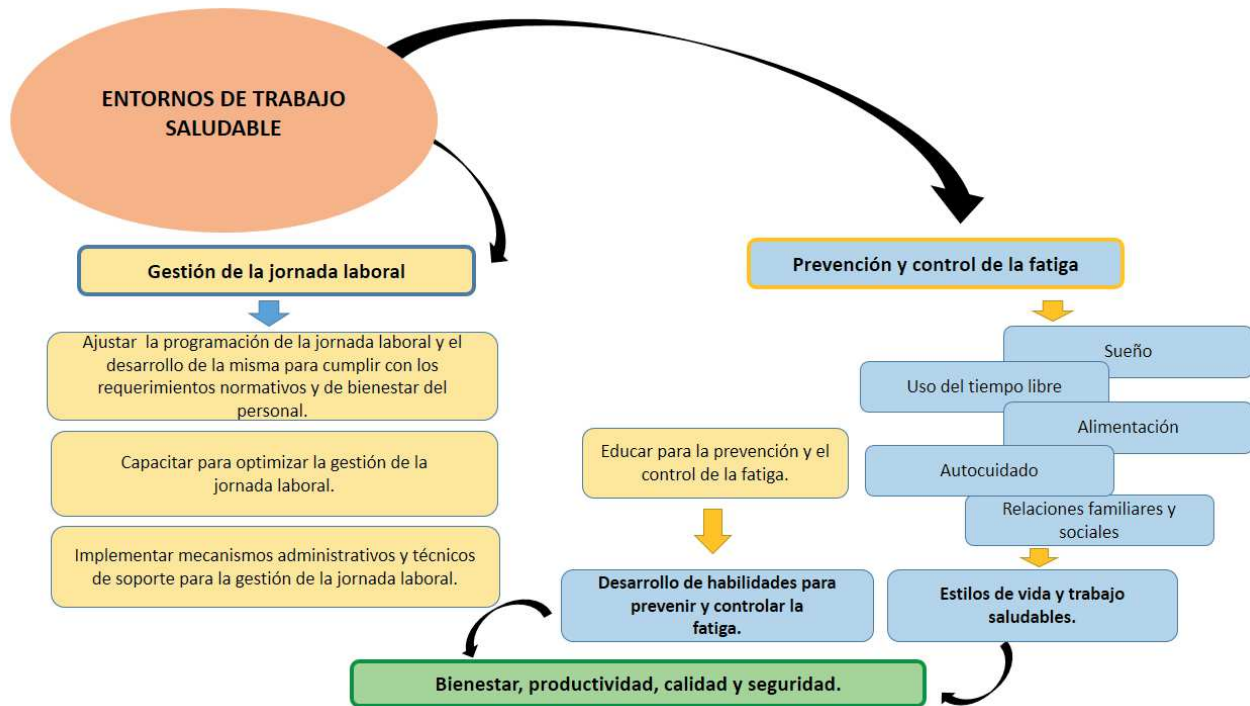
5.4.1 Gestión de la jornada laboral

Cuando se presentan brechas o desfases (eventual o sistemáticamente) entre la programación de la operación de transporte y su ejecución, estas suelen obedecer a factores como el ausentismo, déficit en la planta de trabajadores o rotación de personal, entre otros.

Con el propósito de cumplir con las exigencias propias del servicio de transporte, las áreas de control se ven precisadas a hacer ajustes, creando límites muy estrechos

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

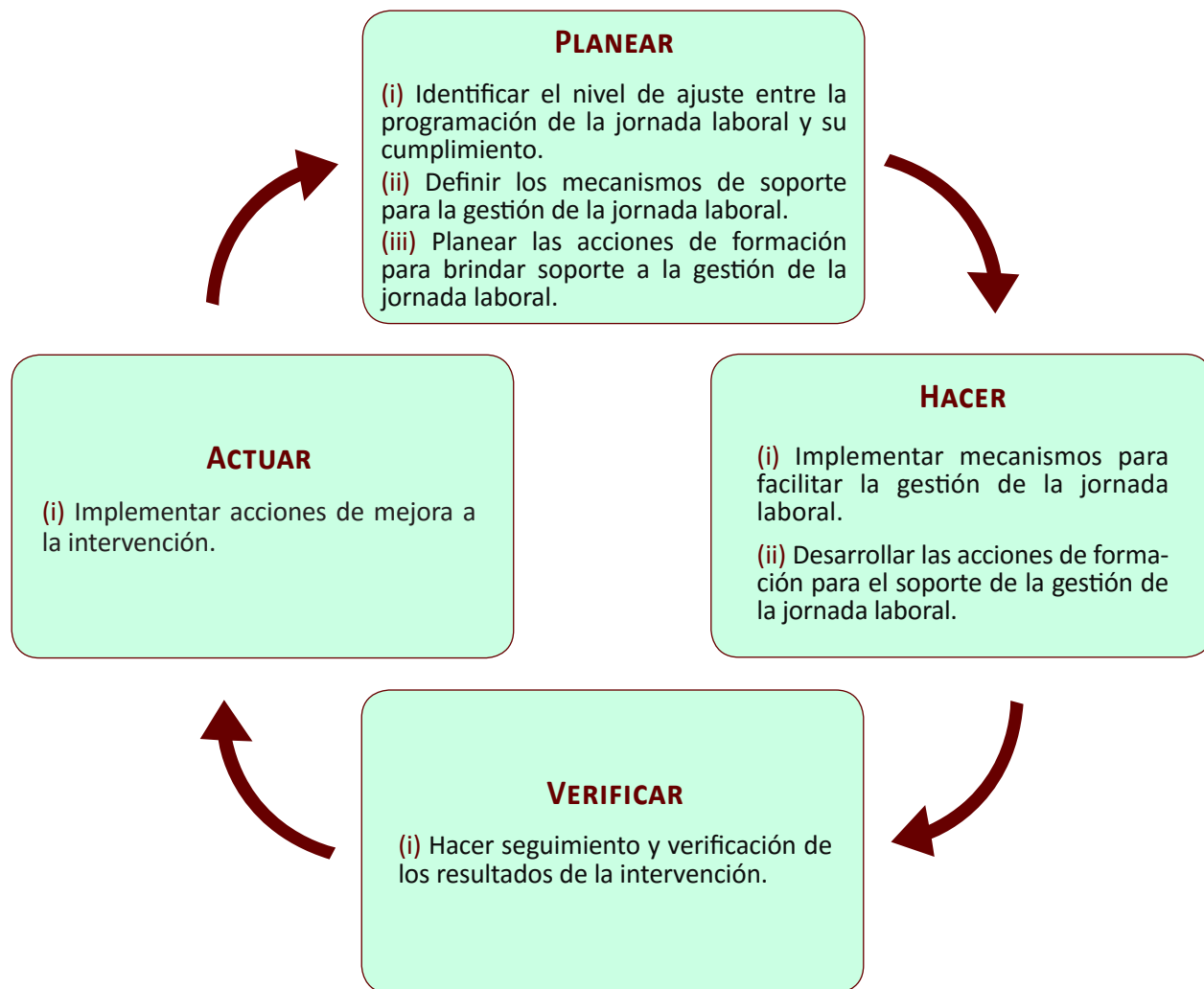
Figura 1. Estructura de la estrategia de gestión de la jornada y prevención de la fatiga laboral para trabajadores del sector transporte



para el cumplimiento de la normatividad establecida sobre la jornada laboral y los tiempos deseables de descanso que deben existir entre jornadas. Cuando esta situación se torna reiterativa, afecta el bienestar de los trabajadores y puede impactar negativamente la calidad y seguridad del servicio, las relaciones sociales al interior de los grupos de trabajo, e incluso entre los responsables de la programación y el control de la operación.

Para facilitar la superación de tales dificultades se presentan en la figura 2 las actividades de prevención y control de la fatiga, las cuales se amplían posteriormente en el marco del ciclo PHVA.

Figura 2. Ciclo PHVA de la acción “Gestión de la jornada laboral”



Planear

(i) Identificar el nivel de ajuste entre la programación de la jornada laboral y su cumplimiento

Cuando se reconoce la necesidad de efectuar una intervención para mejorar la gestión de la jornada laboral, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, conjuntamente con los jefes de las áreas encargadas de la programación y control de la operación, determinan el momento de inicio del trabajo para la implementación de la estrategia, la metodología a utilizar para establecer una línea de base, y los periodos y mecanismos que utilizarán para efectuar el seguimiento y el control de los componentes de la acción.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Se sugiere conformar un grupo facilitador de la estrategia⁹, integrado por representantes de las áreas encargadas de la programación y el control de la operación, de las áreas con relación funcional para la programación y el control, jefes de transporte y representantes de los trabajadores¹⁰. Dependiendo de las características de la organización y de los grupos de trabajo, puede requerirse de una etapa previa de capacitación o entrenamiento a los integrantes del grupo facilitador de la estrategia, para favorecer su comunicación y participación efectivas¹¹.

La participación de un asesor o consultor externo que acompañe el proceso favorecerá la dinámica del grupo y el manejo de las dificultades que puedan surgir, especialmente en organizaciones muy grandes.

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, conjuntamente con las de programación y control de operaciones o quien cumpla esta labor, establecen la línea de base para el cumplimiento de la planeación de la operación¹² propia del segmento y del grupo particular, tomando en consideración los siguientes aspectos:

- Índices de cumplimiento de la programación de la operación durante un periodo determinado (anual, semestral o trimestral) según oportunidad, cobertura, calidad, seguridad, normativa vigente¹³, etc. Establecer este índice permite analizar las causas de los incumplimientos o modificaciones (carencia o daño de los equipos, retrasos en la operación por problemas meteorológicos, de orden público, ausentismo, insuficiencia de personal, etc.). Los resultados de este índice se comparan con las metas organizacionales y la normativa vigente.

9. En organizaciones pequeñas es difícil o poco práctico conformar dicho grupo, pero sí es importante contar con representación de los trabajadores de transporte.

10. Serán las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo las responsables de propiciar y facilitar su conformación y coordinación.

11. Ver acciones para la “Optimización de competencias de relación y comunicación” y la acción “Participación efectiva en los grupos de trabajo”, incluidas en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos.

12. En algunas empresas lo que se requiere es retomar información previamente registrada en los aplicativos y filtrarla de acuerdo a los parámetros requeridos.

13. Normativa referente a tiempos de asignación, servicio, operación directa (vuelo, conducción, navegación, etc.), y periodos de descanso entre una asignación y otra, etc.

Al analizar los resultados de los índices anteriores debe considerarse la relación que se establece entre el cumplimiento de las programaciones y el bienestar de los trabajadores (cumplimiento de la programación versus el costo humano en salud, bienestar, seguridad y satisfacción de los trabajadores)¹⁴.

- Indicadores de quejas y reclamos de los trabajadores ante el área de gestión del talento humano, relacionadas con inconformidades por la gestión de la jornada laboral (incumplimiento de la programación o de los parámetros normativos).
- Índices de incidentes o accidentes¹⁵, ausentismo y su causa (permiso, incapacidad, etc.) e índice de rotación¹⁶.

Los resultados de los indicadores anteriores constituyen la línea de base que permitirá posteriormente evaluar el impacto de la estrategia de intervención.

Con la línea de base se priorizan los problemas que afectan negativamente la gestión de la jornada laboral mediante herramientas tales como Diagrama de Pareto, Diagrama Ishikawa o Diagrama Espina de Pescado, Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), Análisis Causa Raíz (RCA), etc.

Los resultados del análisis anterior permiten tener claridad acerca de los aspectos o factores a intervenir para mejorar la gestión de la jornada laboral.

El siguiente momento consiste en buscar alternativas de solución y la correspondiente aprobación para implementarlas. Algunas posibles soluciones son la creación de espacios de concertación entre áreas, la agilización de los procesos de selección de personal, la mejora en los tiempos de mantenimiento de los vehículos, etc.

14. Con frecuencia las programaciones se conocen con antelación, pero en la gestión del día a día, las áreas de control se ven precisadas a realizar ajustes de última hora cambiando la proporción de lo planeado con respecto a los imprevistos, de manera que la gestión reactiva tiende a prevalecer, con el consiguiente desgaste para los involucrados.

15. Comunes o de trabajo y en la medida de lo posible, determinar si la fatiga en alguna medida pudo mediar.

16. Por dificultades derivadas de la gestión de la jornada laboral / fatiga.

Las áreas de gestión del talento humano y seguridad y salud en el trabajo, junto con la dirección de la organización, seleccionan los mecanismos para informar a los responsables de las áreas involucradas (supervisores, coordinadores, jefes, subdirectores, etc.) sobre la intervención puntual con respecto a la gestión de la jornada laboral (programación y control de la operación), su importancia y alcances, y el respaldo que se tiene por parte de la alta dirección, con el propósito de sensibilizarlos para que se involucren activamente en el proceso de mejora.

Como parte de los mecanismos de comunicación pueden incluirse reuniones, correo electrónico, intranet, circulares, carteleras, boletín, etc., los cuales se seleccionan de acuerdo a las características y cultura de la organización y el contenido del mensaje.

Dependiendo del tamaño del grupo de trabajadores y de las características particulares de la organización, se determina la conveniencia de implementar la acción para todo el grupo o para un subgrupo particular.

La acción de intervención busca llegar tanto al personal de las áreas encargadas de gestionar la jornada laboral¹⁷, como a las distintas instancias con las que existe articulación funcional (mantenimiento, selección y capacitación, etc.), y con las cuales deben concertarse acciones concretas que permitan a las áreas de programación y control de la operación mejorar las condiciones del personal de la operación.

(ii) Definir los mecanismos de soporte para la gestión de la jornada laboral

Para superar las dificultades prioritarias que inciden en la gestión de la jornada, es importante intervenir en dos posibles direcciones:

- Los aspectos propios de la gestión y la administración.
- Los aspectos técnicos.

En cualquier escenario se recomienda implementar primero aquellas acciones que sean más fácilmente aceptadas y viables.

17. Efectuar la programación y el control operativo.

Las soluciones relacionadas con la gestión y la administración de los turnos incluyen alternativas como:

- Aumento de la planta de trabajadores en las áreas en las que se detectan necesidades (por ejemplo operadores de transporte, personal de mantenimiento, personal encargado de sistemas de información, personal de programación y de control).
- Optimización de los tiempos de mantenimiento de los equipos.
- Mejora en las políticas de gestión del talento humano (bienestar, retención, beneficios).
- Incremento de mecanismos de seguridad mediante convenios con entidades municipales para reforzar la vigilancia en las carreteras y la instalación de cámaras al interior de los vehículos de transporte urbano, entre otros.

De otra parte, las soluciones de tipo técnico consideran alternativas como:

- Incorporación de mecanismos de control de la jornada laboral a través del sistema de información de la programación y el control de la operación; por ejemplo, alarmas que indiquen sobretiempos o turnos con periodos de descanso muy cortos. También se pueden incorporar otras ayudas como gráficas (ejemplo gráfica Gantt), tableros, carteleros, etc., para valorar de manera rápida y confiable los ajustes en las programaciones a los estándares de seguridad establecidos (tiempos mínimos de descanso, monitoreo y control de jornadas extensas o nocturnas, cambios de husos horarios, rangos de tolerancia en la duración de las jornadas, etc.). Es igualmente útil incluir en el sistema reportes que den cuenta de las novedades del personal tales como vacaciones, ausencias, etc.

La ejecución y el seguimiento de estas acciones estarán a cargo de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, con el apoyo de las áreas de planeación y control de las operaciones y de tecnologías de la información (sistemas). La incorporación de cualquiera de las soluciones mencionadas puede requerir capacitación de los involucrados.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

(iii) Planear las acciones de formación para brindar soporte a la gestión de la jornada laboral

Además de las acciones de intervención en los aspectos propios de la gestión y la administración, así como en los aspectos técnicos, se requiere formar a los trabajadores relacionados directa¹⁸ o indirectamente¹⁹ con la programación y control de la operación de transporte, en temas relativos a la gestión del tiempo de trabajo y la identificación de las causas y consecuencias de la fatiga, así como en los mecanismos para su prevención. La formación debe incluir los aspectos físicos y psicológicos, además de los normativos o legales que deben considerarse para gestionar la jornada laboral. Los temas de la formación deben abordarse teniendo en cuenta la dinámica, cultura y posibilidades de la organización, así como el público objetivo.

La formación debe incluir las siguientes temáticas:

- Tipos de jornadas laborales e implicaciones de la organización de los horarios.
- Lineamientos normativos²⁰, científicos y modalidades de organización del trabajo (nocturno, a turnos, con cambio de husos horarios y jornadas mixtas).
- Impacto de la organización del trabajo sobre el sueño, los ritmos circadianos y la salud, la eficiencia y seguridad, y sobre las esferas personal, familiar y social.
- Relación entre el tipo de jornada laboral y la fatiga.
- Dinámica de la fatiga: definición y factores generadores de la misma.
- Niveles de fatiga: operacional, aguda, crónica.

18. Los responsables del área de programación y control de operaciones, conjuntamente con los integrantes del grupo facilitador de la estrategia y los jefes de las áreas de operaciones a las que pertenecen los trabajadores.

19. Es decir, las áreas que brindan soporte funcional tales como gestión del talento humano, seguridad y salud en el trabajo, calidad, mantenimiento, etc.

20. Con énfasis en los propios del sector si los hubiere, como es el caso del sector aeronáutico.

- Identificación de factores de prevención en la planeación y organización del trabajo, para lo cual se recomienda considerar la acción denominada “Gestión de un sistema de trabajo por turnos” incluida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*.

Desde el punto de vista metodológico, la formación se puede realizar mediante un acompañamiento individual, o mediante seminario-taller con el soporte de personas idóneas en la temática, bien sea que formen parte de la planta de personal de la organización o que sean contratados para este fin. En cualquier caso, es aconsejable considerar los aportes de las personas encargadas de la planeación, organización y control de la operación, y de las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo.

(i) Implementar mecanismos para facilitar la gestión de la jornada laboral

Las intervenciones planteadas anteriormente presentan un nivel de complejidad variable, producto de la convergencia de distintas áreas cuyo aporte y participación debe mantenerse en el tiempo, y de los costos que pueden derivarse de algunas de ellas. Por lo anterior, es fundamental que las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, garanticen el seguimiento sistemático a la efectividad de las mismas, buscando preservar la participación activa de los involucrados y la retroalimentación y mejora continua del proceso.

(ii) Desarrollar las acciones de formación para el soporte de la gestión de la jornada laboral

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, con la participación de los integrantes del grupo facilitador de la estrategia y los jefes de las áreas en las que se desarrollan las actividades de intervención, deben facilitar y respaldar la implementación y el desarrollo de las actividades, buscando que permanezca la motivación y se concedan los espacios de tiempo y recursos necesarios.

Es importante igualmente que los responsables de las acciones ejecuten actividades de refuerzo y reconozcan los avances, lo que a su vez constituye un factor motivador.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Verificar Verificar Verificar Verificar Verificar

(i) Hacer seguimiento y verificación de los resultados de la intervención

Inicialmente las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, los jefes de las áreas de programación y control, los jefes de las áreas de soporte funcional y los representantes de los trabajadores, realizarán un seguimiento progresivo a los cambios acordados, para detectar y subsanar tempranamente las falencias y los obstáculos que puedan afectar la calidad y la oportunidad de la intervención.

Posteriormente y de acuerdo con lo definido en la planeación, se calculan los indicadores que corresponden a la intervención; tales como:

- Cumplimiento del cronograma de las actividades (Proceso): número de actividades realizadas / número total de actividades programadas * 100.
- Indicador de cobertura (Proceso): número de trabajadores que participaron en las actividades / número total de trabajadores programados * 100.
- Evaluación de la satisfacción del(los) jefe(s) y los trabajadores participantes en el proceso de intervención (Resultado). La evaluación puede hacerse de forma escrita o mediante entrevistas.
- Cumplimiento de la programación y la normatividad en términos de jornada y descansos establecidos para las diferentes actividades que conforman la acción.

Actuar Actuar

(i) Implementar acciones de mejora a la intervención

Con base en los resultados de la intervención se detectan las no conformidades o desaciertos y se toman decisiones respecto a las modificaciones que se requieren para el logro de las metas propuestas.

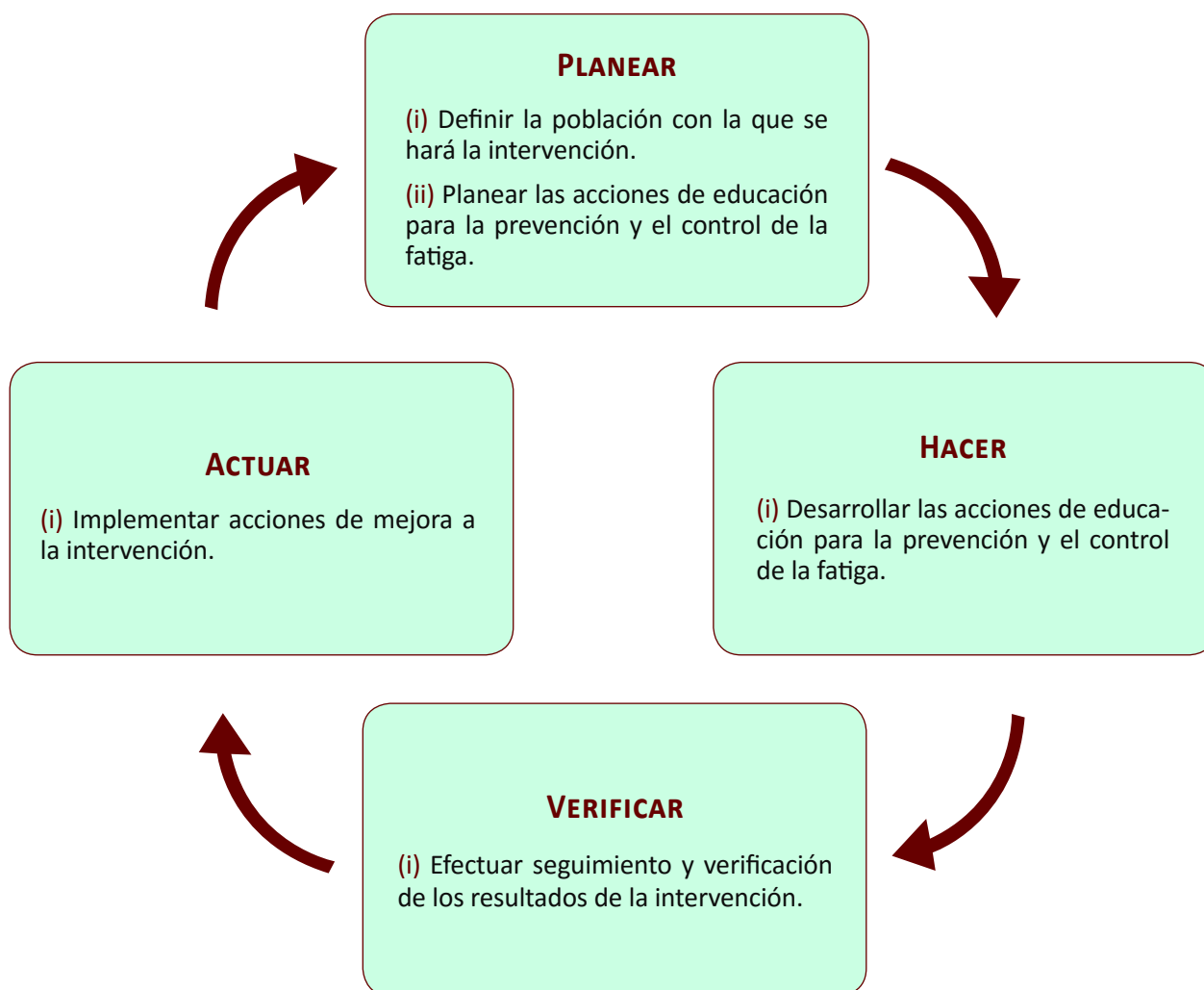
Para el caso en que la acción de intervención haya dado cobertura únicamente a un subgrupo y la evaluación resultara satisfactoria, se puede extender su aplicación a otro grupo o a toda la población de trabajadores.

5.4.2 Prevención y control de la fatiga

Para implementar esta acción se plantea un abordaje dual: de una parte, brindar apoyo a los trabajadores mediante información y capacitación para que introduzcan modificaciones en su estilo de vida y de trabajo, a fin de obtener equilibrio en las diversas instancias vitales (personal, familiar, social y laboral); y de otra, procurar la comprensión, por parte del trabajador, del significado y las implicaciones de la fatiga sobre su vida, de forma tal que aprenda a afrontarla y a asumirla con acciones proactivas de autocuidado.

Para facilitar la implementación de esta acción se incluyen una serie de pasos que se compilan en la figura 3 y se amplían posteriormente en el desglose de cada etapa del ciclo PHVA.

Figura 3. Ciclo PHVA para la prevención y control de la fatiga



- **Sueño:** fases, características y propiedades del sueño, ritmos circadianos, controladores del sueño, consecuencias de la carencia y deudas de sueño, higiene del sueño diurno y nocturno, trastornos del sueño y su tratamiento.
- **Autocuidado:** concepto y variables. Identificación de conductas refugio o hábitos no saludables a los que se recurre como mecanismo de control de la fatiga. Como complemento se sugiere consultar las acciones de “Prevención del consumo de sustancias psicoactivas” y la de “Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo”, contenidas en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral* mencionado anteriormente.
- **Uso del tiempo libre:** significado y características; el ocio y la recreación como espacios de disfrute, descanso, socialización y desarrollo. Recreación, salud, bienestar y calidad de vida. Búsqueda de alternativas: teatro, música, danza, yoga, relajación, senderismo, juegos individuales y colectivos, deportes, lectura y aficiones de diversa naturaleza. A este respecto se recomienda revisar el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, específicamente las acciones de “Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales” e “Información sobre temas de salud, pensión, vivienda, educación, finanzas familiares, y cajas de compensación familiar”.
- **Fortalecer lazos familiares y sociales:** reconocimiento del rol de la familia y del grupo social como factor de protección. De igual manera se recomienda revisar la acción general denominada “Fomento de la calidad de las relaciones familiares” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*.

La metodología que se utiliza para las acciones de capacitación puede ser la de seminario-taller, ya que permite analizar el impacto de los hábitos actuales de vida en el mediano y largo plazo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Planear Planear

En los casos en los que la disponibilidad de tiempo y espacio sea limitada se sugiere establecer convenios con entidades locales como EPS, cajas de compensación, cámaras de comercio, con gremios o con empresas del mismo sector, para realizar las actividades de formación de los trabajadores. En otros casos, es apropiado desarrollar ayudas audiovisuales para que los trabajadores accedan a ellas cuando no están en la operación directa. Como material complementario se sugiere desarrollar fichas o *tips* temáticos que puedan ser consultados por medios impresos, virtuales o aplicaciones para teléfonos móviles.

Hacer Hacer Hacer

(i) Desarrollar las acciones de educación para la prevención y el control de la fatiga

Las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, conjuntamente con los jefes inmediatos y representantes de los trabajadores, facilitan y acompañan el desarrollo de las actividades de intervención de acuerdo a las condiciones particulares de la organización y de la población objeto de la intervención, acudiendo a la metodología y recursos logísticos previstos.

Los responsables de la educación igualmente efectúan actividades de refuerzo recurriendo a distintos mecanismos tales como sesiones complementarias bajo la modalidad de trabajo grupal, dedicación de tiempo específico para abordar un tema puntual durante reuniones de trabajo, mensajes enviados a través de chat, correo electrónico, en página Web o Intranet, boletín, cartelera, etc. El reconocimiento del nivel de avance se convierte en un motivador valioso.

(i) Efectuar seguimiento y verificación de los resultados de la intervención

Durante la implementación de la acción y con base en el cronograma establecido, las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, el jefe inmediato y el grupo facilitador, efectúan el seguimiento a los cambios convenidos, buscando detectar y corregir tempranamente las falencias y obstáculos que puedan afectar la calidad, oportunidad o despliegue de la intervención.

Posteriormente y de acuerdo a lo establecido en la planeación, se calculan indicadores de tipo cualitativo y cuantitativo.

- Indicadores cualitativos

La autoevaluación la efectúa(n) el(los) jefe(s) participante(s) en el proceso de asesoría o educación, bajo la supervisión del especialista responsable. Es posible que los cambios de comportamiento sean al comienzo muy sutiles o inestables. Otra forma de evaluación cualitativa, puede hacerse mediante entrevistas o resolución de cuestionarios para valorar cambios propios.

- Indicadores cuantitativos

- Cumplimiento del cronograma de las actividades (Proceso): número de actividades realizadas / número total de actividades programadas * 100.
- Indicador de cobertura (Proceso): número de trabajadores que participaron en las actividades / número total de trabajadores programados * 100.
- Evaluación de la satisfacción del(los) jefes(s) y trabajadores participantes en el proceso de intervención (Resultado). La evaluación puede realizarse de forma escrita o mediante entrevistas.
- Evaluación del nivel de fatiga percibido antes y después de la intervención (Resultado).

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Actuar Actuar Actuar

(i) Implementar acciones de mejora de la intervención

Con base en los resultados de la evaluación de la intervención se identifican las oportunidades de mejora y las no conformidades, y se toman decisiones respecto de las modificaciones que se requieren para alcanzar las metas propuestas.

Una vez logrados los objetivos propuestos, se continúa el proceso con las actividades de refuerzo.

Para el caso en que la acción de intervención haya sido dirigida únicamente a un subgrupo y después de la evaluación se reconozcan sus ventajas, se recomienda ampliar la cobertura, sea a otro subgrupo particular o a toda la población de trabajadores.

5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

El personal de las áreas de gestión del talento humano, seguridad y salud en el trabajo, de programación y control y el grupo facilitador de la estrategia serán los encargados de efectuar un seguimiento sistemático y periódico a los resultados de la implementación de la estrategia de intervención.

Los periodos de seguimiento se establecerán de acuerdo al avance de las actividades; se recomienda sin embargo que se lleven a cabo cada seis meses, esto sin detrimento de la evaluación que se propone para cada una de las actividades de esta estrategia.

Los indicadores que se sugieren para la evaluación de la estrategia en su conjunto son²²:

- Ausentismo (por permisos, incapacidad), o accidentes de trabajo.
- Rotación.
- Quejas y reclamos de los usuarios, de otros trabajadores o jefes, y eventos no conformes.

22. Los mismos que se plantearon para establecer la línea de base.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Para el cálculo de los indicadores debe tenerse presente que estos deben referirse a situaciones de gestión de la jornada laboral o de fatiga de los trabajadores.

Es importante considerar que los resultados del análisis de los indicadores anteriores pueden arrojar información valiosa en torno a los componentes de la intervención, y a partir de ello se apropián lecciones que deben ser socializadas para favorecer el aprendizaje y la mejora.

Dado que varias de las intervenciones tienen un componente actitudinal importante, el análisis de varias de las actividades de intervención debe efectuarse de manera cualitativa, puesto que las modificaciones pueden ser sutiles y no verse reflejadas en valoraciones cuantitativas.

6. GLOSARIO

Alta dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan una organización o empresa (Decreto 1072 de 2015).

Capacitación: adquisición sistemática de actitudes, conceptos, conocimientos, roles o habilidades con los que se obtiene una mejoría del desempeño del trabajo (Carnevale y Goldstein, 1991). La capacitación está dirigida a elevar los niveles de competencia de las personas para el desempeño de las labores relacionadas con el proceso de producción de determinados bienes o servicios, para la gestión de ese mismo proceso, y para las tareas que implica su propio bienestar y desarrollo. Las técnicas de capacitación no solamente incluyen las tradicionales de tipo presencial como cursos, talleres, seminarios, etc., sino también las que han sido desarrolladas más recientemente, como las técnicas derivadas a partir de la educación a distancia (Cinterfor / Organización Internacional del Trabajo, 1996).

Competencia: combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoien y Vargas, 2002).

Condiciones de trabajo: aspectos intralaborales, extralaborales e individuales que están presentes al realizar una labor encaminada a la producción de bienes, servicios y/o conocimientos (Resolución 2646 de 2008).

Dirección / Alta dirección: gerente, subgerente, presidente, vicepresidente, director.

Demandas del trabajo (dominio de): se refieren a las exigencias que el trabajo impone al individuo. Pueden ser de diversa naturaleza, como cuantitativas, cognitivas o mentales, emocionales, de responsabilidad, del ambiente físico laboral y de la jornada de trabajo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas ambientales y de esfuerzo físico: condiciones del lugar de trabajo y de la carga física que involucran las actividades que se desarrollan, que bajo ciertas circunstancias exigen del individuo un esfuerzo de adaptación. Las demandas de esta dimensión son condiciones de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, ventilación), químico, biológico (virus, bacterias, hongos o animales), de diseño del puesto de trabajo, de saneamiento (orden y aseo), de carga física y de seguridad industrial (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas cuantitativas: son las exigencias relativas a la cantidad de trabajo que se debe ejecutar, en relación con el tiempo disponible para hacerlo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de carga mental: las exigencias de carga mental se refieren a las demandas de procesamiento cognitivo que implica la tarea y que involucran procesos mentales superiores de atención, memoria y análisis de información para generar una respuesta. La carga mental está determinada por las características de la información (cantidad, complejidad y detalle) y los tiempos de que se dispone para procesarla (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de la jornada de trabajo: las demandas de la jornada de trabajo son las exigencias del tiempo laboral que se hacen al individuo en términos de la duración y el horario de la jornada, así como de los periodos destinados a pausas y descansos periódicos (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas emocionales: situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador. La exposición a las exigencias emocionales demandan del trabajador habilidad para: a) entender las situaciones y sentimientos de otras personas y b) ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios

6. GLOSARIO

con el fin de no afectar el desempeño de la labor (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral: condición que se presenta cuando las exigencias de tiempo y esfuerzo que se hacen a un individuo en su trabajo, impactan su vida extralaboral (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dominio: conjunto de dimensiones que conforman un grupo de factores psicosociales. El modelo conceptual de la *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* reconoce cuatro dominios de factores psicosociales intralaborales: demandas de trabajo, control sobre el trabajo, liderazgo y relaciones sociales en el trabajo y recompensa (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Efectividad: logro de los objetivos del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo con la máxima eficacia y la máxima eficiencia (Decreto 1072 de 2015).

Eficacia: es la capacidad de alcanzar el efecto que se espera o se desea tras la realización de una acción (Decreto 1072 de 2015).

Eficiencia: relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados (Decreto 1072 de 2015).

Entrenamiento: optimización sistemática de la competencia de acción específica de unas exigencias que posee una persona o un grupo (Nitsch *et al.*, 2002).

Entorno laboral saludable: “un entorno de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y jefes colaboran en un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo en base a los siguientes indicadores: la salud y la seguridad concernientes al ambiente físico de trabajo, la salud, la seguridad y el bienestar concernientes al medio psicosocial del trabajo incluyendo la organización del mismo y la cultura del ambiente de trabajo, los recursos de salud personales en el ambiente de trabajo, y las formas en que la comunidad busca mejorar la salud de los trabajadores, sus familias y la de otros miembros de la comunidad” (OMS, 2010).

Factores de riesgo psicosocial: condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo (Resolución 2646 de 2008).

Factores psicosociales protectores o benéficos: condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador (Resolución 2646 de 2008).

Fatiga: “La fatiga es una sensación compleja, integrada por síntomas físicos y psíquicos, que ubica a quien la percibe en un continuo que va desde sentirse bien hasta estar exhausto; constituye un sistema de evaluación de la integridad del individuo y un factor determinante en la disposición para realizar alguna tarea” (Martínez *et al.*, 2004).

Formación: conjunto de acciones orientadas a generar cambios en la actuación laboral de los empleados; la definición implica que los trabajadores dominen los cometidos, competencias y tareas que afrontan en el lugar de trabajo en el sentido de que formarse es una apuesta a completarse a sí mismo en el lugar de trabajo (Avallone, 1989, citado por Llorens Gumbau, s.f.).

Indicador: expresión cuantitativa o cualitativa del comportamiento o el desempeño.

Indicadores de estructura: medidas verificables de disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender las demandas y necesidades en seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de proceso: medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión (Decreto 1072 de 2015).

Jefes: término utilizado para designar a supervisores, coordinadores, subdirectores, etc.; es decir cargos que desempeñan una jefatura dentro de la empresa.

Jornada ordinaria de trabajo: “la jornada ordinaria de trabajo es el tiempo al que se compromete un trabajador, a laborar al servicio de un empleador, dentro de una relación laboral” (Tomado de www.mintrabajo.gov.co). La duración máxima legal de la jornada ordinaria de trabajo es de ocho (8) horas al día y cuarenta y ocho (48) a la semana, salvo algunas excepciones estipuladas en el artículo 161 del Código Sustantivo del Trabajo, tales como trabajo de menores de edad, labores especialmente insalubres, organización de turnos sucesivos durante todos los días de la semana²³.

23. En los casos mencionados, la duración de la jornada semanal es de menos horas.

6. GLOSARIO

Lo concerniente a la jornada laboral para la tripulación aeronáutica está documentado en el Reglamento Aeronáutico de Colombia (RAC), y se hace precisión acerca del tiempo de servicio, tiempo de asignación, tiempo de vuelo, tiempo de descanso y días libres. Cabe anotar que existen diferencias para tripulante de cabina o tripulante de cabina de pasajeros (parte 4ª, capítulo 17).

Liderazgo y relaciones sociales en el trabajo (dominio de): el liderazgo alude a un tipo particular de relación social que se establece entre los superiores jerárquicos y sus colaboradores y cuyas características influyen en la forma de trabajar y en el ambiente de relaciones de un área. El concepto de relaciones sociales en el trabajo indica la interacción que se establece con otras personas en el contexto laboral y abarca aspectos como la posibilidad de contacto, las características de las interacciones, los aspectos funcionales de las interacciones como la retroalimentación del desempeño, el trabajo en equipo y el apoyo social, y los aspectos emocionales, como la cohesión (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Mejora continua: proceso recurrente de optimización del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, para lograr mejoras en el desempeño en el campo, de forma coherente con la política de seguridad y salud en trabajo (SST) de la organización (Decreto 1072 de 2015).

Población objeto: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales, a quien(es) se dirige la acción propuesta con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

Promoción de la salud: actividades que tiene por objeto promover actitudes, conductas y comportamientos para que las personas orienten su forma de vida hacia un estado óptimo de salud. Los programas de alimentación saludable, actividad física y ejercicio son ejemplo de actividades de promoción encaminadas a mantener y mejorar las condiciones de salud (OMS, 1998).

Recompensas (dominio de): este término trata de la retribución que el trabajador obtiene a cambio de sus contribuciones o esfuerzos laborales. Este dominio comprende diversos tipos de retribución: la financiera (compensación económica por el trabajo), de estima (compensación psicológica, que comprende el reconocimiento del grupo social y el trato justo en el trabajo) y de posibilidades de promoción y seguridad en el trabajo. Otras formas de retribución que se consideran en este dominio comprenden las posibilidades de educación, la satisfacción y la

identificación con el trabajo y con la organización (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Recuperación: estado asintomático o con signos y síntomas mínimos, pero con recuperación funcional total (Bohórquez Peñaranda *et al.*, 2013). También comprende las acciones para el restablecimiento de las condiciones normales de vida mediante la rehabilitación, reparación o reconstrucción del área afectada, los bienes y servicios interrumpidos o deteriorados y el restablecimiento e impulso del desarrollo económico y social de la comunidad. La recuperación tiene como propósito central evitar la reproducción de las condiciones de riesgo preexistentes en el área o sector afectado (Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres, s.f.).

Riesgo: combinación de la probabilidad de que ocurra una o más exposiciones o eventos peligrosos y la severidad del daño que puede ser causada por estos (Decreto 1072 de 2015).

Sensibilización: proceso de comunicación e interacción que da poder de participación a las personas y que puede sentar las bases de relaciones y asociaciones a largo plazo que permitan una toma de decisiones en base a un nivel mayor de información (Tesauro *online* de la OIT).

Tarea: unidad de trabajo con un principio y un fin claramente definido, realizada por un individuo para conseguir las metas de un puesto de trabajo (Fernández-Ríos, 1995).

Trabajo por turnos: trabajo que se realiza permanente o frecuentemente fuera de las horas de trabajo regulares diurnas (Knauth, s.f.).

Trabajadores de transporte²⁴: trabajadores del sector privado o público, involucrados directamente en la operación del transporte: tripulaciones aéreas (piloto, copiloto, ingeniero de vuelo, auxiliares de servicio a bordo), tripulaciones acuáticas, operador de transporte terrestre (conductor) operador de metro ligero, tranvía, transporte férreo (se incluye el ayudante, auxiliar de tren y el encargado de la atención de los pasajeros), operador de transporte por cable (teleférico, cable aéreo, cable remolcador, funicular).

24. Denominación genérica que se adopta en el presente protocolo.

7. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Nacional de Cajas de compensación Familiar (Asocajas). La recreación como factor determinante de la salud y calidad de vida. *Revista Más Vida* 14. Disponible en: <http://asocajasrevistamasvida.asocajas.org.co/index.php/revista-mas-vida-no-14/136-la-recreacion-como-factor-determinante-de-la-salud-y-calidad-de-vida>

Bohórquez Peñaranda, A., García Valencia, J., Rodríguez Guarín, M., Arenas Borrero, Á., Castro Díaz, S., de la Hoz Bradford, A., . . . Gómez-Restrepo, C. (2013). Guía de práctica clínica: 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: Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias.

Carnevale, A. P. y Goldstein, H. (1991). Schooling and training for work in America: an overview. New developments in worker training: a legacy for the 1990s. Disponible en: <http://50.87.169.168/OJS/ojs-2.4.4-1/index.php/LERAMR/article/download/1170/1156#page=117>

Cinterfor / Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1996). Formación y trabajo: de ayer para mañana. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/oeivirt/fp/cuad1a07.htm>

- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Decreto 1079 de 2015. Ministerio de Transporte. República de Colombia.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (s.f.). Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU Rev. 4 A.C.), Colombia. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/normas-y-estandares/nomenclaturas-y-clasificaciones-sen/160-uncategorised/2723-clasificacion-industrial-internacional-uniforme-de-todas-las-actividades-economicas-ciiu>
- Fedesarrollo. (2013). Indicadores del Sector Transporte en Colombia. Informe consolidado. Disponible en: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/Indicadores-del-sector-transporte-en-Colombia-Informe-Consolidado.pdf>
- Fernández-Ríos, M. (1995). Análisis y descripción de puestos de trabajo: teoría, métodos y ejercicios. Madrid: Díaz de Santos. S. A.
- Irigoin, M. y Vargas, F. (2002). Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Oficina Internacional del Trabajo, Cinterfor. Primera edición, Montevideo. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf
- Knauth, P. (s.f.). Horas de trabajo. Capítulo 43. Pp. 2-16. *En*: Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. Organización Internacional del Trabajo. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/43.pdf>
- Llorens Gumbau, S. (s.f.). Significado y actitudes de la formación continua: Un estudio cualitativo en el sector metal – mecánico. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/80389/forum_1997_12.pdf?sequence=1
- Llorens-Gumbau, S. y Salanova-Soria, M. (2014). Loss and gain cycles? A longitudinal study about burnout, engagement and self-efficacy. *Burnout Research* 1(1): 3-11.
- Marmolejo, M. (2004, mayo 27 al 29). La recreación como un componente de la salud: algunas reflexiones sobre equidad e inclusión a partir del proceso de práctica profesional del programa de recreación de la Universidad del Valle. Ponencia VIII Congreso Nacional de Recreación. Vicepresidencia de la República de Colombia, Coldeportes, Funlibre.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Martínez, A., Méndez, R. y Barrientos, T. (2004). Validez de constructo, confiabilidad y punto de corte de la prueba de síntomas subjetivos de fatiga en trabajadores mexicanos. *Revista de Salud Pública* 46: 516 – 523.
- Ministerio del Trabajo. (2014). II encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema de riesgos laborales de Colombia. Sin publicar.
- Nitsch, J., Neumaier, A., Marées, H. y Mester, J. (2002). Entrenamiento de la técnica: contribuciones para un enfoque interdisciplinario. Barcelona: Paidotribo
- New South Wales (NSW) Mine Safety Advisory Council y New South Wales (NSW) Government Trade & Investment Mine Safety. (2013). Fatigue Management Evaluation Manual. For the NSW mining and extractives industry. Disponible en: http://www.resourcesandenergy.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/472260/Fatigue-eval-man-310713.pdf
- New South Wales (NSW) Mine Safety Advisory Council y New South Wales (NSW) Government Trade & Investment Mine Safety. (2009). Fatigue Management Plan. A practical guide to developing and implementing a fatigue management plan for the NSW mining and extractives industry. Disponible en: http://www.dpi.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0017/302804/Guide-to-the-Development-of-a-Fatigue-Management-Plan-Amended-17-6-10.pdf
- Observatorio Permanente Riesgos Psicosociales. (2009). Guía: Prevención de riesgos psicosociales. Primera edición. Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales UGT-CEC. Barcelona, España
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (s.f.). Tesoro *online* de la OIT. Disponible en: <http://www.ilo.org/thesaurus/defaultes.asp>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la Salud - Glosario. Disponible: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana. (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia.

7. BIBLIOGRAFÍA

- República de Colombia. Ministerio del Trabajo. (s.f.) Jornada de trabajo. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/preguntas-frecuentes/jornada-de-trabajo.html>
- República de Colombia. Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres. (s.f.). Glosario de términos de la gestión del riesgo de desastres. Disponible en: http://portal.gestiondelriesgo.gov.co/Paginas/Glosario_Terminos_Gestion_del_Riesgo.aspx
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- Resolución 1565 de 2014. Ministerio de Transporte. República de Colombia.
- Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). (2006). El transporte férreo: caracterización ocupacional, Colombia. Disponible en: <http://repositorio.sena.edu.co/bitstream/11404/2154/1/3085.pdf>
- Unidad Administrativa Especial de Aeronáutica Civil. (s.f.). Reglamentos aeronáuticos de Colombia. RAC 4 (Capítulo 17). Colombia: Oficina de Transporte Aéreo - Grupo Normas Aeronáuticas.
- Villar, J. (2010). Evaluación de fatiga en trabajadores de reparto de bebidas. Tesis de Maestría en Ciencias en Salud Ocupacional, Seguridad e Higiene. Instituto Politécnico Nacional. México, D. F.

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Favorecer el desarrollo de acciones organizacionales de intervención mediante la incorporación de mejoras en la programación y control de la jornada laboral, que contribuyan a prevenir y controlar la fatiga de los trabajadores del sector transporte.	Desarrollar las acciones de formación para el soporte de la gestión de la jornada laboral.	Proceso	Número de trabajadores que participaron en cada una de las capacitaciones efectuadas / Número total de trabajadores programados*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Al finalizar las sesiones de trabajo.
		Cumplimiento del cronograma de las actividades (Proceso).	Número de actividades realizadas / Número total de actividades programadas*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
	Implementar mecanismos para facilitar la gestión de la jornada laboral.	Resultado	Número de quejas y reclamos de los trabajadores del sector transporte por dificultades derivadas de la gestión de la jornada laboral después de la incorporación de mecanismos administrativos / Número total de quejas presentadas por esa misma población*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Favorecer el desarrollo de acciones organizacionales de intervención mediante la incorporación de mejoras en la programación y control de la jornada laboral, que contribuyan a prevenir y controlar la fatiga de los trabajadores del sector transporte.	Implementar mecanismos para facilitar la gestión de la jornada laboral.	Resultado	Número de trabajadores encargados de la gestión de la jornada satisfechos con los mecanismos técnicos incorporados / Número total de trabajadores encargados de la gestión de la jornada*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Nivel de fatiga percibida por los trabajadores del sector transporte después del ajuste de la gestión de la jornada laboral por incorporación de mecanismos técnicos / Nivel de fatiga percibida antes de la intervención * 100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
Desarrollar habilidades de los trabajadores de transporte, para identificar señales de fatiga y desplegar comportamientos para prevenirla y controlarla	Desarrollar las acciones de educación para la prevención y el control de la fatiga	Cumplimiento del cronograma de las actividades (Proceso).	Número de actividades realizadas / Número total de actividades programadas*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
		Cobertura (Proceso).	Número de trabajadores que participaron en las actividades / Número total de trabajadores programados*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
Favorecer el desarrollo de un repertorio de acciones individuales y organizacionales para mejorar la gestión de la jornada laboral, y prevenir y controlar la fatiga entre los trabajadores del sector transporte.	Indicadores que deben calcularse tanto al momento de establecer la línea de base, como al evaluar globalmente la estrategia de intervención.				
	Consideradas globalmente las actividades de intervención.	Ausentismo por eventos AT (Accidentes de trabajo).	Número de horas perdidas por ausentismo asociado a AT en un periodo de tiempo determinado referidas a dificultades asociadas a gestión de la jornada laboral, fatiga de los trabajadores / Número total de horas-hombre trabajadas en el mismo periodo de tiempo*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Semestral

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Favorecer el desarrollo de un repertorio de acciones individuales y organizacionales para mejorar la gestión de la jornada laboral, y prevenir y controlar la fatiga entre los trabajadores del sector transporte.	Consideradas globalmente las actividades de intervención.	Índice de rotación de personal en la dependencia o grupo objeto de las acciones de intervención.	Número de contrataciones menos número cancelaciones en el (los) grupo(s) asociadas a dificultades de la gestión de la jornada laboral, fatiga / Número de empleados activos*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Semestral
		Quejas y reclamos	Número de quejas y reclamos de los trabajadores de transporte ante gestión del talento humano por no conformidades ligadas a la gestión de la jornada laboral, fatiga / Número total de quejas y reclamos de los trabajadores de transporte ante gestión del talento humano*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Semestral Anual
		Quejas y reclamos	Número de eventos inconformes (quejas y reclamos de los usuarios, otros trabajadores y jefes), por dificultades con la población objeto de las acciones de intervención, asociados a problemas de gestión de la jornada laboral, fatiga / Número total de servicios prestados por esa misma población*100.	Seguridad y salud en el trabajo / Gestión del talento humano	Semestral



Prácticas de trabajo saludable para educadores

Protocolo de intervención de factores
psicosociales en el sector educativo

**PRÁCTICAS DE TRABAJO SALUDABLE PARA EDUCADORES.
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES EN EL SECTOR EDUCATIVO.**

© 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

978-958-716-951-5

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Prácticas de trabajo saludable para educadores

Protocolo de intervención de factores
psicosociales en el sector educativo

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 del sector educativo	7
1.2 Factores psicosociales más representativos del sector educativo	9
2. MARCO DE REFERENCIA	12
2.1 Marco de referencia legal	12
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	15
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	17
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	18
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	19
5.1 Objetivos de la estrategia	19
5.2 Población objeto de la estrategia	20
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	20
5.4 Implementación de la estrategia	21
5.4.1 Gestión institucional para reducir la ocurrencia de exigencias contradictorias al educador	22
5.4.2 Gestión de la carga laboral	25
5.4.3 Gestión de la seguridad en las zonas aledañas a los centros educativos.....	29
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	32
6. GLOSARIO	33
7. BIBLIOGRAFÍA	36
8. ANEXOS	43

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización del sector educativo

De acuerdo con la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas (CIIU. Rev. 4 A.C DANE, 2012)¹, el sector de educación incluye las siguientes actividades: “Educación de la primera infancia, preescolar y básica primaria, educación secundaria y de formación laboral, educación básica secundaria, educación media académica, educación media técnica y de formación laboral, educación técnica profesional, educación tecnológica, educación de instituciones universitarias o de escuelas tecnológicas, educación de universidades, formación académica no formal, enseñanza deportiva y recreativa, enseñanza cultural, actividades de apoyo a la educación, otros tipos de educación, establecimientos que combinan diferentes niveles de educación, educación superior” (DANE, 2012).

1. La Clasificación Industrial Internacional Uniforme (CIIU) de todas las actividades económicas es la clasificación internacional de referencia de las actividades productivas. Su objetivo principal es proporcionar un conjunto de categorías de actividades que puedan utilizarse para la recopilación y presentación de informes estadísticos de acuerdo con esas actividades. Tomado de CIIU Rev. 4 A. C. DANE (2012). Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/nomenclaturas/CIIU_Rev4ac.pdf

1. INTRODUCCIÓN

La educación en Colombia está organizada como educación formal²; servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano³, y la educación informal⁴. Las actividades en educación se desarrollan en todo el territorio nacional, en zona rural y urbana. Según estadísticas del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el año 2014 se tenía un total de 462.317 docentes, 326.868 de ellos adscritos al sector público y 135.449 al sector privado, que laboran en los ciclos preescolar, básica primaria, básica secundaria, media, educación escolar para adultos y otros modelos educativos. Adicionalmente, para el año 2013 el Sistema Nacional de Información de Educación Superior (SNIES) reportó 115.738 docentes que laboraban en instituciones técnicas, tecnológicas, y profesionales públicas y privadas del país. Según el informe de gestión 2014, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) contaba con 3.714 instructores de planta y la Escuela Nacional Sindical reportó 22.000 instructores contratistas.

Según el perfil profesional, las actividades en educación están desarrolladas por personal sin titulación, bachilleres pedagógicos, técnicos y normalistas; licenciados; peritos expertos; tecnólogos en educación, profesionales especializados, con maestría y doctorado (SNIES, 2013).

Genéricamente se denomina educador al personal que labora en el sector educativo, sin embargo en el sector público adopta el término de docente⁵, en el SENA asume el nombre de instructor⁶, y se usan otras denominaciones en el sector educativo como profesor y maestro.

2. La educación formal se imparte en establecimientos educativos aprobados por el Ministerio de Educación Nacional, y se desarrolla por ciclos regulados, cumpliendo con pautas curriculares progresivas, que conducen a grados y títulos. Decreto 1860 de Agosto 3 de 1994.

3. Comprende la formación permanente, personal, social y cultural, fundamentada en una concepción integral de la persona, que una institución organiza en un proyecto educativo institucional (PEI), y que estructura en currículos flexibles sin sujeción al sistema de niveles y grados propios de la educación formal. Decreto 2888, 2007 art. 2.

4. La oferta de educación informal tiene como objetivo brindar oportunidades para adquirir, perfeccionar, renovar o profundizar conocimientos, habilidades, técnicas y prácticas. Hacen parte de esta oferta educativa aquellos cursos que tengan una duración inferior a ciento sesenta (160) horas. Su organización, oferta y desarrollo no requieren de registro por parte de la secretaría de educación de la entidad territorial certificada y solo darán lugar a la expedición de una constancia de asistencia. Decreto 2888, 2007 art. 38.

5. Las personas que desarrollan labores académicas directa y personalmente con los alumnos de los establecimientos educativos en su proceso enseñanza aprendizaje. Decreto, 1278, 2002, art. 5.

6. “Sujeto que participa en el proceso de enseñanza-aprendizaje, quien asume el rol de facilitador del aprendizaje, orientador y apoyo, quien retroalimenta y evalúa al aprendiz durante su proceso formativo, haciendo uso de distintas técnicas didácticas activas bajo la estrategia de aprendizaje por proyectos, la cual le permite contribuir en su propio aprendizaje.” <http://www.sena.edu.co/Documents/Interno/Glosario.pdf>

1.2 Factores psicosociales más representativos del sector educativo

Los principales factores de riesgo psicosocial a los que están expuestos los educadores en Colombia varían según el sitio donde se desarrolle la labor, el ciclo académico y el tipo de institución (pública o privada). Sin embargo, para el diseño de este protocolo de intervención se escogieron los aspectos más representativos y las poblaciones más afectadas del sector.

La selección de los factores de riesgo de mayor relevancia se escogieron a partir de la triangulación de información obtenida mediante entrevistas realizadas a personas clave de instituciones del sector educativo tanto privado como público, los datos de la Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales, del Ministerio de Trabajo (2014), y la caracterización del cuerpo docente público y privado educativo colombiano realizado por la Defensoría del Pueblo (2012), entre otros estudios relacionados.

A continuación se describen los factores de riesgo psicosocial más representativos para una importante proporción de los trabajadores del sector educativo:

Demandas ambientales y de esfuerzo físico

Este tipo de demandas se observan por la exposición que tiene el educador a largas jornadas en las que permanece de pie tanto para impartir sus clases como para otras actividades relacionadas con el servicio. Específicamente, los educadores de primera infancia y educación preescolar deben alzar a los niños y además adoptar posturas que exigen un esfuerzo físico. También se presentan posturas sedentes prolongadas en los educadores que trabajan en equipos de cómputo, especialmente quienes trabajan en la modalidad virtual, casos en los que se adiciona la incomodidad de los puestos de trabajo.

Los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (2014), concuerdan con la información suministrada en las entrevistas. La encuesta refiere que los educadores están expuestos a movimientos repetitivos de miembro superior y posiciones que generan fatiga (57,39 % y 38,68 % respectivamente).

Demandas emocionales

La labor del educador está dirigida a personas de diferentes edades, desde la primera infancia, niños, adolescentes, adultos jóvenes, intermedios, e inclusive adultos mayores. Cada uno de estos grupos tiene características diferentes y propias

1. INTRODUCCIÓN

de su ciclo vital, así como características sociales y culturales particulares que exponen al educador a exigencias emocionales derivadas de los sentimientos que expresan los estudiantes, especialmente cuando enfrentan situaciones difíciles tales como consumo de sustancias, maltrato, violaciones, matoneo escolar y comportamientos suicidas.

Los docentes se exponen también a conductas de maltrato y agresión por parte de padres de familia y estudiantes, y se enfrentan a la exigencia de atención especial a estudiantes con bajo rendimiento académico y con dificultades en el cumplimiento de las normas establecidas por la institución. Sumado a lo anterior se encuentran las demandas de adaptación dadas las brechas generacionales entre estudiantes y profesores. Según la Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (2014), el 47,65 % de las personas encuestadas manifestaron tener la necesidad de esconder sus propias emociones en el trabajo. Las situaciones descritas anteriormente exigen al educador ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios para no afectar su desempeño.

Consistencia de rol

El educador recibe en algunos casos mensajes relacionados con la solicitud de disminución de la exigencia académica, así como peticiones por parte de estudiantes y padres de familia para la modificación de notas, situaciones que van en contra de los principios éticos y de calidad de la educación y que son incompatibles con su formación, con la legislación nacional y con el marco ético de la profesión docente⁷.

Demandas cuantitativas

La carga cuantitativa del educador se aprecia por exigencias de realizar labores aún por fuera de la jornada de trabajo, tales como preparar clases y materiales, corregir trabajos y evaluaciones, realizar trabajos administrativos (informes) y otras solicitudes institucionales.

Según la Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales (2014), el 76,93 % de los tra-

7. El ejercicio de la docencia tiene como fundamento la comprensión de la educación como bien público, como actividad centrada en los estudiantes y al servicio de la nación y de la sociedad. La profesión docente implica una práctica que requiere idoneidad académica y moral, posibilita el desarrollo y crecimiento personal y social del educador y del educando y requiere compromiso con los diversos contextos socio - culturales en los cuales se realiza. Decreto 1278 de 2012, art. 40.

bajadores del sector de educación refirió tener tiempo suficiente para realizar su trabajo, aunque una proporción importante refirió trabajar con plazos muy estrictos o cortos, o muy rápidamente (40,51 % y 39 % respectivamente). Además, el ritmo de trabajo está principalmente condicionado por las demandas directas de los usuarios y alumnos (65,40 %), seguido de los plazos y las metas que debe cumplir (63,51 % y 53,46 % respectivamente).

La demanda cuantitativa también aumenta por el número de estudiantes a cargo del educador, que suele ser un promedio de 35 a 40 (Defensoría del Pueblo, 2012). Por otro lado, también se presenta el reprocesamiento de información, cuando se debe realizar el registro de notas en papel y luego digitarlas en el sistema, además de responder por diferentes requerimientos institucionales que en ocasiones no están unificados, y a los cuales se suma la falta del dominio en el manejo de nuevas tecnologías o de herramientas para realizar el trabajo de forma más práctica y fácil, por ejemplo la estadística.

Jornada de trabajo e Influencia del ambiente laboral sobre el extralaboral

Las demandas cuantitativas impactan la esfera extralaboral, dado que el educador con frecuencia debe emplear su tiempo libre para cumplir con varias labores del trabajo, carga que además se incrementa en algunos momentos como finales de bimestre o semestre.

Demandas de carga mental

Los educadores tienen una alta demanda de carga mental dado que el trabajo requiere de un nivel de atención alto, en especial cuando deben realizar varias tareas de forma casi simultánea, por ejemplo atender estudiantes, dictar clases, etc.

Capacitación

Las oportunidades de capacitación en el sector educativo se ofrecen en mayor medida al personal de planta, tanto en entidades públicas como privadas; por el contrario, en instituciones pequeñas y medianas hay escasas posibilidades de capacitación.

Riesgo por problemas de orden público

Otro aspecto que enfrentan muchos educadores se relaciona con situaciones de violencia en los entornos institucionales, especialmente para quienes laboran en zonas marginadas de las grandes ciudades o en algunas zonas rurales.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

La actividad de educación, su organización y estructura, están reguladas por numerosas normas, entre otras: la Ley 115 de Febrero 8 de 1994⁸ y el Decreto 1075 del 2015 o decreto Único Reglamentario del Sector Educación que reglamenta los aspectos pedagógicos y organizativos generales.

La Ley 1064 de 2006 apoya y fortalece la educación para el trabajo y el desarrollo humano, en tanto que el Decreto 2888 de 2007 regula la creación, organización y funcionamiento de las instituciones que ofrecen el servicio educativo para el trabajo y el desarrollo humano. De otra parte, la Ley 30 de 1992 establece lineamientos para la educación superior.

Adicionalmente, “se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y miti-

8. “La presente Ley señala las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. Se fundamenta en los principios de la Constitución Política sobre el derecho a la educación que tiene toda persona, en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público”. Ley 115 del 1994, art. 1.

gación de la violencia escolar”, que define la conformación y funciones del comité nacional de convivencia escolar, los comités departamentales, distritales, municipales, así como el comité escolar de convivencia y las rutas de atención integral para la convivencia escolar (Ley 1620 de 2013, art. 6 a 13). La implementación de esta norma pretende ayudar al educador con la atención de situaciones conflictivas que afectan la convivencia escolar.

En la Ley 1297 de 2009⁹ se ajusta el artículo 116 de la Ley 115 de 1994, que define los requerimientos para ejercer la docencia: el título de normalista superior, licenciado en educación u otro título profesional válido para el país; además garantiza el perfil del educador en términos de formación y le permite tener mayores competencias para ejercer su función. La Ley 1297 del 2009 define también una bonificación especial a docentes estatales que prestan servicios en zonas de difícil acceso (art. 2).

Los docentes vinculados al servicio del Estado cuentan con el estatuto docente¹⁰, que entre otros aspectos incluye el marco ético de la profesión y define para los docentes del sector público los criterios para los salarios, incentivos, estímulos y compensaciones (artículo 40, capítulo VI, Decreto 1278 de 2002).

En lo que respecta al marco legal en seguridad y salud en el trabajo, la Decisión 584 de 2004 adopta el “Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo”, el cual en su artículo 2 establece: “Las normas previstas en el presente Instrumento tiene por objeto promover y regular las acciones que se deben desarrollar en los centros de trabajo de los países miembros para disminuir o eliminar los daños a la salud del trabajador, mediante la aplicación de medidas de control y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo”. Adicionalmente, el artículo 11 señala que: “En todo lugar de trabajo se deberán tomar medidas tendientes a disminuir los riesgos laborales. Estas medidas debe-

9. “Por medio de la cual se regula lo atinente a los requisitos y procedimientos para ingresar al servicio educativo estatal en las zonas de difícil acceso, poblaciones especiales o áreas de formación técnica o deficitarias y se dictan otras disposiciones” (Ley 1297 de 2009).

10. Decreto 1278 de 2002 que tiene por objeto “establecer el Estatuto de Profesionalización Docente que regulará las relaciones del Estado con los educadores a su servicio, garantizando que la docencia sea ejercida por educadores idóneos, partiendo del reconocimiento de su formación, experiencia, desempeño y competencias como los atributos esenciales que orientan todo lo referente al ingreso, permanencia, ascenso y retiro del servidor docente y buscando con ello una educación con calidad y un desarrollo y crecimiento profesional de los docentes” (Decreto 1278 de 2002, art. 1).

2. MARCO DE REFERENCIA

rán basarse en directrices sobre sistemas de gestión de la seguridad y salud en el trabajo y su entorno, como responsabilidad social y empresarial” (Comunidad Andina de Naciones, 2004).

La Resolución 957 de 2005, emitida por la Secretaria General de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), reglamenta el Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. El artículo 1 del capítulo 1, Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, establece que según lo dispuesto por el artículo 9 de la Decisión 584, los países miembros desarrollarán los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo, para lo cual se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Gestión administrativa, que hace referencia a la política, organización, administración, implementación, verificación, mejoramiento continuo y realización de actividades de promoción en seguridad y salud en el trabajo.
- Gestión técnica, que corresponde a la identificación, evaluación y control de riesgos, así como al seguimiento de las medidas de control.
- Gestión del talento humano, aspecto en el cual considera la selección, información, comunicación, formación, capacitación, adiestramiento, incentivos, estímulos y motivación de los trabajadores.
- Procesos operativos básicos referentes a la investigación de accidentes de trabajo y enfermedades laborales, vigilancia de la salud de los trabajadores, inspecciones y auditorías, planes de emergencia, planes de prevención y control de accidentes mayores, control de incendios y explosiones, programas de mantenimiento, uso de equipos de protección individual, seguridad en la compra de insumos y otros en función de la complejidad y el nivel de riesgo de la empresa (CAN, 2005).

El Decreto 1655 de 2015¹¹ del Ministerio de Educación Nacional, en su capítulo 3, presenta el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para el Magisterio, que “estará orientado a mejorar la calidad de vida de los educadores activos, generando una cultura de vida saludable que favorezca el bienestar laboral y contribuya a reducir las ausencias laborales por incapacidad médica”.

11. “Por el cual se adiciona el Decreto 1075 de 2015, Único Reglamentario del Sector Educación para reglamentar el artículo 21 de la Ley 1562 de 2012 sobre la Seguridad y Salud en el Trabajo para los educadores afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y se dictan otras disposiciones”.

Este sistema de gestión se fundamenta en el desarrollo de procesos de prevención y atención permanente de la salud individual y colectiva de los educadores activos, la formulación e implementación de actividades integrales e interdisciplinarias para intervenir la calidad del ambiente laboral e identificar y disminuir los riesgos ergonómicos, físicos y psicosociales (Capítulo 3, sección 3, artículos 2.4.4.3.3.1 y 2.4.4.3.3.2). También establece la obligación de “Diseñar y ejecutar programas para la prevención y control de enfermedades generadas por riesgos psicosociales” (Capítulo 3, sección 3, art. 2.4.4.3.3.4, literal 6).

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2000) enfatiza que el lugar de trabajo es un entorno prioritario para la promoción de la salud. De otra parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) plantea el modelo de entornos laborales saludables que busca la mejora continua en la promoción de la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores del sector.

Con la misma orientación se trabaja el concepto de organizaciones saludables que desarrollan varios autores, entre ellos Salanova (2008)¹², y que concibe la organización como “las formas en que se estructuran y gestionan los procesos de trabajo, incluyendo el diseño de los puestos, los horarios, el estilo de dirección, la efectividad y las estrategias organizacionales para la adaptación de los empleados”. Por otro lado, el término saludable se centra en el cuidado de la salud del empleado y de la organización como un conjunto. Por lo tanto, para el desarrollo de organizaciones saludables, se requiere que desde la dirección y la gestión del talento humano se defina la salud psicosocial de los empleados como un objetivo organizacional, que aporta a la salud individual y organizacional (Infocop, 2008).

Para lograr organizaciones saludables, Marisa Salanova propone “buenas prácticas relacionadas con la promoción y optimización de una serie de recursos relacionados con la mejora de las tareas (por ejemplo el diseño y rediseño de puestos), el ambiente social (ejemplo canales de comunicación, estilos de liderazgo) y la organización (ej. selección y socialización laboral, formación y desarrollo, políticas de estabilidad en el empleo, estrategias de conciliación trabajo/vida privada)”.

12. Entrevista realizada a Marisa Salanova (Infocop, 2008).

2. MARCO DE REFERENCIA

El concepto de prácticas organizacionales saludables se define como “un patrón planificado de actividades orientado a facilitar que una organización logre sus metas” (Wright y McMahan, p. 298 1992, citado por Acosta, Salanova y Llorens, 2011).

Con el marco de referencia que aporta el modelo de entornos saludables de trabajo (OMS, 2010), se estructura el presente protocolo de intervención de factores psicosociales en el sector educativo, el cual se centra en tres acciones propias de la organización del trabajo y del talento humano que se describen más adelante.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

Este protocolo sirve para orientar a los profesionales y a las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo de las instituciones educativas públicas y privadas, respecto de la intervención de los factores psicosociales prioritarios.

Las dimensiones psicosociales que se intervienen forman parte de las contempladas en el modelo que soporta la *Batería de instrumentos de evaluación de factores de riesgo psicosocial* desarrollada por el Ministerio de la Protección Social y la Pontificia Universidad Javeriana (2010).

Para atender otras necesidades que no se abordan en este protocolo, el usuario deberá remitirse al *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo de *Prácticas de trabajo saludable para educadores*, está diseñado para ser utilizado por las directivas de las instituciones educativas, las áreas de gestión del talento humano y de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, o quien haga sus veces, así como por los educadores y prestatarios de servicios de seguridad y salud en el trabajo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Promover prácticas de trabajo saludable en las instituciones del sector educativo, prevenir y controlar los efectos nocivos de los factores psicosociales más representativos en el sector.

Específicos

- Reducir la presentación de exigencias contradictorias al educador relacionadas con la disminución de exigencias académicas, mediante el refuerzo del compromiso de la comunidad educativa (directivas, docentes, padres de familia y estudiantes) con la calidad de la formación.
- Controlar las demandas cuantitativas del docente a través del ajuste de la carga laboral al tiempo de trabajo.
- Prevenir situaciones de violencia en zonas aledañas a la institución, mediante acciones coordinadas con las instituciones locales.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.2 Población objeto de la estrategia

Los beneficiarios de este protocolo son los educadores, tanto de instituciones públicas o privadas, que laboran en el sector educativo del país.

Cabe precisar que es posible que alguna(s) de las tres acciones que conforma(n) la estrategia de intervención no se adapte a las necesidades de una institución particular, en cuyo caso se deberá optar por las acciones que resulten pertinentes.

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

La estrategia de *Prácticas de trabajo saludable para educadores* se desarrolla a través de tres acciones:

- Gestión institucional para reducir la ocurrencia de exigencias contradictorias al educador.
- Gestión de la carga laboral.
- Gestión de la seguridad en las zonas aledañas a los centros educativos.

Las instituciones pueden articular la intervención psicosocial con la estrategia de *Escuela Saludable*¹³ y el *Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior*¹⁴.

Limitaciones

Las posibles barreras previstas para la implementación de la estrategia son la disponibilidad de recursos para ejecutar las acciones, la resistencia al cambio de las personas de la comunidad académica y la dificultad para mantener la estrategia en el tiempo dada la rotación de los educadores, en especial en las instituciones de carácter privado.

13. La estrategia de *Escuela Saludable* definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), incluye “como parte de sus acciones de promoción de la salud, aquellas orientadas al fomento de la salud mental en general, y de manera específica, al manejo del estrés, la promoción de la convivencia y la salud ocupacional” (Organización Panamericana de la Salud *et al.*, 2006, p. 54).

14. Los objetivos del sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior “van orientados a que las instituciones de educación superior rindan cuentas ante la sociedad y el Estado sobre el servicio educativo que prestan, provean información confiable a los usuarios del servicio educativo y se propicie el auto examen permanente de instituciones y programas académicos en el contexto de una cultura de la evaluación”. Sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/fo-article-235585.pdf>

5.4 Implementación de la estrategia

Las *Prácticas de trabajo saludable para educadores* se desarrollan a través de tres acciones que pretenden no solo promover prácticas saludables, sino prevenir y controlar los efectos nocivos en salud. En la figura 1 se observa el mapa general de la estrategia.

La primera acción de intervención es la gestión institucional para reducir la ocurrencia de exigencias contradictorias al educador, con la cual se impacta la dimensión psicossocial consistencia de rol. La segunda acción, gestión de la carga de trabajo, pretende que la misma se ajuste al tiempo de la jornada, e impacta las demandas de carga mental, las emocionales, las de esfuerzo físico y la influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral. Finalmente, la tercera acción que se orienta a la gestión de la seguridad en las zonas aledañas al centro educativo, impacta el riesgo por problemas de orden público.

Como se mencionó anteriormente, la atención de otras dimensiones que cada institución considere relevantes puede realizarse mediante alguna(s) de la(s) acción(es) que se incluyen en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicossociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos, o de otras acciones que la institución diseñe.

Figura 1. Estrategia “Prácticas de trabajo saludable para educadores”

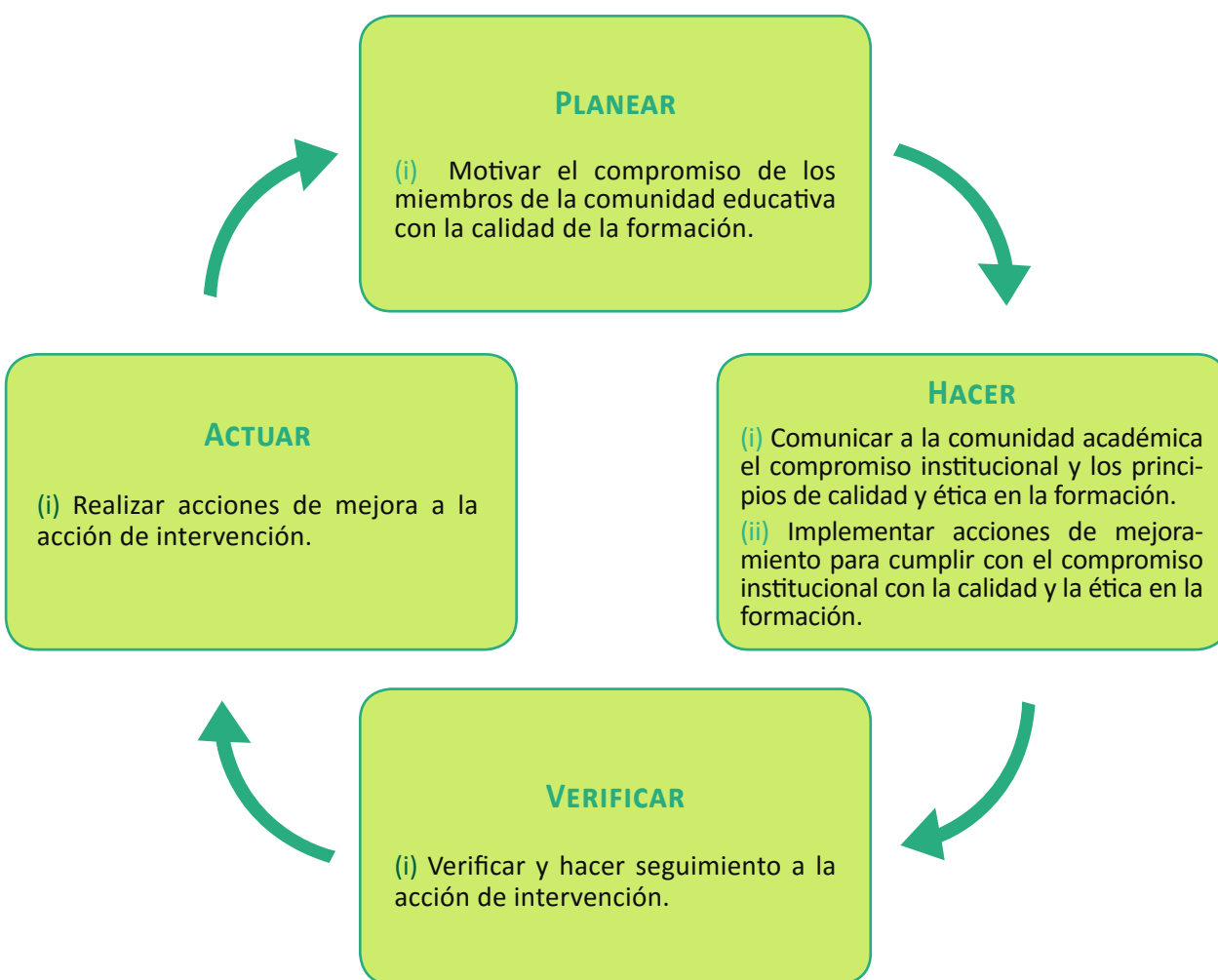


5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.4.1 Gestión institucional para reducir la ocurrencia de exigencias contradictorias al educador

La acción que busca reducir la ocurrencia de exigencias contradictorias, responde a las demandas que enfrenta el educador para responder a solicitudes de la comunidad educativa, relacionadas con la disminución de la exigencia académica y frente a las cuales el docente experimenta un dilema ético. El mecanismo de intervención para esta problemática es básicamente el fomento del compromiso de las directivas institucionales, padres de familia, docentes y estudiantes, con la calidad de la formación. En la figura 2 se presentan las actividades del ciclo PHVA (planear, hacer, verificar y actuar) que desarrollan esta acción de intervención, las cuales se desglosan posteriormente.

Figura 2. Ciclo PHVA de la acción “Gestión institucional para reducir la ocurrencia de exigencias contradictorias al educador”



Una de las grandes exigencias a las instituciones educativas tanto públicas como privadas, en todos los niveles de formación, es disminuir la deserción y el fracaso académico, situación que requiere del fortalecimiento académico del estudiante, sin aumentar de forma desmedida las exigencias y cargas para los educadores.

(i) Motivar el compromiso de los miembros de la comunidad educativa con la calidad de la formación

Para controlar la ocurrencia de exigencias contradictorias al educador se requiere el compromiso de las directivas, los padres de familia, estudiantes y de los mismos educadores, con la calidad de la formación, así como con el cumplimiento de los principios éticos que rigen el ejercicio de la docencia.

Los directivos, el responsable de seguridad y salud en el trabajo, con la participación de algunos educadores y representantes de los estudiantes y los padres de familia, documentan el compromiso institucional y los principios de calidad y ética en la formación, los cuales sirven como marco de actuación para la comunidad educativa en general (directivas, docentes, estudiantes y padres de familia).

A partir de los principios definidos, el coordinador académico, con el apoyo de otros educadores, definen acciones específicas de mejoramiento que permitan cumplir con el compromiso institucional con la calidad de la formación.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Hacer Hacer Hacer

(i) Comunicar a la comunidad académica el compromiso institucional y los principios de calidad y ética en la formación

Las directivas comunican a educadores, padres de familia y estudiantes sobre el compromiso y los principios de calidad y ética en la formación, con el fin de reducir la ocurrencia de solicitudes contradictorias a los educadores.

(ii) Implementar acciones de mejoramiento para cumplir con el compromiso institucional con la calidad y la ética en la formación

Algunas acciones pueden ser: seguimiento a estudiantes con dificultades de rendimiento, actividades de recuperación académica, consejería, y otras que proponga la institución, tales como acuerdos de mejora y talleres de convivencia.

Las anteriores acciones pueden estar lideradas por la coordinación académica o por otra instancia que la Dirección defina.

Verificar Verificar

(i) Verificar y hacer seguimiento a la acción de intervención

La medición de los resultados de la intervención está a cargo de los directivos o de la instancia que ellos deleguen. Para verificar los resultados de la intervención se sugiere considerar indicadores tales como:

- Número de acciones de mejoramiento definidas / Número de acciones ejecutadas.
- Cambios en la evaluación que hacen los educadores respecto a consistencia de rol después de la intervención.

Actuar

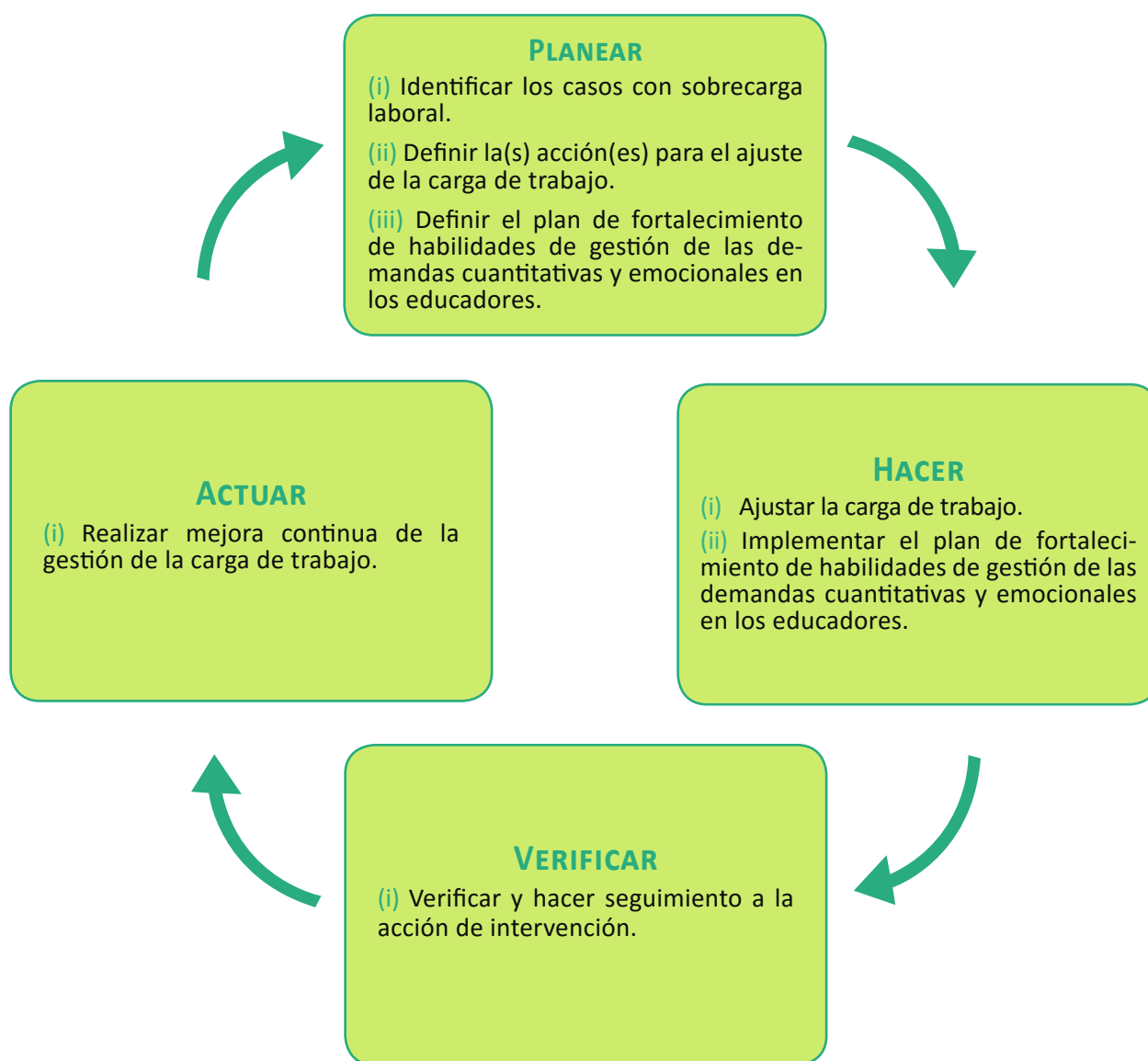
(i) Realizar acciones de mejora a la acción de intervención

A partir de los resultados de la fase de seguimiento y evaluación se generan e implementan planes de mejoramiento para optimizar la estrategia de intervención.

5.4.2 Gestión de la carga laboral

La acción busca controlar la carga de trabajo en el educador, ajustándola al tiempo de la jornada, y además fortalecer las habilidades de gestión de las demandas cuantitativas y emocionales en los educadores. Los pasos para el desarrollo de la acción se presentan en la figura 3 y se desarrollan posteriormente bajo el ciclo PHVA.

Figura 3. Ciclo PHVA de “Gestión de la carga laboral”



5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Hacer Hacer

En el proceso de intervención de las demandas emocionales debe considerarse el fortalecimiento de creencias frente a la autoeficacia y la capacidad del desarrollo de autocontrol. Se sugiere consultar la acción de intervención denominada *Desarrollo de estrategias de afrontamiento* que se presenta en el *Protocolo de acciones para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*.

Verificar Verificar

(i) Verificar y hacer seguimiento a la acción de intervención

La medición de los resultados de la intervención está a cargo de las directivas y del responsable de la seguridad y salud en el trabajo. A los efectos de la verificación se sugiere calcular indicadores como:

- Número de puestos de trabajo intervenidos / Número total de puestos de trabajo con sobrecarga cuantitativa.
- Número de educadores beneficiados con la acción de intervención / Número total de educadores objeto de la intervención.
- Disminución de la frecuencia de casos con sobrecarga cuantitativa comparada con el periodo anterior.

Actuar

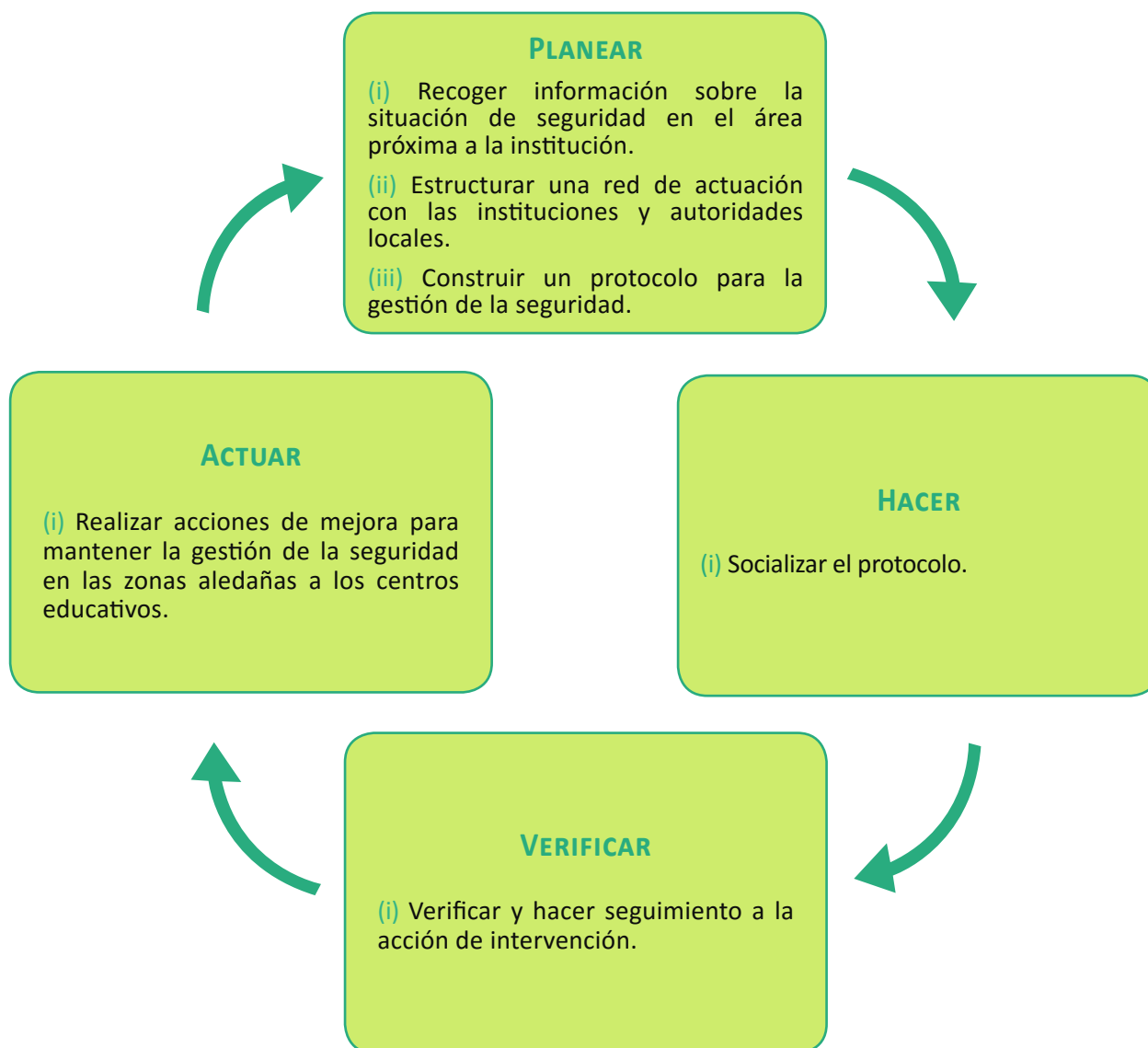
(i) Realizar mejora continua de la gestión de la carga de trabajo

Generar planes de mejoramiento a partir de análisis de los indicadores para garantizar el control sobre la demanda cuantitativa.

5.4.3 Gestión de la seguridad en las zonas aledañas a los centros educativos

La acción busca prevenir situaciones de violencia e inseguridad que afectan tanto a los educadores como a otros miembros de la comunidad educativa y que ocurren en zonas aledañas a la institución. El mecanismo de prevención se soporta en la coordinación que las directivas de los centros educativos establecen con las instituciones locales. El desarrollo de esta acción se presenta en la figura 4 y se desglosa posteriormente en cada etapa del ciclo PHVA.

Figura 4. Ciclo PHVA de la acción “Gestión de la seguridad en las zonas aledañas a los centros educativos”



(i) Recoger información sobre la situación de seguridad en el área próxima a la institución

Las directivas pueden utilizar diferentes herramientas para reunir la información sobre los incidentes de violencia que suceden a docentes y alumnos (robos o intentos de robos, entre otras), a través de reportes por Internet o en un formato físico. El reporte debe incluir los siguientes datos: persona agredida, sitio y hora de la agresión, tipo de agresión, consecuencias, y si la misma fue reportada a las autoridades. El registro de eventos de violencia debe estar a cargo de una persona delegada por las directivas de la institución. Adicionalmente, es útil recoger información de miembros de la comunidad como padres de familia y líderes de la localidad.

La finalidad del registro es identificar los sitios de mayor ocurrencia y las características de los incidentes, información que es de utilidad para informar a las autoridades locales como insumo para la coordinación de acciones con ellos.

(ii) Estructurar una red de actuación con las instituciones y autoridades locales para la prevención y atención de actos violentos en las áreas próximas a los centros educativos.

Las directivas realizan los contactos con las instituciones locales, presentan el protocolo y realizan acuerdos de colaboración para la prevención y atención de los actos violentos en las zonas próximas a la institución.

(iii) Construir un protocolo para la gestión de la seguridad

Las directivas del centro educativo y el responsable de la seguridad y salud en el trabajo definen un protocolo de actuación para gestionar la seguridad y prevenir la violencia externa a los centros educativos. Es recomendable que el protocolo incluya aspectos como:

- Objetivo y alcance.
- Descripción de la situación de seguridad del entorno en donde se encuentra la institución, vías de acceso, medios de transporte, lugares, horarios y tipología de los incidentes de violencia.

Planear Planear

- Acciones para prevenir un acto violento en las cercanías de la institución.
- Redes de apoyo en la localidad.
- Datos de contacto de personas e instituciones a quien acudir cuando está en riesgo la seguridad propia y la de otros.

Una vez construido el protocolo se definen los espacios y los medios para difundirlo entre los miembros de la comunidad educativa.

Hacer Hacer

(i) Socializar el protocolo

La comunicación del protocolo por parte de las directivas se realiza en espacios como la inducción, reuniones con profesores y con alumnos o con otros miembros de la comunidad educativa, a través de medios como carteleras, impresos con *tips* de seguridad, etc.

Las reuniones de socialización se utilizan también para retroalimentar el protocolo y obtener ideas de mejoramiento.

Verificar Verificar

(i) Verificar y hacer seguimiento a la acción de intervención

La medición de los resultados de la intervención está a cargo de las directivas y del responsable de la seguridad y salud en el trabajo del centro educativo.

Para evaluar los avances de la acción de intervención se sugiere considerar indicadores tales como:

- Cobertura de la socialización del protocolo: número de personas cubiertas / número de personas objetivo de la información.
- Número de casos de violencia atendidos por las instituciones locales en el periodo / Número de casos de violencia atendidos por las instituciones locales en el mismo periodo de año anterior.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Verificar

- Número de incidentes ocurridos a miembros de la comunidad educativa después de la intervención, comparados con los ocurridos antes de la intervención.
- De forma cualitativa se debe evaluar la eficacia de la participación de las instituciones y autoridades locales para el desarrollo del plan de intervención.

Actuar

(i) Realizar acciones de mejora para mantener la gestión de la seguridad en las zonas aledañas a los centros educativos

Implementar las acciones de mejora necesarias a partir del análisis de los indicadores, retroalimentar y reanudar los acuerdos con las instituciones y autoridades locales que prestan su colaboración.

5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

Durante el proceso de intervención se requiere el seguimiento y la evaluación de cada una de las acciones propuestas, para lo cual es recomendable considerar los siguientes aspectos:

- Evidencias de las acciones implementadas, incluida la información de la cobertura, los resultados de la evaluación y las acciones de mejora implementadas.
- Evaluación de impacto de la estrategia de intervención en los resultados de la evaluación de los factores psicosociales un tiempo después de la intervención.
- Relación de la acción e intervención con otras acciones de bienestar y salud en el trabajo (efecto sinérgico).
- Satisfacción de las partes interesadas con la estrategia de intervención psicosocial.

6. GLOSARIO

Dimensión: agrupación de condiciones psicosociales que constituyen un solo factor. El modelo conceptual de la *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* contempla 19 dimensiones de factores intralaborales y 7 dimensiones de factores extralaborales (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de capacitación: actividades de inducción, entrenamiento y formación que la organización brinda al trabajador con el fin de desarrollar y fortalecer sus conocimientos y habilidades (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de consistencia de rol: se refiere a la compatibilidad o consistencia entre las diversas exigencias relacionadas con los principios de eficiencia, calidad técnica y ética, propios del servicio o producto, que tiene un trabajador en el desempeño de su cargo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas ambientales y de esfuerzo físico: condiciones del lugar de trabajo y de la carga física que involucran las actividades que se desarrollan, que bajo ciertas circunstancias exigen del individuo un esfuerzo de adaptación. Las demandas de esta dimensión son

6. GLOSARIO

condiciones de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, ventilación), químico, biológico (virus, bacterias, hongos o animales), de diseño del puesto de trabajo, de saneamiento (orden y aseo), de carga física y de seguridad industrial (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas cuantitativas: exigencias relativas a la cantidad de trabajo que se debe ejecutar, en relación con el tiempo disponible para hacerlo (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de carga mental: se refieren a las demandas de procesamiento cognitivo que implica la tarea y que involucran procesos mentales superiores de atención, memoria y análisis de información para generar una respuesta. La carga mental está determinada por las características de la información (cantidad, complejidad y detalle) y los tiempos de que se dispone para procesarla (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas emocionales: situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador. La exposición a las exigencias emocionales demandan del trabajador habilidad para: a) entender las situaciones y sentimientos de otras personas y b) ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios con el fin de no afectar el desempeño de la labor (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de influencia del trabajo sobre el entorno extralaboral: condición que se presenta cuando las exigencias de tiempo y esfuerzo que se hacen a un individuo en su trabajo, impactan su vida extralaboral (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dominio: conjunto de dimensiones que conforman un grupo de factores psicosociales. El modelo conceptual de la *Batería de Instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* reconoce cuatro dominios de factores psicosociales intralaborales: demandas de trabajo, control sobre el trabajo, liderazgo y relaciones sociales en el trabajo y recompensa (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Factores de riesgo psicosocial: condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo (Resolución 2646 de 2008).

Formación: conjunto de acciones orientadas a generar cambios en la actuación laboral de los empleados; la definición implica que los trabajadores dominen los

cometidos, competencias y tareas que afrontan en el lugar de trabajo en el sentido de que formarse es una apuesta a completarse a sí mismo en el lugar de trabajo (Avallone, 1989, citado por Llorens-Gumbau, s.f.).

Gestión de la seguridad en las zonas aledañas a los centros educativos: es la disposición, planeación, organización y ejecución que realiza la institución a partir de la coordinación conjunta entre las directivas de las instituciones, los educadores y las instituciones locales para prevenir situaciones de violencia en zonas aledañas a la institución en los educadores (los autores).

Indicador: expresión cuantitativa o cualitativa del comportamiento o el desempeño.

Indicadores de proceso: medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: medidas verificables de los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión (Decreto 1072 de 2015).

Inducción: constituye el principal método de aculturación de los nuevos participantes en las prácticas corrientes de la organización. El programa de integración busca que el nuevo participante asimile de manera intensiva y rápida, en situación real o de laboratorio, la cultura de la organización y se comporte de ahí en adelante como miembro de la organización (Chiavenato, 2009).

Mejora continua: proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión la Seguridad y Salud en el Trabajo, para lograr mejoras en desempeño en el campo, de forma coherente con la política de seguridad y salud en trabajo (SST) de la organización (Decreto 1072 de 2015).

Pausas en el trabajo: son cortos periodos de tiempo durante la propia jornada de trabajo, que hacen posible que el descanso pueda desarrollarse de manera saludable y eficiente (Nogareda y Bestratén, 2011).

Población objeto: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales, a quien(es) se dirige la acción propuesta con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

TIC (Tecnologías de Información y Comunicación): Conjunto de tecnologías desarrolladas para gestionar información y comunicarla. Incluyen las tecnologías para almacenar, recuperar y enviar o recibir información.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, H., Salanova, M. y Llorens, S. (2011). ¿Qué prácticas organizacionales saludables son más frecuentes en las empresas? Un análisis cualitativo. *Fòrum de Recerca* 16: 811-825.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2003). Prevención de riesgos psicosociales y estrés laboral en la práctica. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/104>
- Andrade, H. (2005). Comunicación organizacional interna: proceso, disciplina y técnica. España: Gesbiblo.
- Arenas, B. y Bestratén, M. (2006). NTP 745: Nueva cultura de empresa y condiciones de trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_745.pdf
- Armadians, I., Ferrer, R. y Manzano, J. (2010). Evaluación de riesgos psicosociales del profesor universitario: una propuesta de intervención para las organizaciones docentes. Cámara de Comercio e Industria de Zaragoza. Disponible en: <http://www.camarazaragoza.com/prevencion/docs/publicaciones/documentopublicaciones32.pdf>

- Bestratén, M., Moreno, N. y Vega, S. (2014). La participación de los trabajadores en prevención de riesgos laborales. *Revista Seguridad y Salud en el Trabajo* 76:39-49. Disponible en: <https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/publicaciones/verNumero.cmd?idPublicacion=5399&anyo=2014>
- Comunidad Andina de Naciones (CAN). (2004). Decisión 584. Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: <http://www.sice.oas.org/trade/junac/decisiones/DEC584s.asp>
- Comunidad Andina de Naciones (CAN). (2005). Resolución 957. Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd38/Colombia/R957-03.pdf>
- Centro de Estudios Sociales (CES). (2010). Caracterización de docentes del sector público de Bogotá - 2009. Disponible en: <http://repositorio.educacionbogota.edu.co/jspui/handle/123456789/3701>
- Chambel, M. J., Depolo, M., Flintrop, J., González, E., Guglielmi, D., Hellgren, J... y Yeves, J. (2013). Los desarrollos de la evaluación de riesgos psicosociales en Europa. El estado de la investigación científica y experiencias institucionales. España: Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente, Unión General de Trabajadores. Disponible en: <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/new2013/Anuario2013ESP.pdf>
- Chiavenato, I. (2009). Gestión del talento humano. México: Mc Graw Hill.
- Confederación de Empresarios de Málaga. (2013). Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Disponible en: http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_interactivo.pdf
- Decreto 1860 de 1994. República de Colombia. Disponible en: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-172061_archivo_pdf_decreto1860_94.pdf
- Decreto 1278 de 2002. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. Disponible en: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-86102_archivo_pdf.pdf
- Decreto 2888 de 2007. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. Disponible en: <http://www.mineduacion.gov.co/1759/w3-article-130244.html>
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia. Disponible en: <http://decreto1072.co/>
- Decreto 1075 de 2015. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. Disponible en: <http://decreto1075.co/>

7. BIBLIOGRAFÍA

- Decreto 1655 de 2015. Ministerio de Educación Nacional. República de Colombia. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto_1655_2015.htm
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2012). Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas. Revisión 4 adaptada para Colombia (CIIU Rev. 4 A. C.). Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/nomenclaturas/CIIU_Rev4ac.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2014). Personal docente por sector. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/deficit-de-vivienda/89-sociales/educacion/3901-educacion-formal>
- Defensoría del Pueblo. (2012). Características del cuerpo docente público y privado educativo colombiano. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/00/caracterizacionDocentes2012.pdf>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2013). Well-being at work: creating a positive work environment. Literature Review. Luxemburgo: Publications Office of the European Union. Disponible en: https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/literature_reviews/well-being-at-work-creating-a-positive-work-environment
- García, C., y Muñoz A. (2013). Salud y trabajo de docentes de instituciones educativas distritales de la Localidad 1 de Bogotá. *Avances en Enfermería* 31 (2): 30-42.
- Grados, J. (2013). Reclutamiento, selección, contratación e inducción del personal. México: Manual Moderno.
- Grueso-Hinestroza, M. P., Rey-Sarmiento, C. F., González-Rodríguez, J. L., Ardila-Becerra, A. y Pineda-Castro, C. (2013). Acciones de promoción de la salud organizacional y su relación con variables estructurales y el bienestar de los trabajadores: Análisis desde un modelo de organizaciones saludables. *Informes Psicológicos* 13 (2): 59-78.
- Infocop. (Abril 30 de 2008). La psicología de la salud ocupacional positiva. Entrevista a Marisa Salanova. Infocop. Disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1853
- International Labour Office (ILO). (2012). Stress prevention at work checkpoints: practical improvements for stress prevention in the workplace. Ginebra: ILO. Disponible en: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_168053/lang-en/index.htm

7. BIBLIOGRAFÍA

- Irigoin, M. y Vargas, F. (2002). Competencia Laboral: Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Oficina Internacional del Trabajo, CINTERFOR. Primera edición, Montevideo. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf
- Jáimez, M. J. (2012). Organizaciones Saludables: El Papel del Empoderamiento Organizacional. Departamento de Psicología Social. Universidad de Granada.
- Ley 30 de 1992. República de Colombia. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-211884_Ley_30.pdf
- Ley 115 de 1994. República de Colombia. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-85906.html>
- Ley 1064 de 2006. República de Colombia. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-104704_archivo_pdf.pdf
- Ley 1297 de 2009. República de Colombia. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-191904_archivo_pdf_ley1297.pdf
- Ley 1620 de 2013. República de Colombia. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1620_2013.htm
- Llorens Gumbau, S. (s.f.). Significado y actitudes de la formación continua: Un estudio cualitativo en el sector metal – mecánico. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/80389/forum_1997_12.pdf?sequence=1
- Marchesi A. y Díaz T. Las emociones y los valores del profesorado. *Cuadernos Fundación SM* No. 5. Disponible en: <http://www.oei.es/valores2/Lasemocionesprofesorado.pdf>
- Ministerio de Educación Nacional. El sistema de aseguramiento de la calidad de la educación superior. Disponible en: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/fo-article-235585.pdf>
- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana. (2010). Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Ministerio del Trabajo. (2014). Segunda encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema de riesgos laborales de Colombia. Sin publicar

7. BIBLIOGRAFÍA

- Nogareda, S. y Bestratén, M. (2011). NTP 916: El descanso en el trabajo (I): Pausas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/891a925/916w.pdf>
- Observatorio permanente riesgos psicosociales. UGT. (2006). Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector enseñanza. Madrid: UGT. Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/cuader_guias/2006_Guia_sectorial_Ensenanza.pdf
- Observatorio permanente riesgos psicosociales. UGT. (2008). Guía de prevención de riesgos psicosociales en el sector enseñanza secundaria. Madrid: UGT. Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/cuader_guias/2008_Guia_sectorial_ensenanza_secundaria.pdf
- Ongallo, C. (2007). Manual de comunicación. Guía para gestionar el conocimiento, la información y las relaciones humanas en empresas y organizaciones. Madrid: Dykinson S.L.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. (2006). Lineamientos nacionales para la aplicación y el desarrollo de las estrategias en entornos saludables. Escuela saludable y vivienda saludable. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamientos-nacionales-para-la-aplicacion-y-el-desarrollo-de-las-ees.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2000). Anexo No. 6: Estrategia de promoción de la salud en los lugares de trabajo de América Latina y el Caribe. Versión revisada. San José, Costa Rica. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehpromocionsalud.pdf
- Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas psychologica* 3 (2): 179-186.
- Peiró, J. M. y Rodríguez, I. (2008). Estrés laboral, liderazgo y salud organizacional. *Papeles del Psicólogo* 29 (1): 68-82.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Resolución 957 de 2005. Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo. Comunidad Andina de Naciones (CAN). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd38/Colombia/R957-03.pdf>
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607>
- Restrepo, N., Colorado, G. y Cabrera, G. (2006). Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. *Revista Salud Pública* 8 (1): 63-73.
- Salanova, M., Rodríguez, A. M. y Llorens, S. (2006). Taller de trabajo sobre inteligencia emocional en enfermeras: eficacia a corto plazo. *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención* (29): 46-51.
- Sanín, J. A. y Salanova, M. (2013). Satisfacción laboral: el camino entre el crecimiento psicológico y el desempeño laboral en empresas colombianas industriales y de servicios. *Universitas Psychologica* 13 (1): 95-108.
- Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). Glosario. Disponible en: <http://www.sena.edu.co/Documents/Interno/Glosario.pdf>
- Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). (2015). Informe de gestión 2014. Disponible en: http://www.sena.edu.co/transparencia/gestion-de-planeacion/Lists/Informes%20de%20gesti%C3%B3n/I_gestion2014.pdf
- Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES). (2013). Recurso humano. Disponible en: <http://www.mineduacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/w3-article-212400.html>

Links de referencia

- Federación Colombiana de Trabajadores de la Educación. <http://www.fecode.edu.co/>
- Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio. <http://www.fomag.gov.co>
- Fundación SM. <http://www.fundacion-sm.com/>
- Herramientas de gestión de los riesgos psicosociales en el sector educativo. <http://www.prl-sectoreducativo.es/>
- Ministerio de Educación Nacional. <http://www.mineduacion.gov.co/>
- Prevención docente. www.prevenciondocente.com

7. BIBLIOGRAFÍA

Portal de Educación Comunidad de Madrid. http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalEducacion/Page/EDUC_home

Recursos para la Orientación Educativa. www.orientaeduc.com

Sistema Nacional de Información de la Educación Superior. <http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/w3-article-212400.html>

Unión General de Trabajadores. www.ugt.es

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Reducir la presentación de exigencias contradictorias al educador relacionadas con la disminución de exigencias académicas, mediante el refuerzo del compromiso de la comunidad educativa (directivas, docentes, padres de familia y estudiantes) con la calidad de la formación.	Implementar acciones de mejoramiento para cumplir con el compromiso institucional con la calidad y la ética en la formación.	Proceso	Número de acciones de mejoramiento definidas / Número de acciones ejecutadas.	Directivos o instancia que ellos deleguen.	Bimestral Anual
	Implementar acciones de mejoramiento para cumplir con el compromiso institucional con la calidad y la ética en la formación.	Resultado	Cambios en la evaluación que hacen los educadores respecto a consistencia de rol después de la intervención.	Directivos o instancia que ellos deleguen.	Bimestral Anual
Controlar las demandas cuantitativas del docente a través del ajuste de la carga laboral al tiempo de trabajo.	Ajustar la carga de trabajo.	Proceso	Número de puestos de trabajo intervenidos / Número total de puestos de trabajo con sobrecarga cuantitativa.	Directivas y responsable de seguridad y salud en el trabajo.	Semestral Anual

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Controlar las demandas cuantitativas del docente a través del ajuste de la carga laboral al tiempo de trabajo.	Ajustar la carga de trabajo. Realizar la inducción y formación de los educadores.	Resultado	Disminución de la frecuencia de casos con sobrecarga cuantitativa comparada con el periodo anterior. Número de educadores beneficiados con la acción de intervención / Número total de educadores objeto de la intervención.	Directivas y responsable de seguridad y salud en el trabajo.	Semestral Anual
Prevenir situaciones de violencia en zonas aledañas a la institución, mediante acciones coordinadas con las instituciones locales.	Socializar el protocolo.	Proceso	Cobertura de la socialización del protocolo: Número de personas cubiertas / Número de personas objetivo de la información. Número de casos de violencia atendidos por las instituciones locales en el periodo / Número de casos de violencia atendidos por las instituciones locales en el mismo periodo de año anterior. Número de incidentes ocurridos a miembros de la comunidad educativa después de la intervención, comparados con los ocurridos antes de la intervención. De forma cualitativa se debe evaluar la eficacia de la participación de las instituciones y autoridades locales para el desarrollo de plan de intervención.	Directivas y responsable de seguridad y salud en el trabajo.	Semestral Anual



9 789587 169515

Gestión del liderazgo y las demandas mentales en el trabajo

Protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores del sector financiero

**GESTIÓN DEL LIDERAZGO Y LAS DEMANDAS MENTALES EN EL TRABAJO.
PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE FACTORES PSICOSOCIALES PARA TRABAJADORES
DEL SECTOR FINANCIERO**

© 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

978-958-716-957-7

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Gestión del liderazgo y las demandas mentales en el trabajo

Protocolo de intervención de factores
psicosociales para trabajadores del
sector financiero

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 del sector financiero	7
1.2 Factores psicosociales más representativos del sector financiero	11
2. MARCO DE REFERENCIA	12
2.1 Marco de referencia legal	12
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	12
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	14
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	16
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	17
5.1 Objetivos de la estrategia	17
5.2 Población objeto de la estrategia	18
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	18
5.4 Implementación de la estrategia	19
5.4.1 Desarrollo de habilidades de liderazgo de lugares de trabajo saludable	20
5.4.2 Fortalecimiento de los procesos cognitivos	24
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	29
6. GLOSARIO	30
7. BIBLIOGRAFÍA	36
8. ANEXOS	40

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización del sector financiero

El sistema financiero colombiano está conformado por los establecimientos de crédito (EC), las sociedades de servicios financieros (SSF) y otras entidades financieras, que se han agrupado en conglomerados financieros, todos ellos vigilados por la Superintendencia Financiera de Colombia (SFC).

Después de la crisis financiera de finales de los años noventa, el sector ha crecido y se ha fortalecido principalmente por la regulación del gobierno nacional y de la SFC, reflejando buenos resultados en indicadores de rentabilidad, riesgo y solvencia.

La estructura del sector, definida desde el Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, reportada por el Banco de la República de Colombia en su nota editorial del año 2013 (Uribe-Escobar, 2013), clasifica las organizaciones del sector así:

Establecimientos de crédito

- Bancos
- Corporaciones financieras

1. INTRODUCCIÓN

- Compañías de financiamiento tradicional
- Compañías de financiamiento especializado en “leasing”
- Cooperativas financieras

Sociedades de Servicios Financiero

- Sociedades administradoras de fondos de pensiones y cesantías
- Sociedades fiduciarias
- Almacenes generales de depósitos
- Sociedades comisionistas de bolsa
- Sociedades administradoras de inversión
- Sociedades de intermediación cambiaria y de servicios financieros especiales

Otras Instituciones Financieras

- Instituciones oficiales especiales
- Sociedades de capitalización
- Sociedades aseguradoras

La Red de Seguridad del Sistema Financiero en Colombia (RSF) es un conjunto de organizaciones, normas y procedimientos que buscan fortalecer la estabilidad del sector. Esta red está conformada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (MHCP), la SFC, el Autorregulador del Mercado de Valores (AMV), los fondos de garantías (Fogafin y Fogacoop) y el Banco de la República.

Parte del seguimiento que se realiza a las entidades financieras se centra en su rentabilidad, condición que ha permanecido estable a pesar de la crisis internacional y que se evidencia en el comportamiento posterior a la crisis de finales de los años 90, pues a pesar de las liquidaciones y fusiones (que disminuyó los EC a casi la mitad en 2012), el tamaño de los activos se mantuvo sin mayores cambios. El Indicador de la Rentabilidad del Activo (ROA), según reporte del Banco de la República (Uribe-Escobar, 2013), evidencia crecimiento sistemático junto con aumento en las utilidades de las entidades.

Si bien, el sector ha permanecido estable, las entidades que lo conforman mantienen una dinámica muy activa para sostenerse en el sector y no ser absorbidas por otras. Por esta razón y también por la naturaleza de la exigencia mental que

caracteriza sus labores, el sector financiero puede generar condiciones de riesgo psicosocial que, de no ser atendidas, generan efectos negativos en la salud y en las organizaciones mismas.

La caracterización del comportamiento psicosocial del sector financiero en Colombia y en el mundo, según información de diversas fuentes tales como las encuestas de condiciones de salud y de trabajo en Colombia, encuestas de salarios (Investigación Nacional de Salarios y Beneficios de la Federación Colombiana de Gestión Humana, ACRIP 2014) y la información que proveen documentos base de la *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* (Ministerio de la Protección Social, 2010), así como las implicaciones de los recientes cambios en las formas de trabajo, describen la banca y sus actividades conexas como organizaciones que, si bien no tienen las remuneraciones más altas, reconocen beneficios y prestaciones extralegales a sus trabajadores (primas adicionales, bonificaciones por productividad, quinquenios, subsidios de alimentación, de vivienda y educación, seguros de vida y médicos, entre otros). Aunque las opciones de ascenso son menos frecuentes que en otros sectores, ofrecen capacitación y estabilidad.

Así como existen factores protectores o positivos en el sector, también se reconocen algunos factores psicosociales que pueden comportarse como de riesgo. El Observatorio de Riesgos Psicosociales de España, en su *Guía para la prevención de riesgos psicosociales para bancos y cajas* (2011), coincide en encontrar aspectos psicosociales que se comportan de forma adversa en las organizaciones de este sector; ellos son:

- **Aspectos tecnológicos:** la exigencia continua de atender clientes por diferentes medios utilizando portales de internet, de verificar la calidad del servicio mediante encuestas para aumentar el control en la gestión, unidas al uso de herramientas tecnológicas para hacer seguimiento más rápido y directo sobre zonas de difícil acceso (uso de teleconferencias, control de gestión desde software que reporta en tiempo real, etc.). A lo anterior se suma que la calidad del servicio se percibe en el contacto con el cliente, por lo tanto la exigencia del trabajo implica calidad en la atención, precisión y rapidez.
- **Organizacionales:** las instituciones del sector financiero buscan respuestas ágiles y flexibles a las necesidades del usuario, lo que centra su mayor objetivo en la función comercial que supone una competencia permanente y un salario variable a partir de los logros.

1. INTRODUCCIÓN

- **Estratégicos:** centrados en campañas y publicidad permanente, cuya oferta está en la reducción de costos para el usuario, agilidad en el servicio y mayores utilidades que suponen trabajo bajo presión, precisión y respuestas inmediatas a los clientes.
- **Estilo de dirección:** centrado en el cumplimiento de metas mayormente comerciales, lo que supone celeridad en el trabajo y respuesta satisfactoria al cliente. La vigilancia del desempeño y de los errores se sistematiza y la fiscalización se realiza desde los programas informáticos, por tanto los mandos medios tienen menos posibilidad de decisión sobre los grupos de trabajo.
- **Metodológicos:** dada la necesidad de dar cumplimiento a las metas, el trabajo se evalúa comparativamente con la gestión entre oficinas, condición que conlleva presión y competitividad.
- **Estructurales:** por una parte se realizan reestructuraciones y fusiones de organizaciones de forma más frecuente. Además ha aumentado la tendencia a tercerizar personal en algunos procesos reduciendo los costos administrativos. Esta condición tiende a disminuir la calidad del servicio y lleva a sobrecarga de trabajo en el personal directo que debe solucionar ciertos asuntos de forma directa con el cliente.
- **Cultural:** la capacidad de decisión ha disminuido en los mandos medios, entonces los gerentes de oficinas o directores de área se han convertido en facilitadores de negocio, centralizando las decisiones en las altas directivas de estas organizaciones.

Adicionalmente, dado el manejo directo de dinero y su dinámica de trabajo de atención al público, los trabajadores del sector financiero se encuentran expuestos a trabajo bajo presión, alta responsabilidad por manejo de dinero, exigencias de atención y concentración al utilizar información minuciosa y en tiempos cortos, y competencia frente a metas comerciales cada vez más altas.

Ahora bien, desde la Federación de Aseguradores Colombianos (FASECOLDA), el reporte a cierre del año 2011 muestra que del total de afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia (7.502.364), este sector representaba el 3,2 % de esta población (242.363) y según reportes internacionales es un sector que aporta casos de enfermedades asociadas con estrés, tanto en Colombia como en el mundo, de forma que es pertinente realizar una estrategia de intervención que aborde estas dificultades.

En el marco del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, es necesario hacer monitoreo e intervención de las condiciones psicosociales y sus efectos, con el propósito de promover la salud y evitar la ocurrencia de enfermedades laborales derivadas del estrés, en el marco del modelo trabajo saludable de la OMS (2010).

1.2 Factores psicosociales más representativos en el sector financiero

La presente estrategia ofrece opciones de intervención para las dimensiones psicosociales de mayor importancia en el sector, entre las que se encuentran:

- Demandas de carga mental por exigencias de atención, concentración y memoria de datos y hechos específicos en la realización de las tareas, las cuales se diferencian por cliente y tipo de producto. Dado que existe atención personalizada, telefónica y por internet, existe la necesidad de manejar información simultánea y bajo presión, pues el cliente reclama respuesta rápida.
- Demandas cuantitativas por la cantidad de trabajo que es necesario atender en tiempos cortos, las cuales limitan la posibilidad de hacer pausas durante la jornada o incluso requieren ampliación de la misma para tener al día el trabajo.
- Demandas emocionales derivadas de la atención directa al público (telefónica, internet o cara a cara).
- Estilo de liderazgo centrado en el cumplimiento de metas dada la estrategia comercial que actualmente maneja el sector.
- Limitado reconocimiento, así como limitadas posibilidades de promoción.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

La actuación en prevención del riesgo psicosocial y de sus efectos en salud para el sector financiero en Colombia está orientada por la normatividad general, la cual se encuentra descrita en el apartado de aspectos legales de la *Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en población trabajadora*, que forma parte de este conjunto de documentos.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

El presente protocolo toma de base dos modelos centrados en la salud de los entornos de trabajo:

El modelo de Entornos Saludables de Trabajo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) que plantea la necesidad de la mejora continua en la promoción de la salud, la seguridad y el bienestar, desde el abordaje de cuatro aspectos principales:

- El entorno físico de trabajo.
- El entorno psicosocial de trabajo.
- Los recursos personales de salud en el entorno laboral.
- La participación de la empresa en la comunidad.

El modelo de organizaciones saludables y resilientes, denominadas HERO (Healthy and Resilient Organizations) (Salanova *et al.*, 2013) desde la propuesta de la psicología positiva, describe que en estas organizaciones se evidencian tres aspectos:

- **Prácticas organizacionales saludables entre las que se citan:** la presencia del apoyo social en los grupos de trabajo y el liderazgo transformacional.
- **Equipos de trabajo saludables:** trabajadores comprometidos con su trabajo.
- **Desempeños saludables:** actividades que evidencian responsabilidad social empresarial.

Estos dos modelos consideran que la filosofía de trabajo busca el desarrollo de las personas más allá de la eficacia de su trabajo y propone acciones para crear una cultura que promueva la salud y el bienestar en los lugares de trabajo. Por esta razón se consideran los espacios de trabajo y las formas de interacción y de relación funcional y personal (y el desarrollo de liderazgo transformacional) que proponen los dos modelos para crear organizaciones saludables.

Adicionalmente se precisa un abordaje de los procesos cognitivos¹ con el fin de ofrecer herramientas a los trabajadores para que faciliten un desempeño más eficiente frente a los picos de carga mental de los cargos del sector financiero. El abordaje de dichos procesos requiere una perspectiva integradora, dado que se impactan tanto procesos básicos como superiores.

Los procesos cognitivos básicos se entienden como sensoriales mientras que los superiores se entienden racionales. En este sentido, forman parte de los primeros la sensación, percepción, atención, concentración y memoria; y forman parte de los segundos el pensamiento, el lenguaje y la inteligencia. Ambos tipos de procesos funcionan de forma conjunta y se encuentran mediados por los procesos afectivos y motivacionales.

El presente protocolo propone un trabajo preventivo centrado en el desarrollo de habilidades en los jefes y de fortalecimiento de los procesos cognitivos en los trabajadores, pero considera la intervención secundaria de forma simultánea, dado que además de intervenir condiciones de trabajo, propone acciones para el desarrollo de habilidades en las personas, inclusive considera acciones de fortalecimiento de la cultura de trabajo para evitar recaídas o casos de enfermedad.

1. Abordados desde la psicología cognitiva, Meza (2005) y Ortiz (2009) describen que, a pesar de la falta de acuerdo definitivo en este concepto, los procesos cognitivos son descritos como un sistema cuya función se centra en facilitar al ser humano la adaptación a las demandas del ambiente.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El protocolo de intervención de factores psicosociales para trabajadores del sector financiero contempla una serie de actividades que se desarrollan desde las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, como respuesta a la necesidad de optimizar el desempeño cognitivo requerido para responder a las exigencias de carga mental propias del trabajo, así como al reto de afianzar el rol transformador de los líderes.

Las actividades propuestas despliegan una serie de pasos para fortalecer en los trabajadores las habilidades de atención, concentración, memoria y asociación, con la finalidad de facilitar el manejo de información en las actividades de mayor exigencia cognitiva.

El despliegue de acciones requiere la participación permanente de los trabajadores y el monitoreo del área de gestión del talento humano (o quien haga sus veces), unidad que debe considerar el cumplimiento de las actividades, la participación continua de los trabajadores, el análisis de errores críticos² que generan quejas, reclamaciones, lentitud en el servicio, y por ende impacto negativo en la imagen y prestigio de la organización.

2. Información errada a clientes, cambio de cifras en operaciones, descuadre de caja, aprobaciones erróneas, etc.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

En razón de lo anterior se requiere el compromiso de los jefes para asegurar la participación de sus grupos de trabajo en las actividades conducentes al desarrollo de competencias cognitivas.

Como se expresó previamente, las actividades que conforman esta estrategia de intervención tienen un enfoque de prevención mixto (primario – secundario), pues desarrollan actividades de gestión organizacional para promover ambientes saludables, pero simultáneamente intervienen los procesos cognitivos en los individuos para facilitar el manejo eficiente de las demandas mentales (atención, concentración, memoria y asociación) que se requieren para gestionar información precisa y bajo presión de tiempo (que exigen uso de los procesos cognitivos superiores de lenguaje, pensamiento e inteligencia), con el fin de prevenir la aparición de efectos en salud y en la organización.

El despliegue del protocolo exige un tiempo de seguimiento a cada trabajador, lo que demanda recursos. Al respecto se recomienda que la implementación se realice por grupos de áreas, oficinas o procesos, por cuanto el seguimiento a grupos numerosos requiere de recursos adicionales.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

Personal del área de gestión del talento humano y personal encargado de la prevención de enfermedades laborales dentro del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo.

Adicionalmente son usuarios de este protocolo los asesores en desarrollo de liderazgo y los prestatarios de servicios de seguridad y salud en el trabajo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Crear hábitos personales y de gestión organizacional que promuevan el trabajo saludable, a partir del desarrollo de competencias en los jefes como agentes de transformación organizacional y del desarrollo de competencias cognoscitivas en el personal que desempeña los cargos con mayor demanda de carga mental (exigencias de atención, concentración y memoria, así como el uso de información compleja, simultánea, detallada y bajo presión de tiempo).

Específicos

- Crear en el grupo de líderes (área, proceso, oficina u otro que defina la organización) un perfil motivador y orientador, con el fin de empoderar a los grupos de trabajo en el mejoramiento continuo de su gestión.
- Fortalecer en los grupos de trabajo (por área, proceso, oficina u otro que defina la organización) habilidades cognoscitivas para atender las exigencias de carga mental propia de sus tareas.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.2 Población objeto de la estrategia

Trabajadores que desarrollan actividades que demandan alta precisión y exigencia de concentración (cajeros de bancos, auxiliares de nómina, auxiliares de seguimiento crediticio, etc.). Jefes de áreas, departamentos u oficinas (gerentes, directores, coordinadores, etc.).

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

La presente estrategia está diseñada para ser utilizada de una parte con los jefes y de otra con el personal cuyo cargo tenga alta demanda de carga mental identificada a través del diagnóstico de factores psicosociales.

Las herramientas que utiliza la estrategia permiten intervenir tanto el estilo de liderazgo de los jefes como el desarrollo de habilidades en diversos trabajadores cuyos cargos implican alta precisión. De forma adicional, la estrategia contribuye a prevenir la fatiga y los errores causados por exigencias cognoscitivas.

Si bien esta estrategia busca hacer un abordaje integral de unas dificultades recurrentes, la misma no es exhaustiva. Para abordar otras necesidades de intervención psicosocial se recomienda consultar el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos.

Limitaciones

Dado que la intervención consiste en un proceso de desarrollo de habilidades, se requiere para su efectividad que las personas se desempeñen en cargos estables. De otra parte, el seguimiento de los resultados es fundamental, por lo que las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo, deben destinar recursos para el seguimiento al avance del proceso y la atención a las oportunidades de mejora.

Así mismo, el desarrollo de los procesos cognitivos y de liderazgo requieren acciones complementarias de refuerzo en el mediano y largo plazo para visibilizar y mantener sus beneficios en el tiempo.

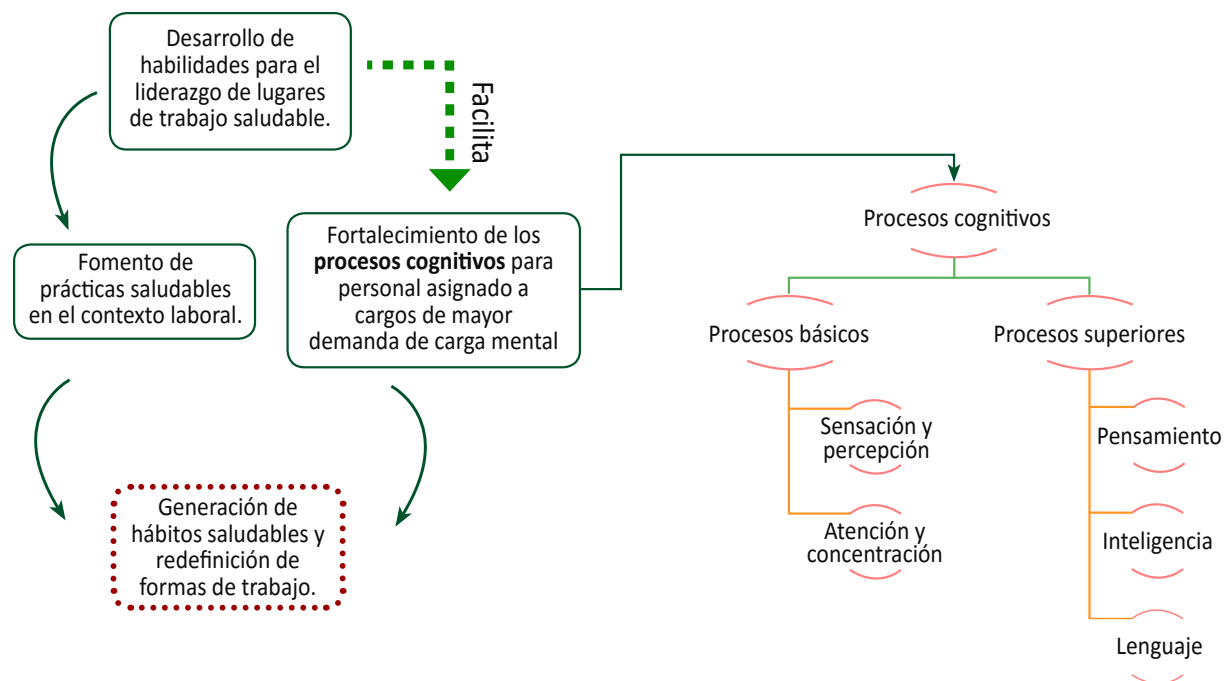
5.4 Implementación de la estrategia

El mejoramiento en la gestión del liderazgo y el desarrollo de habilidades para el manejo de las demandas mentales en el trabajo en el sector financiero implica la implementación de una serie de acciones que involucran a distintas unidades de la organización:

El proceso comienza con el desarrollo del liderazgo transformacional en los jefes de las áreas. La organización puede considerar este despliegue a todos los jefes o comenzar por un grupo particular. Es importante considerar que deben estar incluidos los jefes de los grupos en los que se va a trabajar para el fortalecimiento de los procesos mentales básicos y superiores, por cuanto se trata de acciones conjuntas que generan beneficios mutuos. En segundo lugar se realiza una acción para el desarrollo de habilidades en los trabajadores asignados a cargos con altas demandas de carga mental.

La figura 1 muestra el mapa conceptual que resume la estrategia para la *Gestión del liderazgo y las demandas mentales en el trabajo* en trabajadores del sector financiero.

Figura 1. Gestión del liderazgo y las demandas mentales en el trabajo



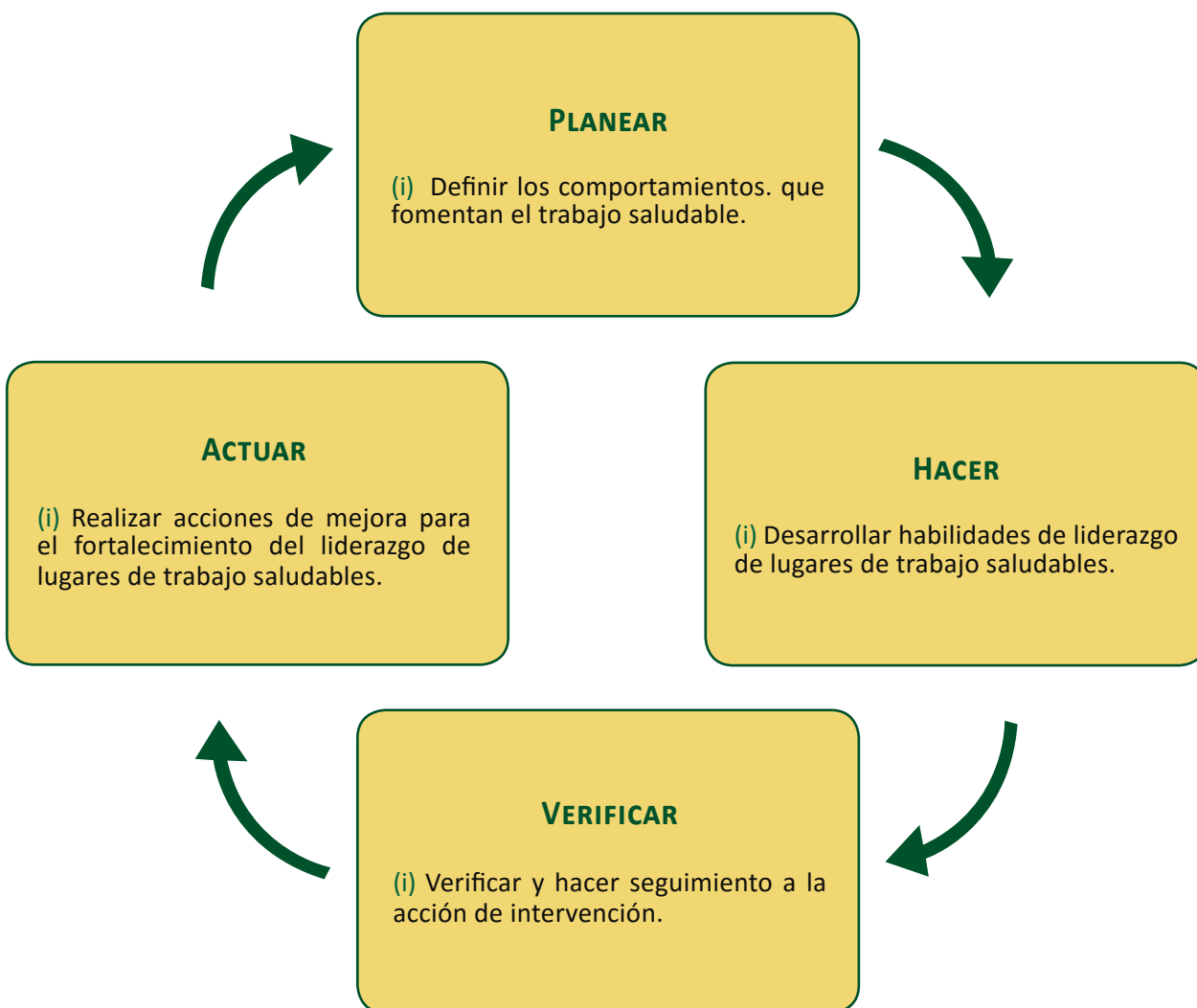
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

A continuación se describen las acciones de la estrategia, las cuales deben implementarse de forma secuencial (primero la acción de desarrollo de habilidades de liderazgo de lugares de trabajo saludables y después el fortalecimiento de procesos cognitivos).

5.4.1 Desarrollo de habilidades de liderazgo de lugares de trabajo saludables

Esta primera acción busca fomentar en los líderes aquellos comportamientos que fortalecen el trabajo saludable, de forma que faciliten el desarrollo de habilidades en sus colaboradores.

Figura 2. Desarrollo de habilidades de liderazgo de lugares de trabajo saludables



5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Hacer Hacer Hacer

(i) Desarrollar habilidades de liderazgo de lugares de trabajo saludables

Para que los líderes desarrollen sus habilidades de liderazgo en búsqueda de una cultura de trabajo saludable, se propone que durante un año se realice un acompañamiento sistemático, mediante sesiones individuales (mensuales) y grupales (trimestrales) por parte del área de gestión de talento humano o de un asesor (según sea el caso).

En estos acompañamientos cada jefe identifica y demuestra comportamientos que promueven hábitos de trabajo saludable (por ejemplo: participa durante las pausas activas, propicia encuentros para tomarse un café con un trabajador a cargo para reconocer la mejor práctica saludable del mes, etc.). Como parte del acompañamiento los jefes reciben retroalimentación para la mejora.

Verificar Verificar Verificar

(i) Verificar y hacer seguimiento a la acción de intervención

Trimestralmente el área de gestión del talento humano y el asesor (si es el caso), realizan una sesión con los jefes que han recibido el acompañamiento, para conocer avances y barreras en el ejercicio del liderazgo orientado hacia el fomento de lugares de trabajo saludables. Los resultados del seguimiento se documentan y este registro sirve como línea de base para evaluar el avance de la intervención.

La intervención también se evalúa mediante el seguimiento a la gestión de los jefes, para lo cual esquemas como la evaluación de 360 grados puede ser de utilidad porque permiten la participación de los colaboradores en el seguimiento a la gestión de sus jefes.

La acción de intervención misma se evalúa con indicadores de cobertura, calidad e impacto.

(i) Realizar acciones de mejora para el fortalecimiento del liderazgo de lugares de trabajo saludables

Cuando se observen mejoras porque el jefe demuestra un aumento de la frecuencia de comportamientos de liderazgo potenciadores de una cultura de trabajo saludable, conviene que se hagan reconocimientos institucionales a aquellos que demuestren los mayores progresos. En caso contrario, el área de gestión del talento humano define e implementa un acompañamiento específico al a quien así lo requiera.

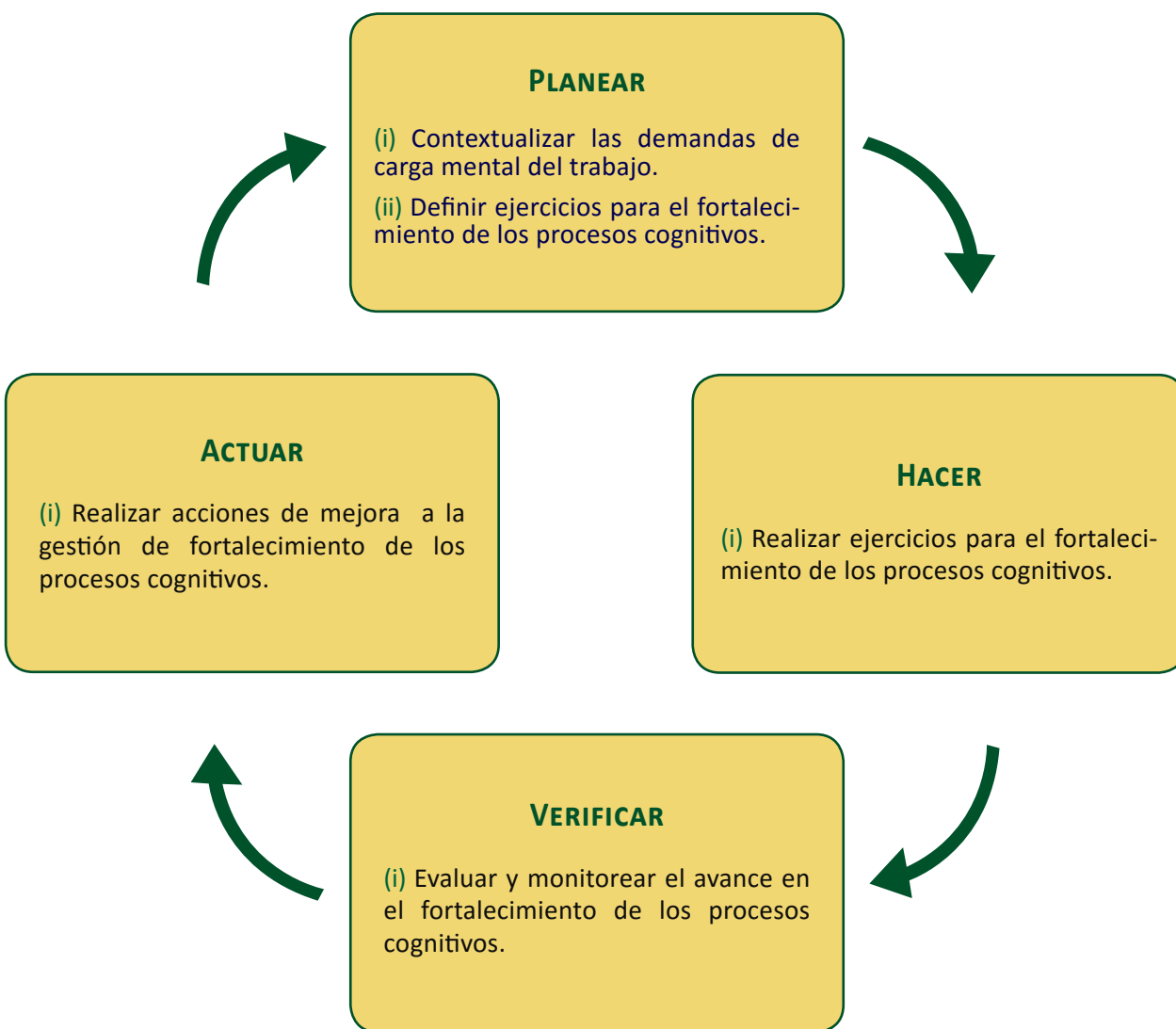
Los resultados obtenidos con la evaluación de la intervención orientan también otras acciones de mejora en aspectos relativos a cobertura, calidad e impacto.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.4.2 Fortalecimiento de los procesos cognitivos

Esta acción requiere un despliegue de actividades con la aprobación de los jefes, la participación de los trabajadores y el acompañamiento del área de gestión del talento humano y de un asesor. Es también indispensable que un representante del área de seguridad y salud en el trabajo participe desde la planeación hasta la fase del actuar.

Figura 3. Fortalecimiento de los procesos cognitivos



(i) Contextualizar las demandas cuantitativas y mentales del trabajo

Para contextualizar el despliegue de actividades que un área, proceso o tipo de cargo requieren para atender la necesidad de atender las demandas mentales, primero debe tenerse una línea de base de los siguientes aspectos:

- Picos de trabajo en la jornada ordinaria (por aumento en la velocidad o en el número de operaciones en un período de tiempo, así como el aumento de la frecuencia de tareas que requieren traer a la memoria datos y hechos precisos para dar respuesta en tiempos cortos, o para hacer cálculos bajo presión de tiempo, etc.).
- Procesos mentales básicos y superiores más recurrentes durante los picos de trabajo (atención a detalles o a información específica, concentración, discriminación de estímulos, cálculo matemático, memoria, etc.) y manejo de información (simultánea, compleja, detallada, en otro idioma, etc.), que exigen solución de problemas (uso del pensamiento, la inteligencia y el lenguaje).
- Nivel de desarrollo en los procesos cognitivos de las personas asignadas a los cargos que se van a intervenir. Para hacer esta caracterización es importante consultar la información de la evaluación de la gestión de las personas que se incluirán en la intervención, o en su defecto se omite este paso y se toma como línea de base la primera medición de uso de los procesos cognitivos que se realiza en la fase “hacer”.
- Errores más frecuentes y más críticos durante las actividades (por alto impacto en el proceso, en costos, en quejas de clientes y en reputación organizacional, entre otros). Las fuentes de información pueden provenir de la evaluación de la gestión, las quejas de clientes o de otras unidades, demandas, resultados de auditorías, información recogida como parte del proceso de gestión del cambio, acciones preventivas y correctivas, etc.
- Controles existentes para disminuir errores y mecanismo de funcionamiento (alarmas desde procesos sistematizados, aprobaciones de otras instancias, procedimientos, etc.).

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Los productos de esta fase son los siguientes:

- Identificación de las tareas que requieren mayor desarrollo de los procesos cognitivos correspondientes por cargo o por área.
- Identificación de la línea de base de los tipos de errores más frecuentes por cargo o por área. En el análisis de los errores es importante identificar aquellos que corresponden a tareas que no están controladas por el proceso, por ejemplo aquellas que no tienen doble verificación, soporte de software, o firma de otras instancias, entre otros, pues serán estas las que requieren monitoreo más específico.

(i) Definir ejercicios para el fortalecimiento de los procesos cognitivos

Los ejercicios son prácticas que facilitan el fortalecimiento de los procesos cognitivos al estimular diferentes procesos mentales. Para llegar a la formulación de los ejercicios se realizan secuencialmente las siguientes actividades:

- Una vez se hayan establecido los cargos o áreas a intervenir y los procesos cognitivos que se van a desarrollar, primero se estructuran ejercicios de diferente nivel de dificultad para los procesos cognitivos básicos (sensación, percepción, atención, concentración, memoria, que se han identificado en la fase de planear) y después para los procesos cognitivos superiores (pensamiento, inteligencia, lenguaje). Estos ejercicios pueden crearse ejercicios con la orientación de un consultor (psicólogo, neurólogo, neuropsicólogo, etc.).
- Es recomendable que el diseño de los ejercicios busque recrear tareas o actividades en las que los trabajadores han cometido errores con el fin de fortalecer los procesos cognitivos asociados a dichas tareas.
- El uso de los ejercicios en términos de acceso, automonitoreo del mejoramiento, continuidad y evaluación del impacto, los cuales se ven reflejados en la fase de verificación mediante indicadores que incluyen, entre otros, la disminución de errores.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Verificar Verificar Verificar Verificar

(i) Evaluar y monitorear el avance en el fortalecimiento de los procesos cognitivos

En la medida en que los trabajadores (líderes y colaboradores) realizan sus ejercicios, es necesario considerar la evaluación del impacto o resultado, además de la evaluación de la cobertura (estructura) y del avance (proceso).

La medición del fortalecimiento de los procesos cognitivos en los trabajadores puede obtenerse a partir de diferentes criterios. Inicialmente se debe asegurar la participación de las personas en las actividades diseñadas, para facilitar la recolección de información para generar la línea de base.

Una vez asegurado este aspecto, la realización de las actividades permitirá monitorear el avance en el desarrollo de los procesos cognitivos que han estado involucrados en los errores en el desempeño del personal. Es entonces cuando puede medirse la disminución en la frecuencia de errores reportados desde distintas fuentes (quejas de clientes, acciones correctivas, reprocesos, etc.) y medir el avance del desempeño de los trabajadores.

Actuar Actuar

(i) Realizar acciones de mejora al proceso de fortalecimiento de los procesos cognitivos

Durante el avance del personal se sugiere diseñar y generar un sistema de reconocimiento por los avances en el fortalecimiento de los procesos cognitivos, con posibilidad de postulación a jefes y colaboradores.

De otra parte es importante implementar acciones de mejora al proceso de intervención para consolidarlo como una estrategia permanente para la intervención de la carga mental.

5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

Para conocer la eficacia de la aplicación del presente protocolo se recomienda medir aspectos cualitativos y cuantitativos como los siguientes:

- **Cumplimiento (proceso):** realización de todas las sesiones de trabajo establecidas para las poblaciones objeto (jefes y personal de los grupos de trabajo a cargo).
- **Cobertura:** participación de las poblaciones objeto en las actividades secuenciales propuestas para ellos.
- **Aumento de la eficacia** de las operaciones o procesos (resultado), mediante la verificación de la reducción de errores por equivocaciones de los trabajadores.
- **Aumento de evaluaciones satisfactorias** de los jefes en el seguimiento de su gestión del desempeño (resultado).

6. GLOSARIO

Apoyo social: Las relaciones interpersonales que establecen las personas en los distintos ambientes en los que opera (familiar, laboral) se configuran en elementos importantes en cuanto que cumplen una serie de funciones que, en última instancia, van a determinar la existencia de problemas o, por el contrario, de satisfacción (Pérez y Martín, 1997).

Alta dirección: persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

Atención y concentración: la atención se refiere a la capacidad de aplicar voluntariamente el entendimiento a un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración, mientras que la concentración se refiere al aumento de la atención sobre un estímulo en un espacio de tiempo específico, lo que supone que estos dos conceptos forman parte de un mismo proceso (Ortiz, 2009).

Capacitación: adquisición sistemática de actitudes, conceptos, conocimientos, roles o habilidades con los que se obtiene una mejoría del desempeño del trabajo (Carnevale y Goldstein, 1991). La capacitación está dirigida a elevar los niveles de competencia de las personas para el desempeño de las labores relacionadas con el proceso de producción de determinados bienes o servicios, para la gestión de ese mismo

proceso, y para las tareas que implica su propio bienestar y desarrollo. Las técnicas de capacitación no solamente incluyen las tradicionales de tipo presencial como cursos, talleres, seminarios, etc., sino también las que han sido desarrolladas más recientemente, como las técnicas derivadas a partir de la educación a distancia (Cinterfor / OIT, 1996).

Ciclo PHVA: “procedimiento lógico y por etapas que permite el mejoramiento continuo a través de los siguientes pasos: (i) Planificar: se debe planificar la forma de mejorar la seguridad y salud de los trabajadores, encontrando qué cosas se están haciendo incorrectamente o se pueden mejorar y determinando ideas para solucionar esos problemas. (ii) Hacer: implementación de las medidas planificadas. (iii) Verificar: revisar que los procedimientos y acciones implementados están consiguiendo los resultados deseados. (iv) Actuar: realizar acciones de mejora para obtener los mayores beneficios en la seguridad y salud de los trabajadores” (Decreto 1072 de 2015).

Coaching: Según la *International Coach Federation*, se entiende como la relación profesional continuada desde el entrenamiento de persona en persona y de grupo en grupo, para desarrollar el potencial individual frente a determinadas situaciones; ayuda a obtener resultados extraordinarios en la vida, profesión, empresa o negocios. En este proceso, la persona profundiza en su conocimiento, aumenta su rendimiento y mejora su calidad de vida⁴.

Competencia: combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos (Irigoin y Vargas, 2002).

Dimensión: agrupación de condiciones psicosociales que constituyen un sólo factor. El modelo conceptual de la *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* contempla 19 dimensiones de factores intralaborales y 7 dimensiones de factores extralaborales (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de capacitación: actividades de inducción, entrenamiento y formación que la organización brinda al trabajador con el fin de desarrollar y fortalecer sus conocimientos y habilidades (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

4. Disponible en: <http://www.icf-es.com/mwsicf/sobreicf/definicion-coaching-icf-espana>

6. GLOSARIO

Dimensión de características del liderazgo: atributos de la gestión de los jefes inmediatos en relación con la planificación y asignación del trabajo, consecución de resultados, resolución de conflictos, participación, motivación, apoyo, interacción y comunicación con sus colaboradores ((Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas de carga mental: las exigencias de carga mental se refieren a las demandas de procesamiento cognitivo que implica la tarea y que involucran procesos mentales superiores de atención, memoria y análisis de información para generar una respuesta. La carga mental está determinada por las características de la información (cantidad, complejidad y detalle) y los tiempos de que se dispone para procesarla (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

Dimensión de demandas emocionales: situaciones afectivas y emocionales propias del contenido de la tarea que tienen el potencial de interferir con los sentimientos y emociones del trabajador. La exposición a las exigencias emocionales demandan del trabajador habilidad para: a) entender las situaciones y sentimientos de otras personas y b) ejercer autocontrol de las emociones o sentimientos propios con el fin de no afectar el desempeño de la labor ((Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010).

EC: Establecimientos de crédito (Decreto 663 de 1993. Estatuto Orgánico del Sistema Financiero).

ESF: Entidades de servicios financieros (Decreto 663 de 1993. Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. República de Colombia).

Estrés: respuesta de un trabajador tanto a nivel fisiológico, psicológico como conductual, en su intento de adaptarse a las demandas resultantes de la interacción de sus condiciones individuales, intralaborales y extralaborales (Resolución 2646 de 2008).

Factores de riesgo: condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (Organización Mundial de la Salud. (s.f).

Factores de riesgo psicosocial: condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo (Resolución 2646 de 2008).

Factores psicosociales protectores o benéficos: condiciones de trabajo que promueven la salud y el bienestar del trabajador (Resolución 2646 de 2008).

Formación: conjunto de acciones orientadas a generar cambios en la actuación laboral de los empleados; la definición implica que los trabajadores dominen los cometidos, competencias y tareas que afrontan en el lugar de trabajo en el sentido de que formarse es una apuesta a completarse a sí mismo en el lugar de trabajo (Avallone, 1989, citado por Llorens, s.f.).

Indicador: expresión cuantitativa o cualitativa del comportamiento o el desempeño.

Indicadores de estructura: medidas verificables de disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender demandas y en seguridad y salud en trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de proceso: medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: medidas verificables en los cambios alcanzados en el periodo definido, teniendo como base la programación y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión (Decreto 1072 de 2015).

Inducción: constituye el principal método de aculturación de los nuevos participantes en las prácticas corrientes de la organización. El programa de integración busca que el nuevo participante asimile de manera intensiva y rápida, en situación real o de laboratorio, la cultura de la organización, y se comporte de ahí en adelante como miembro de la organización (Chiavenato, 2009).

Inteligencia: dentro de los procesos cognitivos superiores, es el más complejo y su definición no ha tenido acuerdo definitivo entre expertos. Se precisa que más allá de una categoría independiente y discontinua de los procesos cognitivos, resulta, como afirma Piaget (1970), citado por Merani (1979), en una forma de equilibrio hacia la que tienden las demás estructuras mentales. En este sentido, las acepciones de la inteligencia, según De Zubiría, citado por Merani (1979), pueden ser tres: “(1) categoría de actos distinguidos de las actividades automáticas o instintivas; (2) facultad de conocer o comprender, y (3) rendimiento general del mecanismo mental” (Merani, 1979); cualquiera de ellas integradas en una capacidad para resolver problemas del entorno y de la relación con otros (Ortiz, 2009).

6. GLOSARIO

Lenguaje: entendido como la capacidad de expresar el pensamiento o la indicación de una conducta por medio de sonidos, los cuales resultan comprensibles para otros (Merani, 1979).

Memoria: proceso cognitivo consciente que funciona con el fin de retener, evocar y reconocer hechos y datos pasados, los cuales están relacionados con el grado de interés, atención y operativas del cerebro (Enciso, 2004, citado por Ortiz, 2009).

Mejora continua: proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión la Seguridad y Salud en el Trabajo, para lograr mejoras en desempeño en el campo, de forma coherente con la política de Seguridad y Salud en Trabajo (SST) de la organización (Decreto 1072 de 2015).

Pensamiento: se refiere al uso consciente o inconsciente de información para crear nueva información útil para el sujeto (Ortiz, 2009).

Percepción: se refiere a la organización e interpretación de la información que llega del ambiente, convirtiéndose en la representación consciente del entorno (Ortiz, 2009).

Perfil motivador: formas de comportamiento características de los estilos de liderazgo transformacional, desde las cuales se busca generar compromiso y gusto por el trabajo realizado.

Población objeto: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales, a quien(es) se dirige la acción propuesta con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o trastorno de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad (OMS, 1998).

Prevención secundaria: medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o trastorno de salud ya presente en un individuo, mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Tiene por objetivos atender, limitar o controlar la enfermedad, es decir reducir la prevalencia de la enfermedad (OMS, 1998).

Prevención terciaria: medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de secuelas de una enfermedad o trastorno de salud. Tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de la persona enferma, refuncionalizar y revitalizar (OMS, 1998).

Promoción de la salud: Actividades que tiene por objeto a promover actitudes, conductas y comportamientos para que las personas orienten su forma de vida hacia un estado óptimo de salud. Los programas de alimentación saludable, actividad física y ejercicio son ejemplo de actividades de promoción encaminadas a mantener y mejorar las condiciones de salud (OMS, 1998).

Procesos cognitivos básicos: son aquellos que permiten la recepción, registro y almacenamiento de la información, presentes en humanos y en animales (Meza, 2005).

Procesos cognitivos superiores: son aquellos que permiten un manejo de la información a nivel simbólico; son característicos de los seres humanos (Meza, 2005).

RSF: Red de Seguridad del Sistema Financiero en Colombia. Se refiere al conjunto de normas, procedimientos, mecanismos e instituciones que se creó con el propósito de preservar la estabilidad del sistema financiero (Decreto 663 de 1993. Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. República de Colombia).

Resiliencia: concepto adoptado por la psicología para referir la capacidad de los seres vivos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas como la muerte de un ser querido, accidentes, vivencias traumáticas, etc.⁵

Riesgo: combinación de la probabilidad de que ocurra una o más exposiciones o eventos peligrosos y la severidad del daño que puede ser causada por estos (Decreto 1072 de 2015).

Sensación: entendida como el efecto inmediato de los estímulos en el organismo que está constituida por procesos fisiológicos simples, siendo la primera etapa de reconocimiento que hace el cerebro (Ortiz, 2009).

SFC: Superintendencia Financiera de Colombia (Decreto 663 de 1993. Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. República de Colombia).

Unidad de análisis: se refiere a la clasificación de la población para determinar los tipos de procesos mentales que serán desarrollados en el personal. Esta clasificación es decidida por la organización según administre sus procesos: puede tener establecidos cargos tipo (por operaciones), áreas de trabajo (que desarrollan un tipo de proceso), por proceso de trabajo (que se encargan de asegurar un producto o servicio), etc.

5. Adaptado de American Psychological Association. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>

7. BIBLIOGRAFÍA

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2003). Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/309>

American Psychological Association. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino.aspx>

Carnevale, A. P. y Goldstein, H. (1991). Schooling and training for work in America: an overview. New developments in worker training: a legacy for the 1990s. Disponible en: <http://50.87.169.168/OJS/ojs-2.4.4-1/index.php/LERAMR/article/download/1170/1156#page=117>

Chiavenato, I. (2009). Gestión del talento humano. México: Mc Graw Hill.

Cinterfor / Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1996). Formación y trabajo: de ayer para mañana. Disponible en: <http://www.campus-oei.org/oeivirt/fp/cuad1a07.htm>

de Arquer, M. I. y Nogareda, C. (2004). NTP 659: Carga mental de trabajo: diseño de tareas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT).

Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/601a700/ntp_659.pdf

Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.

Díaz-Cabrera, D., Hernandez-Fernaund, E. y Rolo-Gonzalez, G. (2009). Escala subjetiva de carga mental. Canarias: Instituto Canario de Seguridad Laboral.

Estatuto Orgánico del Sistema Financiero. Colombia. Disponible en: <https://www.superfinanciera.gov.co/SFCant/Normativa/NormasyReglamentaciones/temasespecificos.pdf>

Fernández, L. (2010). Modelo de intervención en crisis. En busca de la resiliencia personal. Disponible en: <https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>

García, O. y Del Hoyo, M. (2002). La carga mental: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/FONDO%20HISTORICO/DOCUMENTOS%20DIVULGATIVOS/DocDivulgativos/Psicopsicologia/La%20carga%20de%20trabajo%20mental/carga%20mental.pdf>

Gil, Á., Ruiz-López, M. D., Fernández-González, M. y de Victoria, E. M. (2015). Guía FINUT de estilos de vida saludable: más allá de la pirámide de los alimentos. *Nutrición Hospitalaria* 31(05): 2313-2323.

International Coach Federation. Disponible en: <https://www.coachfederation.org/>

Irigoin, M. y Vargas, F. (2002). Competencia laboral. Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Oficina Internacional del Trabajo, Cinterfor. Primera edición, Montevideo. Disponible en: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/man_ops.pdf

Llorens, S. (s.f.). Significado y actitudes de la formación continua: Un estudio cualitativo en el sector metal – mecánico. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/80389/forum_1997_12.pdf?sequence=1

Llorens, S., Salanova, M. y Losilla, J. (2009). Liderazgo transformacional y capital psicológico positivo: un estudio de caso en una empresa de construcción. *Revista Directivos de la Construcción* 220: 48-55.

Llorens, S., Salanova, M. y Rodríguez, A. M. (2013). How is flow experienced and by whom? Testing flow among occupations. *Stress and health* 29(2): 125-137.

Merani, A. (1979). Diccionario de Psicología. (3ª ed.) Argentina: Editorial Grijalbo.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Meza, A. (2005). El doble estatus de la psicología cognitiva: como enfoque y como área de investigación. *Revista de Investigación en Psicología* 8(1): 145-163. Disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4242>
- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana. (2010). Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Nogareda, S. y Bestratén, M. (2011). NTP 916: El descanso en el trabajo (I): Pausas. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NTP/NTP/Ficheros/891a925/916w.pdf>
- Observatorio de Riesgos Psicosociales. (2011). Guía para la prevención de Riesgos Psicosociales en Bancos y Cajas. Madrid. Disponible en: http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/cuader_guias/2011_Guia_sectorial_Prev_RPS_banco_cajas.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la Salud - Glosario. Disponible: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: Fundamentos y modelo de la OMS. Contextualización, prácticas y literatura de apoyo. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Factores de riesgo. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Ortiz, A. (2009). Aprendizaje y comportamiento basados en el funcionamiento del cerebro humano: emociones, procesos cognitivos, pensamiento e inteligencia. Disponible en: <http://pdf-directory.org/ebook.php?id=8md4zRdV2kwC>
- Pérez, J. y Martín, F. (1997). NTP 439. El apoyo social. INSHT. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INSHT). Disponible en: http://www.preencionlaboral.org/pdf/NTP/ntp_439.pdf
- República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de

7. BIBLIOGRAFÍA

- Riesgos Profesionales. (2010). Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>
- República de Costa Rica, Ministerio de Salud. (2008). Metodología para la determinación de carga de trabajo: componente de apoyo a la gestión de recurso humano. Costa Rica: Ministerio de Salud.
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=31607>
- Salanova, M., Cifre, E., Llorens, S., Martínez, I. M. y Lorente, L. (2011). Psychosocial risks and positive factors among construction workers. Pp: 295-320. En: Burke, R. J., Clarke, S y Cooper C. L. Occupational health and safety: Psychological and behavioral aspects of risk.
- Salanova, M. y López-Zafra, E. (2011). Introducción: Psicología social y psicología positiva. *Revista de Psicología Social* 26 (3): 339-343.
- Salanova, M., Martínez, I. M. y Llorens, S. (2014). Una mirada más “positiva” a la salud ocupacional desde la psicología organizacional positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el equipo de investigación WoNT. *Papeles del Psicólogo* 35 (1): 22-30.
- Uribe-Escobar, J. D. (2013). El sistema financiero colombiano: estructura y evolución reciente (Nota editorial). *Revista del Banco de la República* 1023: 5-17. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/rbr_nota_1023.pdf

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
<p>Crear en el grupo de líderes (área, proceso, oficina u otro que defina la organización) un perfil motivador y orientador, con el fin de empoderar a los grupos de trabajo en el mejoramiento continuo de su gestión.</p>	<p>Definición de requisitos de liderazgo organizacional.</p>	Estructura	Lista de comportamientos gerenciales aprobada.	Gestión del Talento Humano	Semestral Anual
		Proceso	Número de líderes que participaron y definieron comportamientos de liderazgo promotores de lugares de trabajo saludables / Total de líderes participantes de las actividades.	Gestión del Talento Humano	Mensual
		Resultado	Aumento en el número de comportamientos de liderazgo de lugares de trabajo saludables evidenciados en la evaluación de la gestión.	Gestión del Talento Humano	Trimestral Anual

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Estructurar un proceso de trabajo entre el área de Gestión del Talento Humano, Seguridad y Salud en el Trabajo con apoyo de los jefes de área o de oficinas del sector financiero, para definir las metas de desarrollo de habilidades mentales de atención, concentración, memoria y análisis de los grupos de trabajo.	Contextualización de las demandas de carga mental.	Proceso	Listado de procesos mentales más relevantes por tarea.	Gestión del Talento Humano	Semestral Anual
	Definir ejercicios para el fortalecimiento de los procesos cognitivos.	Proceso	Listado de errores críticos relevantes.	Gestión del Talento Humano	Semestral Anual
		Proceso	Listado de ejercicios por proceso cognitivo.	Gestión del Talento Humano	Mensual Anual
Fortalecer en los grupos de trabajo (por área, proceso, oficina u otro que defina la organización) los procesos cognitivos para atender las exigencias de carga mental y emocional propia de sus tareas.	Realizar ejercicios para fortalecimiento de los procesos cognitivos básicos y superiores.	Proceso	Número de trabajadores cubiertos en ejercicios / Número de trabajadores definidos como objeto de formación.	Gestión del Talento Humano	Mensual Anual
	Evaluar el avance del proceso de fortalecimiento en los trabajadores.	Resultado	Número de errores críticos por unidad de análisis en el periodo anterior – Número de errores críticos por unidad de análisis en el periodo actual (puede calcularse por área o por trabajador).	Jefes (por oficina o área) Gestión del Talento Humano (consolidado)	Mensual Semestral Anual
	Evaluar la eficacia del proceso.	Resultado	Número de actividades con disminución de errores críticos durante 6 periodos continuos.	Jefes (por oficina o área) Gestión del Talento Humano (consolidado)	Semestral



9 789587 169577

Acoso laboral

Protocolo de prevención y actuación

ACOSO LABORAL. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN.

© 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

978-958-716-952-2

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Acoso laboral

Protocolo de prevención y actuación

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 Factores psicosociales relacionados con el efecto	12
2. MARCO DE REFERENCIA	15
2.1 Marco de referencia legal	15
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	17
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	20
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	21
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	22
5.1 Objetivos de la estrategia	22
5.2 Población objeto de la estrategia	22
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	22
5.4 Implementación de la estrategia	23
5.4.1 Actividades de prevención	23
5.4.2 Actividades de intervención	28
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	30
6. GLOSARIO	31
7. BIBLIOGRAFÍA	33
8. ANEXOS	36

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización de la problemática en salud

El acoso laboral (*mobbing*)¹, es un fenómeno que cada día toma mayor importancia dado los impactos que genera tanto en los trabajadores como en las empresas. Se define como “toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre el empleado o trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo o inducir a la renuncia del mismo” (Ley 1010 de 2006). Las “conductas” incluyen tanto comportamientos activos como gritos, murmuraciones, insultos e incluso agresión física, entre otros; y pasivos como gestos de rechazo o desaprobación, no responder, no dar actividad al trabajador, entre otros. El término “persistente” determina que para que se configure el acoso es necesaria la reiteración de dichas conductas en un espacio de tiempo determinado.

El acoso laboral puede darse, entre otras, bajo las siguientes modalidades generales (Ley 1010 de 2006, art. 2):

1. Del inglés “to mob” que significa atacar, acosar u hostigar.

1. INTRODUCCIÓN

Maltrato laboral: todo acto de violencia contra la integridad física o moral, la libertad física o sexual y los bienes de quien se desempeñe como empleado o trabajador; toda expresión verbal injuriosa o ultrajante que lesione la integridad moral o los derechos a la intimidad y al buen nombre de quienes participen en una relación de trabajo de tipo laboral, o todo comportamiento tendiente a menoscabar la autoestima y la dignidad de quien participe en una relación de trabajo.

Persecución laboral: toda conducta cuyas características de reiteración o evidente arbitrariedad permitan inferir el propósito de inducir la renuncia del empleado o trabajador, mediante la descalificación, la carga excesiva de trabajo o cambios permanentes de horario que puedan producir desmotivación laboral.

Discriminación laboral: todo trato diferenciado por razones de raza, género, origen familiar o nacional, credo religioso, preferencia política o situación social, o que carezca de toda razonabilidad desde el punto de vista laboral.

Entorpecimiento laboral: toda acción tendiente a obstaculizar el cumplimiento de la labor, hacerla más gravosa o retardarla con perjuicio para el trabajador o empleado. Constituyen acciones de entorpecimiento laboral entre otras, la privación, ocultación o inutilización de los insumos, documentos o instrumentos para la labor, la destrucción o pérdida de información, el ocultamiento de correspondencia o mensajes electrónicos.

Inequidad laboral: asignación de funciones a menosprecio del trabajador.

Desprotección laboral: toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del trabajador mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el trabajador.

En función del nivel jerárquico o cargo sobre quien(es) recae la calidad de persona(s) acosadora(s), el acoso laboral se clasifica en: acoso descendente, acoso horizontal, acoso ascendente y acoso mixto o complejo (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2009; Gobierno de El Salvador, 2013).

El acoso descendente o *bossing* corresponde a la forma de acoso más habitual. Se trata de un comportamiento en el que la persona que ostenta el poder, a través de desprecios, falsas acusaciones e incluso insultos, genera maltrato psicológico a un trabajador con el propósito de destacarse frente a sus subordinados, para mantener su posición jerárquica o simplemente como estrategia para deshacerse

de aquellos que no se atreve a despedir. En este tipo de acoso el trabajador agredido rara vez denuncia y soporta la situación por temor a ser despedido.

Cuando un trabajador se ve acosado por un compañero del mismo nivel jerárquico, se está ante un caso de acoso horizontal, el cual puede producirse por conflictos personales, o bien porque alguno de los miembros del equipo de trabajo no se acoge a las pautas de funcionamiento aceptadas por el resto. En ocasiones este tipo de acoso suele esconder la intención de superar al otro jerárquica o salarialmente, y generalmente consiste en eventos en los que se minimiza, ridiculiza o pone en evidencia a un compañero cuando este comete un error o incurre en una falta.

En el acoso ascendente, una persona que ostenta un rango jerárquico superior se ve agredida por uno o varios de sus subalternos. Generalmente se produce cuando las metas o los métodos de quien ostenta el cargo superior no son aceptados por los trabajadores que se encuentran bajo su dirección, porque el puesto es deseado por alguno de ellos, o cuando se es ascendido a un puesto de responsabilidad que otorga la capacidad de organizar y dirigir a sus antiguos compañeros. También, aunque en menor proporción, puede desencadenarse hacia aquellos jefes que presentan comportamientos autoritarios y son arrogantes en el trato.

El acoso mixto o complejo se presenta cuando comienza por la agresión de uno o varios de los compañeros de trabajo y posteriormente, cuando el conflicto es conocido por el(los) superior(es), este(os) no adopta(n) medidas para solucionarlo. También puede ocurrir de forma inversa, al comenzar como un acoso descendente, para posteriormente adicionarse situaciones de acoso por parte de los compañeros de trabajo.

Además existen modalidades de acoso que tienen un contexto propio como son el acoso discriminatorio, el sexual y el de género. El acoso discriminatorio tiene su origen en las diferencias que pueden existir entre las personas por razones de orientación sexual, raza, religión, ideología política o condición de discapacidad, entre otros (Gobierno de El Salvador, 2013). El acoso sexual es una modalidad de acoso laboral con formas específicas y consecuencias especiales por su efecto agresivo sobre la dignidad e intimidad, que en ocasiones puede llegar a generar estrés postraumático, en especial cuando el trabajador es víctima de una violación o de un intento de violación (Confederación de Empresarios de Málaga, 2013).

Generalmente el acoso sexual viene acompañado de algún tipo de chantaje; mediante esta práctica se suelen solicitar favores sexuales de forma más o menos abierta, a cambio de algún tipo de beneficio laboral o para evitar “consecuencias”

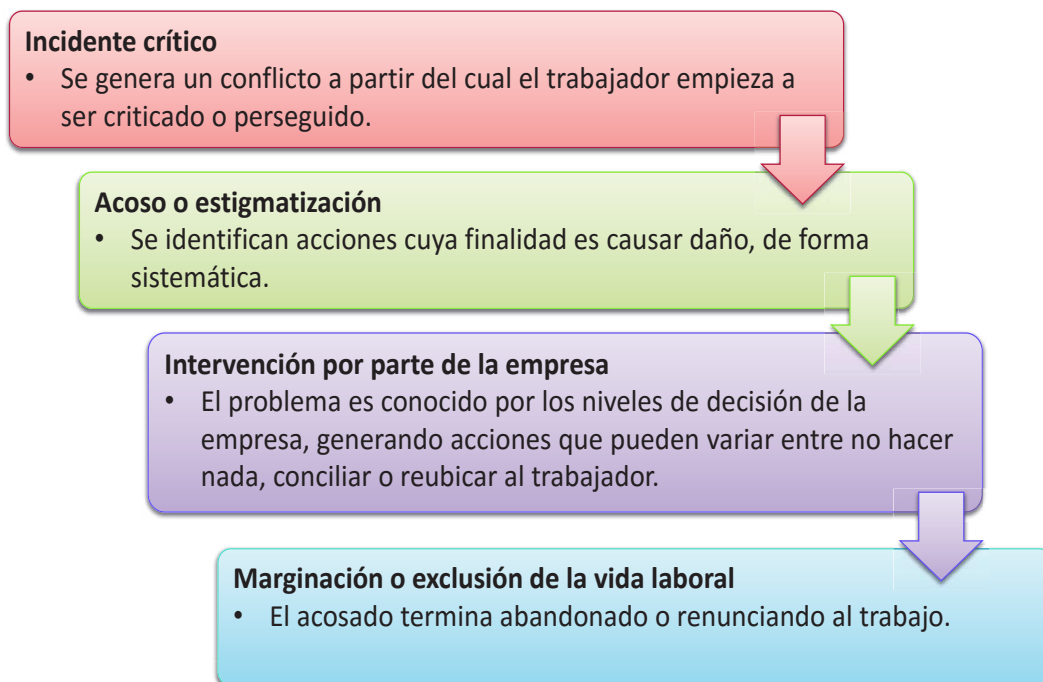
1. INTRODUCCIÓN

como el despido, el cambio de puesto de trabajo, cambios de turnos o de la jornada laboral.

Desde la perspectiva de género también puede ser considerado acoso laboral toda situación de desventaja a la que pueden verse expuestas las mujeres como consecuencia de relaciones desiguales de poder, participación desigual en actividades laborales, asignación de roles y funciones, o en virtud de ejercer o exigir derechos como el de maternidad y la lactancia (Gobierno del Salvador, 2013).

En el acoso laboral se encuentran presentes tres elementos: asimetría de las partes (la parte hostigadora tiene más recursos, apoyos o una posición superior a la del trabajador hostigado), intención de lesionar de forma deliberada, compleja, continua y sistemática, y daño en el trabajador. Suele cursar por cuatro etapas: incidente crítico, acoso o estigmatización, intervención por parte de la empresa y marginación o exclusión de la vida laboral, las cuales se esquematizan en la figura 1 (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2009).

Figura 1. Fases de desarrollo del acoso laboral.



El acoso laboral provoca alteración en las relaciones interpersonales, la organización del trabajo y el entorno laboral en su conjunto, afectando la calidad del trabajo y la salud de los agredidos, y aunque ante una situación de acoso la reacción de cada persona varía en función de sus características personales, las capacidades y recursos de afrontamiento o el apoyo social con el que cuente, el acoso laboral puede generar alteraciones psicósomáticas, conductuales, psicológicas (Tabla 1) (Cassitto *et al.*, 2004) e incluso, aunque no es lo usual, pueden ocurrir situaciones de violencia que generan daños físicos que varían en magnitud y severidad, desde lesiones menores hasta graves.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas del acoso laboral.

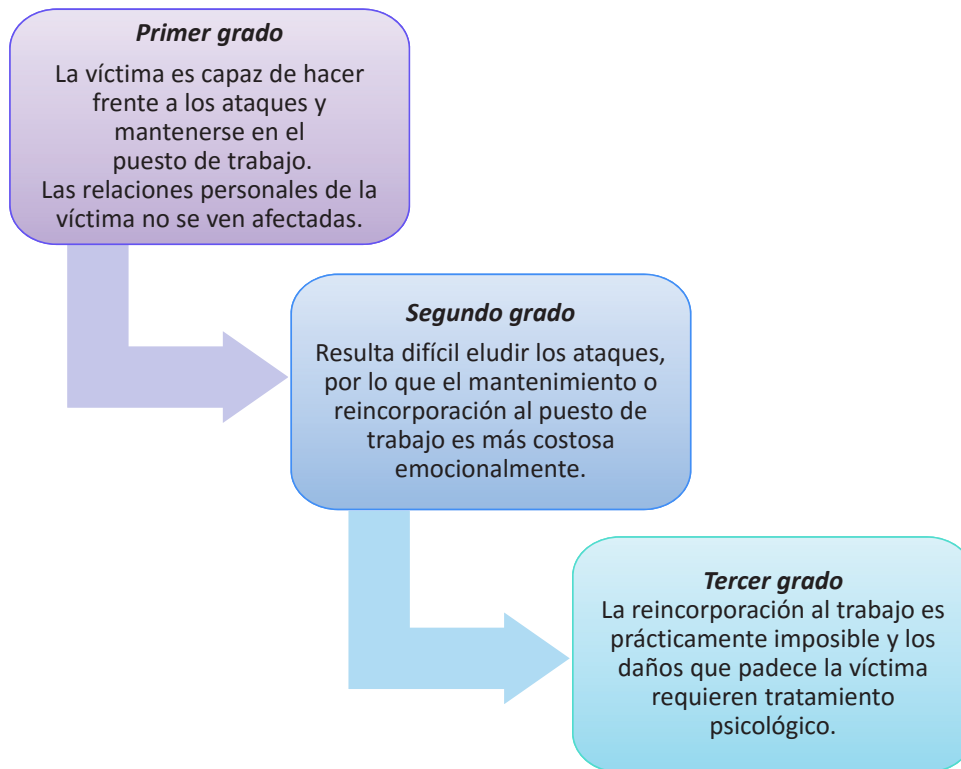
Psicopatológicas	Psicosomáticas	Comportamentales
<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones de ansiedad • Apatía • Reacciones de evasión • Problemas de concentración • Humor depresivo • Reacciones de miedo • Relatos retrospectivos • Hiperreactividad • Inseguridad • Insomnio • Pensamiento introvertido • Irritabilidad • Falta de iniciativa • Melancolía • Cambios de humor • Pesadillas recurrentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Ataques de asma • Palpitaciones cardíacas • Enfermedad coronaria • Dermatitis • Pérdida de cabello • Dolor de cabeza • Dolores articulares y musculares • Pérdida de balance • Migraña • Dolor estomacal • Úlceras estomacales • Taquicardia 	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciones auto y hetero-agresivas • Trastornos alimenticios • Incremento en el consumo de drogas y alcohol • Incremento en el consumo de cigarrillo • Disfunción sexual • Aislamiento social

Fuente: Cassitto *et al.*, 2004.

1. INTRODUCCIÓN

En función de la intensidad, duración y frecuencia con la que aparecen las diferentes conductas constitutivas de acoso laboral se pueden establecer tres grados de acoso laboral (Figura 2) (Llorente, 2014).

Figura 2. Grados de acoso laboral



Fuente: Llorente, 2014.

En conclusión, el acoso laboral constituye un tipo de conducta que se puede presentar en cualquier empresa del sector público o privado, independientemente del tamaño y de la actividad económica a la que se dedique, y mediante el cual, de manera recurrente o sistemática, se ejercen contra un trabajador actos de violencia (psicológica o física), encaminados a acabar con su reputación profesional o autoestima, generando pérdida de la productividad, detrimento del clima laboral y de la imagen de la empresa, ausentismo, accidentes y enfermedad laboral.

1.2 Factores psicosociales relacionados con el efecto

De acuerdo con la Asociación Colombiana de Psiquiatría, para el 2012 se estimaba que alrededor del 19 % de los trabajadores del país (uno de cada cinco) eran víctimas de comentarios despectivos, amenazas personales, humillación pública o

tácticas de intimidación, situaciones consideradas como de acoso laboral (Redacción Salud, 2012).

Un informe de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control del Ministerio del Trabajo (Ministerio del Trabajo, 2014b), indica que el acoso laboral ha venido en aumento en los últimos años: en el 2013 se presentaron un total de 361 denuncias por acoso laboral, mientras que en el primer trimestre del 2014 se reportaron ante el Ministerio del Trabajo 346 solicitudes de investigación, de las cuales 155 fueron presentadas por mujeres. En 65 casos hubo acuerdo total en la etapa de conciliación, en tres se llegó a un acuerdo parcial, en 118 se conminó a dar cumplimiento al procedimiento de acoso laboral establecido en el reglamento de trabajo, en 123 la etapa de conciliación concluyó sin acuerdo alguno y en 37 casos hubo desistimiento por parte del querellante.

El estudio de percepción de acoso sexual en el lugar de trabajo realizado en el 2014 (Ministerio del Trabajo, 2014a) en el que se encuestaron 1805 personas en 13 áreas metropolitanas definidas por el DANE, evidenció que el término de “acoso sexual” en el lugar de trabajo es conocido por el 84 % de los encuestados y que las principales conductas que constituyen acoso sexual son las solicitudes o presión para tener sexo o actos sexuales no consentidos o no aceptados (82 %), el intento u ocurrencia de acto sexual (79 %), el envío de correos electrónicos, mensajes de texto vía celular (72 %), así como el contacto físico consentido que se pasa del límite (72 %).

Las personas más vulnerables a una situación de acoso sexual en el lugar de trabajo son las que de acuerdo a la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones Adaptada para Colombia (CIUO-88) se ubican en las categorías de modelos, vendedores y demostradores (27 %). De las personas que mencionaron haber sido víctimas de acoso sexual en el lugar de trabajo, la mayoría trabajaban tiempo completo en la empresa (75 %), con contrato a término indefinido (59 %). Con respecto al tamaño de empresa, son más usuales los casos de acoso sexual en empresas pequeñas (44 %), y el sector económico en el que ocurre con mayor frecuencia es el del comercio (34 %).

En cuanto al nivel jerárquico de las personas que incurren en conductas de acoso sexual, el estudio reveló que los victimarios en su mayoría son del mismo nivel jerárquico de la víctima (31 %), que las mujeres son las más vulnerables a ser víctimas de acoso sexual en el lugar de trabajo (71 %) y que el 66 % de los acosadores son de género masculino.

1. INTRODUCCIÓN

En cuanto a la solicitud de ayuda, consejo o asesoría, presentación de denuncia o queja de acoso sexual en el trabajo, el estudio reveló que frente a este tipo de situaciones solo el 16 % acude a algún tipo de ayuda o asesoría y que quienes solicitan ayuda o asesoría, acuden a los amigos (39 %), la familia (25 %), el empleador o jefe (25 %), y al gerente o superior jerárquico (22 %).

El estudio también reveló que es muy bajo el porcentaje de personas que denuncian el acoso sexual en el lugar de trabajo, y que del 10 % de personas que mencionaron haber denunciado la conducta de acoso sexual, el 41 % lo hizo ante el empleador o jefe y el 36 % ante el gerente o superior jerárquico. Al indagar por qué no se reportan estos eventos, el 89 % de las víctimas manifestó que no denunciaron la situación de acoso sexual en el lugar de trabajo, el 41 % manifestó que prefirieron manejar la situación por sí mismos, y el 13 % aseguró que no denunciaron los hechos por temor a la terminación del contrato de trabajo o miedo a las consecuencias que la denuncia pudiese traer.

En cuanto a quienes fueron testigos de conductas de acoso sexual en el trabajo, el 54 % reportó no haber tomado acción alguna frente dicha situación, el 24 % ofreció algún consejo o asesoría a la víctima, el 2 % aseguró haber notificado la conducta al comité de convivencia laboral de la empresa, o haberlo reportado a la oficina de gestión de talento humano, y solo el 1 % aseguró haberlo reportado ante alguna autoridad judicial.

Todo lo anterior demuestra que el acoso laboral es una realidad presente en las empresas y que afecta tanto a quien lo sufre como a su familia, a otros trabajadores y a la organización misma. Si bien las relaciones conflictivas con los compañeros, los ataques o el acoso pueden no ser responsabilidad directa de la empresa, es una función y es responsabilidad de sus directivos saber cuál es el ambiente de trabajo, dónde están los conflictos y cómo abordarlos.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

El marco legal que con relación al acoso laboral en Colombia justifica la actuación de las empresas, incluye entre otros:

Ley 1010 de 2006, a través de la cual se adoptan medidas para “prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo”, como mecanismo para la protección del trabajo en condiciones dignas y para proteger la salud mental y la armonía entre quienes comparten un mismo ambiente de laboral.

La Resolución 2646 de 2008, que establece disposiciones y define responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional. En su artículo 14 se establecen las medidas preventivas y correctivas de acoso laboral que deben implementar todos los empleadores.

La Ley 1257 de 2008 sobre no violencia contra las mujeres dicta normas de sensibilización, prevención y sanción de

2. MARCO DE REFERENCIA

formas de violencia y discriminación contra las mujeres. En el párrafo del artículo 12 se establece que tanto las administradoras de riesgos laborales (ARL) como los empleadores “adoptarán procedimientos adecuados para hacer efectivo el derecho a la igualdad salarial de las mujeres y tramitar las quejas de acoso sexual y de otras formas de violencia contra la mujer”.

La Ley 1413 de 2010 regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país, como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas.

La Ley 1496 de 2011 garantiza la igualdad salarial y de retribución laboral entre mujeres y hombres, y establece mecanismos para erradicar cualquier forma de discriminación.

El Decreto 4463 de 2011 establece criterios respecto de las acciones necesarias para promover el reconocimiento social y económico del trabajo de las mujeres (equidad de género). De otra parte define que las administradoras de riesgos laborales (ARL) deben llevar a cabo acciones de asesoría a sus empresas afiliadas, para el desarrollo de medidas preventivas de la violencia contra la mujer en el ámbito laboral, en el marco de las actividades de fomento de estilos de vida y trabajos saludables y del plan de atención de los factores psicosociales. En cumplimiento de lo establecido en este decreto, el Ministerio de Trabajo emitió en diciembre de 2013 el *Programa nacional de equidad laboral con enfoque diferencial de género*, el cual presenta un plan de acción para la prevención de todas las formas de discriminación, inequidad y violencia contra las mujeres en el lugar de trabajo y la promoción de su participación en el mercado laboral.

Resolución 0652 de 2012 que establece la conformación y funcionamiento del comité de convivencia laboral en entidades públicas y privadas, y determina las responsabilidades del empleador y de las administradoras de riesgos laborales frente al desarrollo de las medidas preventivas y correctivas del acoso laboral.

Resolución 1356 de 2012 que modifica parcialmente la Resolución 0652 de 2012 y establece algunas condiciones propias de la conformación y funcionamiento del comité de convivencia, como la posibilidad de su centralización, el número de trabajadores para su conformación, los requerimientos de los postulantes y la periodicidad de las reuniones ordinarias.

Ley 1616 de 2013 que 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 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 por el Decreto 1072 de 2015.

El Decreto 1477 de 2014, mediante el cual se expide la nueva Tabla de Enfermedades Laborales en Colombia, amplía el número de enfermedades que pueden derivarse de la exposición a factores de riesgo ocupacional; esta incluye el acoso laboral como un factor de riesgo psicosocial que puede presentarse a cualquier trabajador, en cualquier puesto de trabajo y en cualquier actividad laboral en la que exista exposición a los agentes causales, para los que se haya demostrado la relación con el perjuicio a la salud. Las enfermedades asociadas a este factor de riesgo incluyen entre otras: trastornos psicóticos agudos y transitorios, depresión, episodios depresivos, trastorno de ansiedad generalizada, reacciones a estrés grave, entre otros (Tabla 2).

Finalmente es importante precisar que el Grupo de Equidad Laboral del Ministerio del Trabajo, con el apoyo de la Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), desarrollaron una iniciativa que busca apoyar el ingreso de las mujeres al mercado laboral en igualdad de condiciones a las de los hombres, e invita a las empresas a que implementen el Sistema de Gestión de Igualdad de Género, y a transformar procesos organizacionales, reducir brechas de género, evidenciar avances, retrocesos o estancamientos que se presenten en esta materia, y así obtener el Sello de Equidad Laboral “Equipares” (Ministerio del Trabajo, 2013).

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

El presente protocolo toma como base el modelo ecológico de la salud propuesto por Mac Leroy *et al.* (1988), el cual considera una serie de interacciones complejas y dinámicas entre los factores organizacionales, las relaciones interpersonales, los factores comunitarios y las políticas públicas. A partir de este enfoque y considerando la obligación legal que tienen las empresas de adoptar medidas para la realización de un trabajo en condiciones dignas y para proteger la salud física y mental de los trabajadores, se elaboró el presente protocolo que incluye las actividades de carácter preventivo y correctivo que deben ser implementadas por las empresas ante situaciones de acoso laboral (Figura 3).

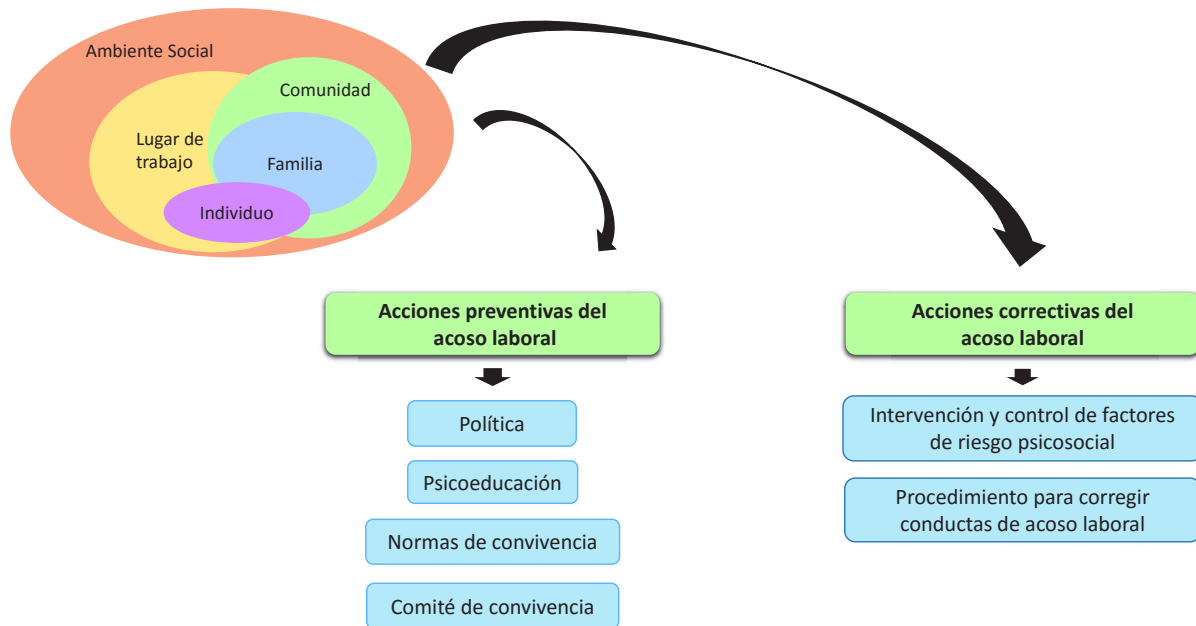
2. MARCO DE REFERENCIA

Tabla 2. Factores de riesgo ocupacional a tener en cuenta para la prevención de las enfermedades laborales.

Factores de riesgo ocupacional	Ocupaciones / Industrias	Enfermedades (CIE 10)
<p>Características del grupo social de trabajo:</p> <p>Deficiencia en el clima de relaciones, cohesión y calidad de las interacciones, así como el trabajo en equipo y acoso psicológico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede presentarse en cualquier trabajador y puesto de trabajo, cualquier actividad laboral en la que exista exposición a los agentes causales y se demuestre la relación con el perjuicio a la salud. • Actividades de mantenimiento del orden público y de seguridad (policías), bomberos. • Editores de medios visuales de comunicación. • Vigilancia privada, vigilancia de centros penitenciarios. • Atención al usuario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F23). • Depresión (F32). • Episodios depresivos (F32.8). • Trastorno de pánico (F41.0). • Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1). • Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2). • Reacciones a estrés grave (F43). • Trastornos de adaptación (F43). • Trastornos adaptativos con humor ansioso, con humor depresivo, con humor mixto, con alteraciones del comportamiento o mixto con alteraciones de las emociones y del comportamiento (F43.2). • Hipertensión arterial secundaria (I15.9). • Angina de pecho (I20). • Cardiopatía isquémica (I25). • Infarto agudo de miocardio (I21). • Enfermedades cerebrovasculares (I60 -I69). • Encefalopatía hipertensiva (I67.4). • Ataque isquémico cerebral transitorio sin especificar (G45.9). • Úlcera gástrica (K25). • Úlcera duodenal (K26). • Úlcera péptica de sitio no especificado (K27). • Úlcera gastroyeyunal (K28).

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

Figura 3. Marco conceptual del protocolo de prevención y actuación del acoso laboral



3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El protocolo tiene como propósito orientar el quehacer de las empresas en la implementación de un programa de actuación frente al acoso laboral. Incluye recomendaciones para la implementación de actividades preventivas y correctivas, siguiendo los lineamientos establecidos en la Resolución 2646 de 2008 y en la Ley 1010 de 2010.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo está diseñado para ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano, seguridad y salud en el trabajo, por jefes y trabajadores de las diversas áreas o procesos de la organización, miembros de los comités de convivencia laboral y del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, así como por todos aquellos profesionales que apoyan o acompañan las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Prevenir e intervenir situaciones de acoso laboral a través de un conjunto de actividades desarrolladas por la organización.

Específicos

Establecer las actividades de prevención del acoso laboral, con el propósito de prevenir (disminuir la incidencia) de casos.

Brindar herramientas para la implementación de actividades correctivas del acoso laboral, con el propósito de intervenir tempranamente y disminuir los efectos adversos.

5.2 Población objeto de la estrategia

Son objeto del presente protocolo todos los trabajadores que en virtud de la actividad desempeñada pueden encontrarse expuestos a situaciones de acoso laboral.

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

Este protocolo de intervención se considera útil en la prevención e intervención del acoso laboral. Las acciones

propuestas pretenden orientar la buena práctica del quehacer de los usuarios del protocolo.

Limitaciones

Para lograr el alcance e impacto esperado se requiere del apoyo irrestricto de la alta dirección, lo cual significa, si así fuere, la aceptación de la existencia de casos de acoso laboral y el compromiso para generar medidas de intervención, asegurando la equidad en la aplicación del procedimiento correctivo en todos los niveles jerárquicos.

5.4 Implementación de la estrategia

La estrategia inicia con la identificación de actividades tendientes a prevenir el acoso laboral y continúa con el establecimiento de medidas correctivas, las cuales incluyen la identificación y control de los factores de riesgo psicosocial asociados y la intervención sobre las conductas de acoso (Figura 4).

5.4.1 Actividades de prevención

La prevención del acoso laboral está en función de las actividades que realiza la empresa para crear una cultura organizacional con normas y valores que fomenten la interacción social positiva y la no tolerancia de conductas constitutivas de acoso laboral, las cuales incluyen la formulación de una política, el establecimiento de normas de convivencia, la realización de actividades de psicoeducación y la conformación y funcionamiento del comité de convivencia laboral.

Definir política

La alta dirección de la empresa, en concordancia con el requerimiento legal de establecer los mecanismos para prevenir las conductas de acoso laboral (Resolución 2646 de 2008), debe definir una política o declaración de intención que fomente las relaciones laborales respetuosas, la dignidad personal, la promoción de la salud y la cero tolerancia a la discriminación, la violencia, y en general a cualquier forma de acoso laboral. La política debe ser apropiada a la cultura organizacional, clara, comprensible, difundida a todos los trabajadores y en especial debe ser aplicada de manera consistente en todos los niveles de la organización.

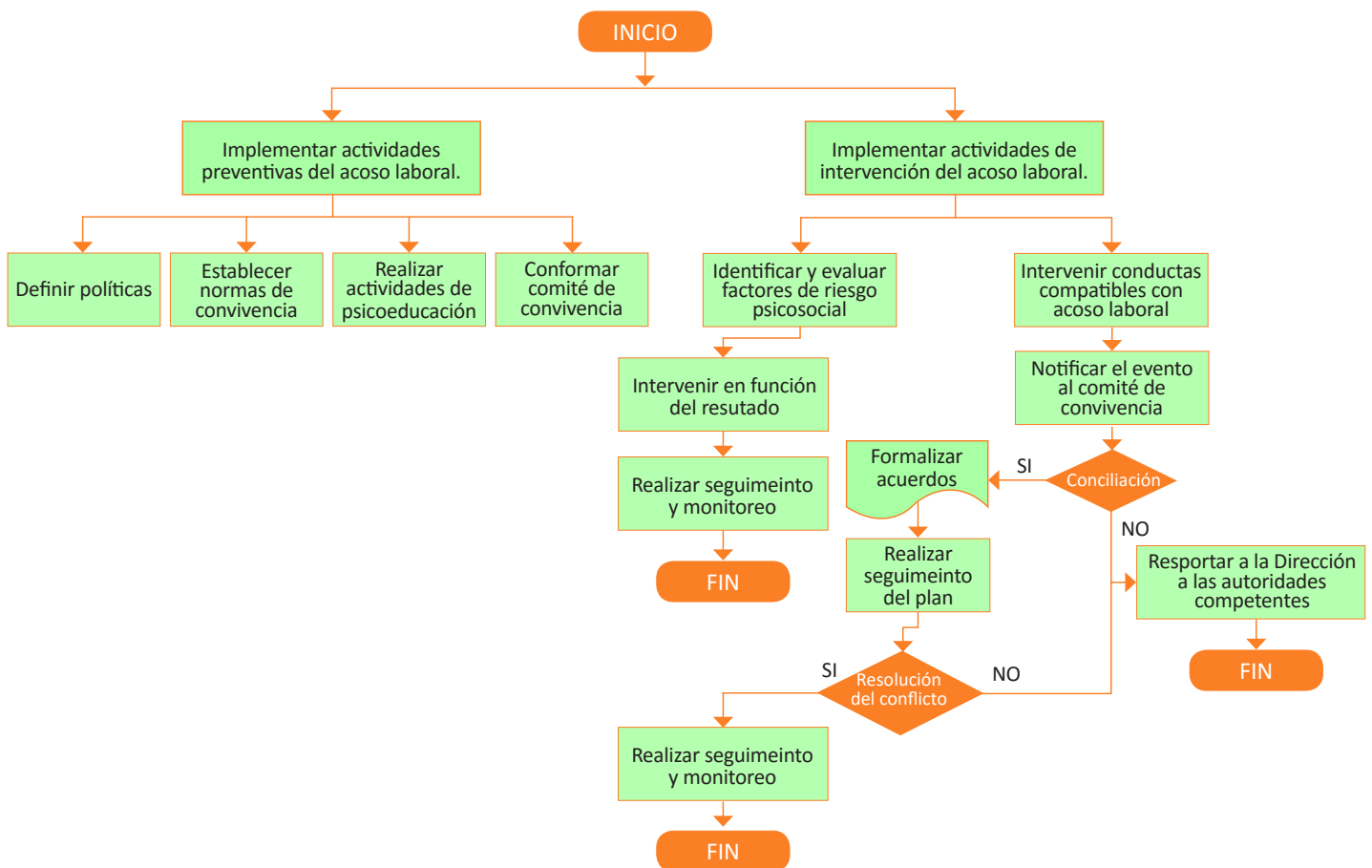
Establecer normas de convivencia laboral

Toda actividad humana se expresa en conductas y dado que como parte de la relación laboral es necesario que interactúen personas con diferentes costumbres,

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

conocimientos y metas, se requieren normas de convivencia laboral que regulen estos comportamientos. Las normas son ideas compartidas de cómo deben comportarse las personas y constituyen el mundo del “deber ser”. Toda norma de conducta se compone de dos elementos: un precepto que corresponde a la pauta de comportamiento que se permite, reprueba o rechaza, y una sanción para que la pauta se constituya en una conducta (Gelles y Levine, 2000).

Figura 4. Flujograma del protocolo de prevención y actuación frente al acoso laboral



La sanción se establece con el propósito de limitar el actuar de las personas en función de unos principios o valores, por lo que debe ser entendida como la recompensa o castigo que se establece para conducir a las personas a actuar conforme a las normas. Las sanciones pueden ser positivas o negativas: cuando la acción que se toma actúa a manera de recompensa, premiando o persuadiendo con argumentos para acatar la norma, se está ante una sanción positiva; cuando la acción reprime, presiona para que se respete la norma o castiga su incumplimiento, se está ante una sanción negativa. Por ejemplo, una norma laboral puede establecer el uso obligatorio de los elementos de protección personal porque no usarlos puede generar el despido por justa causa. Aquí se está ante una sanción negativa: la norma anuncia la consecuencia del incumplimiento a efectos que sea respetada. No obstante, también puede decir que es obligatorio utilizar los elementos de protección personal porque con ellos se protege la salud y la integridad de los trabajadores, de esta manera la norma opta por una sanción positiva.

Las normas varían ampliamente de una empresa a otra en función de la cultura organizacional y las características dinámicas de cada empresa; también las normas pueden cambiar con el tiempo. Es responsabilidad del área de gestión del talento humano establecer y mantener actualizados los principios y valores que fundamentan la actuación de los trabajadores, las normas de comportamiento, así como las consecuencias y sanciones por su incumplimiento. Las normas de convivencia laboral deben incluir aspectos morales (justicia, integridad y respeto), prácticas de actuación cotidiana y asegurar la bilateralidad, entendida esta última como que a la vez que establece obligaciones a unos (deberes), concede facultades a otros (derechos), es decir que los deberes se establecen en función de los derechos de los demás. A manera de ejemplo, en el anexo 1 se presenta un listado no exhaustivo de normas de convivencia laboral que pueden favorecer en gran medida el ambiente laboral.

Para la formulación de manuales y normas de convivencia laboral, el área de gestión del talento humano puede solicitar la asesoría y asistencia técnica de la administradora de riesgos laborales (ARL) a la cual se encuentre afiliada. En caso de que estas actividades se realicen con la asesoría de la ARL, estas deben formar parte del plan anual de trabajo que debe elaborar la ARL conjuntamente con la empresa.

Realizar actividades de psicoeducación

Una de las dificultades que enfrentan las empresas es la falta de preparación y conocimiento de los directivos, de las personas que conforman las áreas de ges-

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

tión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo y en general de los trabajadores, para reconocer los efectos que tanto en los trabajadores como en la organización se producen por la exposición a factores de riesgo psicosocial. Por lo anterior, este componente de la estrategia está orientado a la formación de todos los trabajadores, incluidos supervisores, jefes, mandos medios y la dirección de la empresa.

Las actividades de psicoeducación deben incluir entre otros, la formación específica en estilos de liderazgo, manejo de conflictos, así como capacitación en la detección de signos y señales de alerta de situaciones de acoso laboral y la orientación de cómo actuar ante ellos (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2002).

El acoso laboral tiene unas características muy claras que permiten su detección temprana como son: la ilegalidad ética con que actúa el acosador, la repetición de actos en busca del desgaste psicológico y la intencionalidad de destrucción psicológica de la víctima (Barrios, 2014). Es por esta razón que el área de gestión del talento humano es la responsable de asegurar que todos los trabajadores, independientemente del tipo de contrato y vinculación laboral, reciban información completa, clara y suficiente de manera que identifiquen las situaciones generadoras de acoso laboral (estar en capacidad de reconocer qué es y qué no es acoso laboral), cuáles son los mecanismos que la empresa ha implementado para reportar toda situación o conducta que pueda ser calificada como acoso laboral y dónde pueden buscar ayuda en caso de presentar problemas personales o laborales por situaciones constitutivas de acoso laboral. A manera de ejemplo, en el anexo 2 se presenta un listado no exhaustivo de las conductas constitutivas de acoso laboral.

Para la implementación de las actividades de psicoeducación, el área de gestión del talento humano puede considerar alguna de las siguientes opciones:

- Solicitar a la administradora de riesgos laborales (ARL) la asesoría y asistencia técnica para la realización de actividades de formación en liderazgo, comunicación asertiva, técnicas para la resolución de conflictos, identificación y reporte de situaciones compatibles con acoso laboral, entre otros. En caso que las actividades se realicen con la asesoría de la ARL, las mismas deben formar parte del plan anual de trabajo que debe elaborar la ARL conjuntamente con la empresa.

- Desarrollar estrategias de comunicación (mensajes de correo, carteleras, folletos informativos entre otros), que incluyan información sobre los mecanismos que la empresa ha establecido para reportar situaciones de acoso laboral, así como de las instancias donde los trabajadores pueden buscar ayuda.

Conformar el comité de convivencia laboral

El comité de convivencia laboral es una medida preventiva de acoso laboral que contribuye a proteger a los trabajadores contra los riesgos psicosociales que afectan la salud en los lugares de trabajo. De conformidad a lo establecido en la Resolución 652 de 2012, toda empresa pública o privada del país está en la obligación de conformar un comité de convivencia laboral integrado por representantes del empleador y de los trabajadores (estos últimos elegidos libremente por sus compañeros). Al conformar el comité, el área de gestión del talento humano, en coordinación con el responsable de la seguridad y salud en el trabajo, deben asegurar que los representantes de la empresa y los representantes de los trabajadores sean personas con competencias actitudinales y de comportamiento tales como: respeto, imparcialidad, tolerancia, serenidad, reserva en el manejo de información y ética.

Una vez conformado el comité, los miembros deben establecer un reglamento interno para su funcionamiento, el cual debe incluir, entre otros, las funciones de cada uno de los integrantes, la exigencia de un acuerdo de confidencialidad para cada integrante, la frecuencia de las reuniones (asegurando que se realizará al menos una reunión ordinaria cada tres meses), el procedimiento para la recepción y atención de situaciones que puedan tipificarse como acoso laboral, así como los mecanismos para la toma de decisiones y la periodicidad de los informes (al menos uno trimestral y un consolidado anual) que deben ser presentados a la dirección de la empresa.

Es responsabilidad del área de gestión del talento humano asegurar que los integrantes del comité de convivencia laboral reciban formación y entrenamiento en comunicación asertiva y resolución de conflictos, de manera que cuenten con herramientas que les permita manejar los casos de acoso laboral que se presenten.

Para realizar las actividades de formación y entrenamiento a los miembros del comité de convivencia, el área de gestión del talento humano puede solicitar la asesoría y asistencia técnica de la administradora de riesgos laborales (ARL) correspondiente.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.4.2 Actividades de intervención

Identificar, evaluar y controlar factores de riesgo psicosocial

La identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial es una responsabilidad del área de seguridad y salud en el trabajo, en coordinación con el área de gestión del talento humano. El proceso debe ser realizado por un experto e incluye la triangulación de diversas fuentes de información, entre las cuales se encuentran:

- Resultados de la aplicación de cuestionarios para la evaluación de factores de riesgo psicosocial, que de conformidad a lo establecido en la Resolución 2646 de 2008 deben ser instrumentos que hayan sido validados en el país.
- Resultados de grupos focales o entrevistas individuales.
- Resultados de los procesos de gestión del talento humano incluyendo selección, capacitación, actividades de bienestar laboral y encuestas de clima organizacional, entre otros.

En función de los resultados de la identificación y evaluación de riesgo psicosocial se pueden establecer las características del grupo social del trabajo que tienen el potencial de generar situaciones de acoso laboral, en cuyo caso es responsabilidad del área gestión del talento humano, en coordinación con el responsable de la seguridad y salud en el trabajo, establecer e implementar las actividades necesarias para controlar el(los) riesgo(s) detectado(s) (ver *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*). Para realizar estas actividades, el responsable de la seguridad y salud en el trabajo puede solicitar la asesoría y asistencia técnica de la administradora de riesgos laborales (ARL).

Intervenir conductas de acoso laboral

Es responsabilidad del área de gestión del talento humano divulgar y asegurar que los trabajadores comprendan el procedimiento establecido por el comité de convivencia laboral para recibir y dar trámite a inquietudes o quejas asociadas a conductas constitutivas de acoso laboral. El procedimiento debe reflejar la intención de la empresa de resolver los conflictos a través del diálogo, la responsabilidad y el respeto a la diversidad como ejes básicos del desarrollo organizativo y profesional; además debe garantizar la confidencialidad, objetividad, igualdad, respeto de las personas, la defensa y protección de las partes, la restitución de las víctimas, así como la prohibición de represalias.

El procedimiento debe además, incluir de manera clara, la metodología que se utilizará para el reporte de situaciones sugestivas de acoso laboral. Estas podrán realizarse a través de comunicados escritos (por ejemplo: carta o queja forma dirigida al comité o a uno de sus miembros, vía electrónica a través de un correo propio del comité), o por vía oral a uno de los miembros del comité, y pueden ser presentadas directamente por el trabajador que se siente acosado o por personas que hayan sido testigo de situaciones constitutivas de acoso laboral.

Así mismo, el procedimiento para el manejo de situaciones de presunto acoso laboral debe garantizar que una vez formalizada la queja ante el comité de convivencia laboral, esta recibe un trato justo, riguroso, oportuno, profesional, que las personas sean atendidas de forma digna, cortés, prudente, imparcial, sin discriminación y que además se resguarde la intimidad e integridad física y moral de los involucrados. El comité debe escuchar a las partes involucradas sobre los hechos ocurridos y crear un espacio de diálogo, en el que la conciliación surge como una herramienta para la gestión y resolución del conflicto.

En la etapa de conciliación el comité de convivencia laboral puede actuar de dos maneras (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2003):

- A manera de un tercero, neutral e imparcial (lo que se conoce como negociación asistida) dejando que las partes implicadas resuelvan el conflicto directamente sin proponer o tomar decisiones sobre las alternativas o soluciones.
- Interviniendo en la gestión del conflicto (conciliación), lo que implica proponer alternativas de solución para que sean aceptadas por las partes. La conciliación siempre debe buscar la solución más “justa” posible a la problemática presentada.

Los acuerdos obtenidos se deben documentar y los compromisos deben formalizarse en un plan de acción objeto de seguimiento para verificación del cumplimiento por parte del comité de convivencia.

En ocasiones los casos de acoso laboral requieren del seguimiento o acompañamiento por personal especializado en el manejo de situaciones conflictivas, así como para el afrontamiento de sus efectos para las dos partes. El apoyo al acosado tiene el propósito de recuperarlo (intervención sobre sentimientos de culpa y autoestima, así como neutralización del posible trauma), brindándole herramientas para recuperar la autoestima, mediante mensajes de comprensión, confianza, esperanza, capacidad, poder y eficacia para afrontar los problemas.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

El apoyo para el acosador tiene el propósito de identificar las situaciones que generan comportamientos constitutivos de acoso laboral y sus errores, así como la generación de compromisos tendientes a mejorar dichas actitudes. Sin embargo, los cambios comportamentales por parte del acosador dependerán de la capacidad que el individuo tenga para reconocer que se trata de un problema y de su disposición a cambiar su conducta.

En los casos en que no se llegue a un acuerdo entre las partes, no se cumplan las recomendaciones formuladas o las conductas persistan, es responsabilidad del comité de convivencia laboral remitir el caso a instancias superiores para que se tomen las decisiones al respecto. En el sector privado dicha instancia es la alta dirección de la empresa, mientras que en el sector público es la Procuraduría General de la Nación. Adicionalmente ante la falta de acuerdo o conciliación, el trabajador debe ser informado de la posibilidad de presentar la queja ante el inspector de trabajo o de demandar ante el juez competente (Resolución 652 de 2012).

5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

Se debe asegurar la implementación de un sistema de evaluación de las actividades de prevención implementadas, que adicionalmente incorpore mecanismos para evaluar la eficacia de los planes de acción generados como resultado de la conciliación. En el anexo 3 se presenta un listado de algunos de los indicadores que la empresa puede implementar para la identificación, evaluación y seguimiento de las acciones de prevención y corrección del acoso laboral.

6. GLOSARIO

Acoso laboral: toda conducta persistente y demostrable, ejercida sobre un empleado / trabajador por parte de un empleador, un jefe o superior jerárquico inmediato o mediato, un compañero de trabajo o un subalterno, encaminada a infundir miedo, intimidación, terror y angustia, a causar perjuicio laboral, generar desmotivación en el trabajo, o inducir a la renuncia del mismo (Ley 1010 de 2006).

Desprotección laboral: Toda conducta tendiente a poner en riesgo la integridad y la seguridad del trabajador mediante órdenes o asignación de funciones sin el cumplimiento de los requisitos mínimos de protección y seguridad para el trabajador (Ley 1010 de 2006).

Discriminación laboral: todo trato diferenciado por razones de raza, género, origen familiar o nacional, credo religioso, preferencia política o situación social que carezca de toda razonabilidad desde el punto de vista laboral (Ley 1622 de 2013).

Entorpecimiento laboral: toda acción tendiente a obstaculizar el cumplimiento de la labor, hacerla más gravosa o retardarla, con perjuicio para el trabajador o empleado. Constituyen acciones de entorpecimiento

6. GLOSARIO

laboral, entre otras, la privación, ocultación o inutilización de los insumos, documentos o instrumentos para la labor, la destrucción o pérdida de información, el ocultamiento de correspondencia o mensajes electrónicos (Ley 1010 de 2006).

Experto: psicólogo con posgrado en seguridad y salud en el trabajo, con licencia vigente de prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo (Resolución 2646 de 2008).

Inequidad laboral: asignación de funciones a menosprecio del trabajador (Ley 1010 de 2006).

Maltrato laboral: todo acto de violencia contra la integridad física o moral, la libertad física o sexual y los bienes de quien se desempeñe como empleado o trabajador; toda expresión verbal injuriosa o ultrajante que lesione la integridad moral o los derechos a la intimidad y al buen nombre de quienes participen en una relación de trabajo de tipo laboral o todo comportamiento tendiente a menoscabar la autoestima y la dignidad de quien participe en una relación de trabajo de tipo laboral (Ley 1010 de 2006).

Persecución laboral: toda conducta cuyas características de reiteración o evidente arbitrariedad permitan inferir el propósito de inducir la renuncia del empleado o trabajador, mediante la descalificación, la carga excesiva de trabajo y cambios permanentes de horario que puedan producir desmotivación laboral (Ley 1010 de 2006).

Población objeto: persona o grupo de personas expuestas a factores psicosociales, a quien(es) se dirige la acción o estrategia propuesta con el propósito de promover su salud o prevenir enfermedades.

Triangulación: forma de aproximarse a una situación o fenómeno en estudio, que busca obtener información de diversas fuentes o métodos de recolección de datos, con el fin de comprender mejor la situación que se evalúa (Ministerio la Protección Social, 2010).

Violencia laboral: toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es agredida, amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma (Organización Internacional del Trabajo, 2012).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2002). Trabajemos contra el estrés. *Revista de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo*. Magazine 5. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/magazine/5>
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2003). Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/309>
- Barrios, J. M. (2014). Guía de apoyo. Acoso psicológico en el trabajo. *Mobbing*. Central Sindical Independiente y de Funcionarios. Disponible en: <http://www.seguridadpublica.es/2014/10/guia-de-apoyo-acoso-psicologico-en-el-trabajo-mobbing/>
- Cassitto, M. G., Fattorini, E., Gilioli, R. y Rango, C. (2004). Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo. Serie Protección de la Salud de los Trabajadores, No. 4. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh4sp.pdf?ua=1

7. BIBLIOGRAFÍA

- Confederación de Empresarios de Málaga. (2013). Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. España: Disponible en: http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_interactivo.pdf
- Decreto 4463 de 2011. Presidencia de la República de Colombia. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2011/Documents/Noviembre/25/dec446325112011.pdf>
- Decreto 1477 de 2014. Ministerio del Trabajo. República de Colombia. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/normatividad-agosto-decretos-2014/3708-decreto-1477-del-5-de-agosto-de-2014.html>
- Gelles, R. y Levine, A. (2000). Sociología: con aplicaciones en países de habla hispana (6ª. Ed.). México: McGraw-Hill.
- Gobierno del Salvador. Secretaría para Asuntos Estratégicos de la Presidencia de la República. (2013). Guía para la prevención, atención y erradicación del acoso laboral en el sector público. Disponible en: https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Documentos_Externos_SAE/Guia3_Preencion_Atencion_Erradicacion_Acoso_Laboral_Sector_Publico.pdf
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2009). NTP 854: Acoso psicológico en el trabajo: definición.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España (1998). NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: *mobbing*. España: Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_476.pdf
- Ley 1010 de 2006. República de Colombia. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1010_2006.htm
- Ley 1257 de 2008. Congreso de la República. República de Colombia. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=34054>
- Ley 1413 de 2010. Congreso de la República. República de Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1413-de-2010.pdf>
- Ley 1496 de 2011. Congreso de la República. República de Colombia. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley149629122011.pdf>
- 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>

7. BIBLIOGRAFÍA

- Ley 1622 de 2013. Congreso de la República. República de Colombia. Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1622_2013.htm
- Llorente, N. (2014). Decálogo para la elaboración de un protocolo de acoso moral (*mobbing*). Universidad de Valladolid. Trabajo de Grado. Disponible en: <https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=decalogo+para+la+elaboraci%C3%B3n+de+un+protocolo+de+acoso+laboral>
- Ministerio del Trabajo (2013). Manual del Sistema de Gestión de Igualdad de Género. Ministerio del Trabajo. República de Colombia. Equipares Sello de Equidad Laboral. Disponible en: <http://equipares.org/wp-content/uploads/2015/07/Manual-del-Sistema-de-Gesti%C3%B3n-de-Igualdad-de-G%C3%A9nero.pdf>
- Ministerio del Trabajo (2014a). Informe de resultados. Estudio percepción de acoso sexual en el lugar de trabajo. República de Colombia. Contrato N° 276 de 2014. Disponible en: http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/2451-1226-informe-final-acoso-sexual-ministerio-de-trabajo-v1-0.html
- Ministerio del Trabajo (2014b). Denuncias por acoso laboral aumentan en el país. República de Colombia. Boletín de prensa (23 de abril de 2014). Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/medios-abril-2014/3322-aumentan-denuncias-por-acoso-laboral-en-el-pais.html>
- Ministerio de la Protección Social (2010). Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales. República de Colombia. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo (2012). Solve: integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo. Cuadernos de trabajo del participante. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra, Suiza. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203380.pdf
- Redacción Salud (25 de Septiembre de 2012). El matoneo laboral, un fenómeno creciente en Colombia. Diario *El Tiempo*. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12252565>
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- Resolución 1356 de 2012. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Resolución 652 de 2012. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.

8. ANEXOS

Anexo 1. Listado no exhaustivo de normas de convivencia laboral

Responsabilidades de la empresa
Promover el trabajo en condiciones justas y dignas para los trabajadores.
Velar por la protección de la intimidad, honra, salud mental y libertad de las personas en el trabajo.
Promover un ambiente laboral positivo y armónico para todos.
Tratar sin discriminación (de género, raza, religión, preferencia sexual o nacionalidad) a los trabajadores.
Brindar capacitación para el desarrollo personal y profesional.
Pagar oportunamente el salario, las prestaciones sociales y los auxilios, según lo expuesto en la ley.
Realizar actividades de bienestar laboral.
Respetar los horarios laborales establecidos y los tiempos de descanso.
No obligar o presionar para que se haga un trabajo indebido o que atente contra los principios y valores del trabajador o de la empresa.

Responsabilidades de los trabajadores

Realizar las actividades con responsabilidad y bajo los principios y valores de la empresa.

Comprometerse con el logro de los objetivos de la empresa.

Asumir las consecuencias de sus actos con ética, honestidad y transparencia.

Informar situaciones constitutivas de acoso laboral utilizando para ello los mecanismos establecidos por la empresa.

Respetar la intimidad y la privacidad de compañeros de trabajo.

Respetar y valorar el tiempo de los demás, evitando interrumpir innecesariamente las labores de otros.

Ser puntual al asistir a los compromisos relacionados con el cargo y en los horarios establecidos.

Respetar, reservar y guardar la información confidencial a la cual tenga acceso.

Escuchar y respetar las ideas y opiniones de los demás.

Respetar a los demás y valorar su conocimiento y potencial como compañeros de trabajo.

Tener un trato responsable, gentil, respetuoso y cordial con los compañeros de trabajo y los clientes de la empresa.

Evitar descalificar y desprestigiar con mala intención las actividades realizadas por otros.

No divulgar información privada y personal de los compañeros de trabajo, evitando realizar comentarios humillantes y de descalificación profesional.

Comportamientos para una mejor convivencia en el lugar de trabajo

Saludar al momento de llegar y despedirse al momento de salir.

Dirigirse a sus compañeros y jefes de manera respetuosa, amable y asertiva.

Dar las gracias y pedir el favor.

Evitar la música fuerte.

Controlar el tono de la voz cuando se atiende al teléfono.

8. ANEXOS

Comportamientos para una mejor convivencia en el lugar de trabajo

Mantener un estilo de timbre y volumen moderado del celular.

Mantener el puesto de trabajo en orden, limpio y en óptimas condiciones.

Consumir alimentos en los lugares destinados para ello.

Hacer un buen uso de los espacios compartidos dentro de la empresa.

Mantener los espacios de las instalaciones libres de humo.

Evitar lanzar juicios o generar comentarios que pueden afectar al equipo de trabajo.

Ser solidarios en situaciones que no tengan que ver con las funciones asignadas pero ante las cuales se está en capacidad de brindar apoyo.

Evitar expresarse de manera ofensiva sobre una persona, utilizando palabras groseras o cuestionando su origen familiar, raza, género, creencias religiosas, preferencia política, sexual o situación social.

Anexo 2. Listado no exhaustivo de las conductas constitutivas de acoso laboral

1. Agresión con medidas organizacionales

La descalificación humillante de las propuestas u opiniones de trabajo, así como juzgar el desempeño de una persona de manera o forma ofensiva.

Restricciones a la posibilidad de hablar.

Asignación de deberes ostensiblemente extraños a las obligaciones laborales.

Exigencias abiertamente desproporcionadas sobre el cumplimiento de la labor encomendada.

Exigencias de laborar en horarios excesivos respecto a la jornada laboral contratada o legalmente establecida, cambios sorpresivos del turno laboral o la exigencia permanente de laborar en días festivos sin fundamento objetivo en las necesidades de la empresa, o en forma discriminatoria respecto a los demás trabajadores.

Cambios del lugar de trabajo o de la labor contratada sin ningún fundamento objetivo referente a la necesidad técnica de la empresa.

Obligar a alguien a ejecutar tareas en contra de su conciencia, principios o valores.

Trato notoriamente discriminatorio respecto a los demás trabajadores en cuanto al otorgamiento de derechos y prerrogativas laborales y la imposición de deberes laborales.

Sometimiento a situaciones de aislamiento social mediante el constante cuestionamiento de las decisiones de una persona, la asignación de tareas degradantes, sin sentido o poco útiles o la no asignación de tareas.

2. Ataques a las relaciones sociales de la víctima con aislamiento social

Prohibir o restringir a los compañeros la posibilidad de hablar con una persona.

Rehusar la comunicación con una persona a través de gestos o miradas, o de no comunicarse directamente con ella.

Tratar a una persona como si no existiera, ignorarla.

3. Agresión física

Ofertas, exigencia o violencia sexual.

Observación, miradas atrevidas no consentidas o no aceptadas.

Amenazas de agresión física.

Maltrato físico, independientemente de sus consecuencias.

8. ANEXOS

4. Agresión a las actitudes de la víctima

Expresiones injuriosas o ultrajantes sobre la persona, con utilización de palabras soeces o con alusión a la raza, el género, el origen familiar o nacional, la preferencia política o el estatus social.

Alusión pública a hechos pertenecientes a la intimidad de la persona.

Críticas o comentarios descalificantes a las actitudes y creencias políticas.

Críticas o comentarios descalificantes a las actitudes y creencias religiosas.

Burlas, críticas o comentarios descalificantes sobre la apariencia física, la forma de vestir, las actitudes, conductas o comportamiento de la persona.

Envío de anónimos, llamadas telefónicas y mensajes virtuales con contenido injurioso, ofensivo o intimidatorio.

5. Agresiones verbales

Comentarios hostiles y humillantes de descalificación profesional expresados en presencia de los compañeros de trabajo.

Gritos o insultos.

Críticas permanentes al trabajo de la persona.

Amenazas verbales (incluyendo las amenazas de despido).

Comentarios, chistes o bromas sexistas o degradantes.

6. Rumores

Hablar mal de la persona.

Difundir rumores.

Las conductas que **no constituyen** acoso laboral incluyen entre otras:

Situaciones aisladas.

Actos destinados a exigir disciplina.

Comunicaciones, circulares o memorandos encaminados a solicitar exigencias técnicas o mejorar la eficiencia laboral.

Realización de evaluaciones en función de los objetivos e indicadores de desempeño laboral.

Solicitar la realización de horas extras cuando sean necesarias para la continuidad del servicio o para solucionar situaciones difíciles en la operación de la empresa.

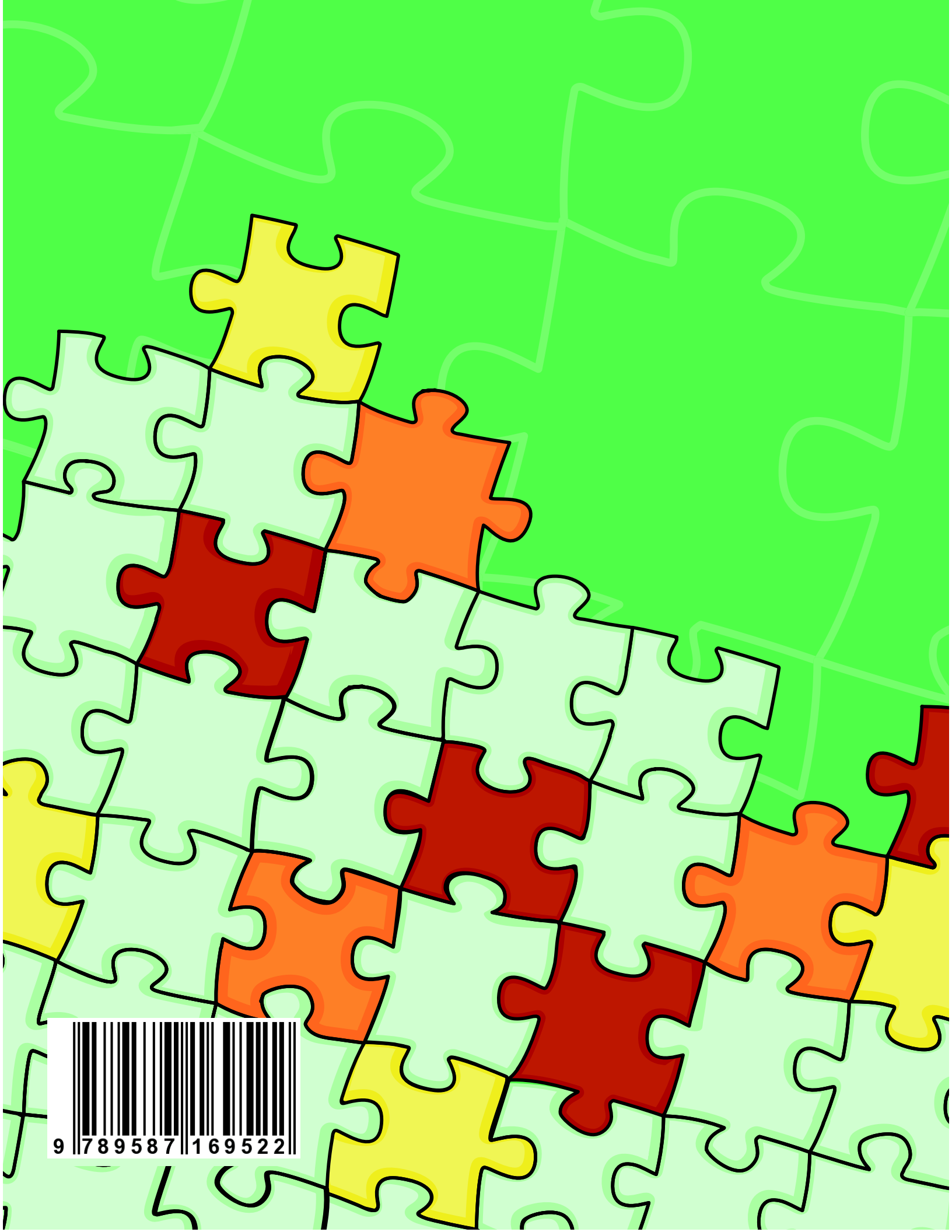
Las exigencias de cumplir con las estipulaciones contenidas en los reglamentos y cláusulas del contrato de trabajo y/o de las funciones y responsabilidades del cargo.

Anexo 3. Tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad	
Establecer las actividades de prevención del acoso laboral, con el propósito de prevenir (disminuir la incidencia) de casos.	Establecer y divulgar política	Estructura	Política documentada y divulgada.	Gestión del talento humano	Anual	
	Establecer y divulgar normas de convivencia laboral	Estructura	Normas de convivencia laboral documentadas y divulgadas.	Gestión del talento humano	Anual	
	Desarrollar el programa de psicoeducación.		Proceso	Número de actividades de psicoeducación realizadas / Total de actividades programadas.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
			Proceso	Número trabajadores capacitados / Total de trabajadores a capacitar.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
			Resultado	Número de trabajadores que aprueban la evaluación asociada a la capacitación en psicoeducación / Total de trabajadores capacitados.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
	Conformar el comité de convivencia laboral	Estructura	Comité de convivencia conformado.	Gestión del talento humano	Anual	
	Definición del procedimiento para corregir conductas de acoso laboral	Resultado	Procedimiento para el manejo de situaciones constitutivas de acoso laboral documentado y divulgado.	Gestión del talento humano	Anual	

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Brindar herramientas para la implementación de actividades correctivas del acoso laboral, con el propósito de intervenir tempranamente y disminuir los efectos adversos.	Atención de eventos sugestivos de acoso laboral	Proceso	Número de reportes de acoso laboral presentados en un periodo de tiempo determinando.	Comité de convivencia laboral	Mensual Trimestral
		Resultado	Número de eventos atendidos que conciliaron / Total de eventos reportados al comité.	Comité de convivencia laboral	Mensual Trimestra
		Resultado	Número de eventos atendidos que fueron remitidos a la dirección de la empresa o a la autoridad competente / Total de eventos reportados al comité.	Comité de convivencia laboral	Mensual Trimestral Anual



9 789587 169522

Síndrome de agotamiento laboral - "Burnout"

Protocolo de prevención
y actuación

SÍNDROME DE AGOTAMIENTO LABORAL - *BURNOUT*. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN.

© 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

978-958-716-958-4

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Síndrome de agotamiento laboral - "Burnout"

Protocolo de prevención
y actuación

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 Factores psicosociales relacionados con el efecto	15
2. MARCO DE REFERENCIA	16
2.1 Marco de referencia legal	16
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	17
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	19
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	20
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	21
5.1 Objetivos de la estrategia.....	21
5.2 Población objeto de la estrategia	21
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	22
5.4 Implementación de la estrategia	22
5.4.1 Identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial y clasificación de la población trabajadora	23
5.4.2 Actividades de prevención primaria	24
5.4.3 Actividades de prevención secundaria	27
5.4.4 Actividades de prevención terciaria	30
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	33
6. GLOSARIO	35
7. BIBLIOGRAFÍA	38
8. ANEXOS	41

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización de la problemática en salud

El *burnout* es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado o exhausto por el trabajo. Corresponde a un cuadro clínico que fue inicialmente descrito por Herbert Freudenberger¹ en 1974, luego de observar que después de un periodo de tiempo (generalmente después de un año de trabajo), jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de Nueva York, acusaban cansancio (pérdida progresiva de energía), desmotivación y falta de interés en el trabajo, volviéndose menos sensibles, poco comprensivos, intolerantes y con un trato distante (en ocasiones agresivo o cínico) hacia las personas que estaban bajo su cuidado. Para describir el cuadro, Freudenberger utilizó el término de *burnout*, palabra empleada en esa época para describir a los atletas que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado (Längle, 2003). Posteriormente Maslach y Jackson incorporaron este término para describir el proceso paulatino de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal,

1. Psicólogo estadounidense nacido en Fráncfort en 1927. Fue uno de los primeros en describir los síntomas de agotamiento profesional y llevar a cabo un amplio estudio sobre el *burnout*. Murió en Nueva York en 1997.

1. INTRODUCCIÓN

que puede ocurrir entre individuos que tienen contacto, responsabilidad e interacción directa con las personas (Confederación de Empresarios de Málaga, 2013).

El síndrome de *burnout* o de agotamiento laboral es entendido entonces como una respuesta al estrés laboral crónico, que tiene consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, y se caracteriza por agotamiento emocional, actitud fría y despersonalizada, y baja realización/logro profesional o personal (Martínez, 2010) (Figura 1).

Figura 1. Componentes del síndrome de agotamiento laboral (*Burnout*)



El agotamiento emocional consiste en la sensación de desgaste, sobreesfuerzo físico, agotamiento y fatiga (sensación de ya no poder dar más de sí mismo), que resulta del contacto continuo con personas a las que hay que atender en condiciones no ajustadas al trabajador (Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2010). La actitud fría y despersonalizada en el trato se evidencia por sentimientos, actitudes y respuestas negativas distantes, irónicas y frías hacia otras personas (insensibilidad), especialmente hacia los clientes y usuarios. Generalmente la actitud fría y despersonalizada se acompaña de irritabilidad, pérdida de motivación hacia el trabajo y reacciones de distancia, cinismo y hostilidad, tanto hacia los beneficiarios como hacia sus compañeros de trabajo. La baja realización/logro profesional o personal se caracteriza por la tendencia a evaluarse negativamente como consecuencia de la sensación de in-

eficacia y falta de logros y se traduce en bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima que termina afectando las relaciones personales y profesionales (Quiceno y Vinaccia, 2007).

El síndrome de *burnout* es el resultado de un proceso en el que el trabajador se ve expuesto a una situación de estrés laboral crónico y en el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces, generando una respuesta acumulativa y a largo plazo. Suele desarrollarse en cinco (5) fases de carácter cíclico (Figura 2), lo que significa que se pueden repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2005, NTP 704).

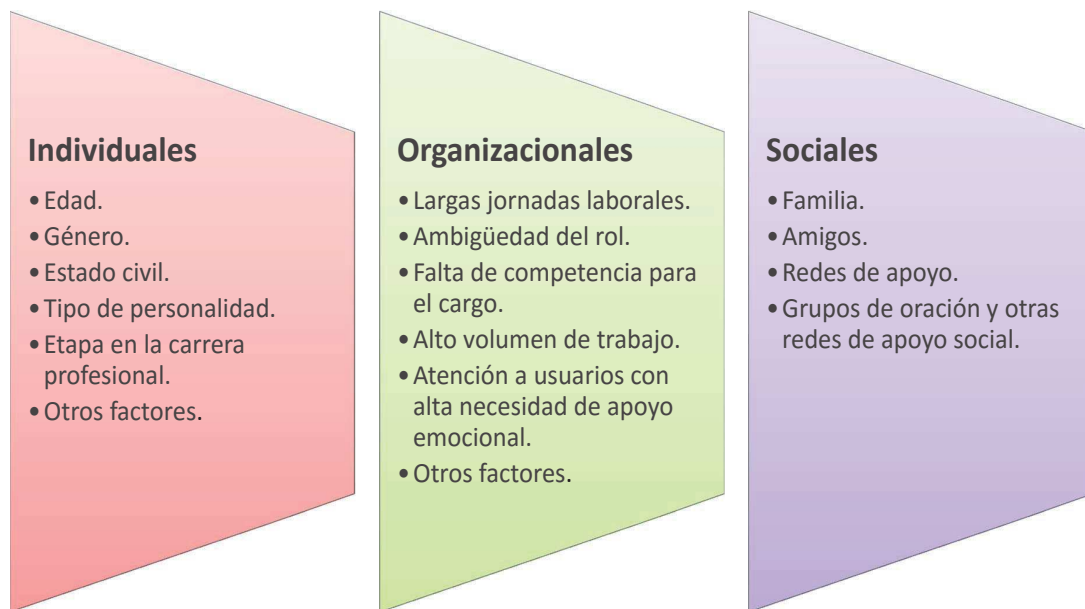
Figura 2. Fases del síndrome de agotamiento laboral



1. INTRODUCCIÓN

Aunque son múltiples los factores que intervienen en la generación del *burnout*, su desarrollo depende básicamente de tres tipos de variables: individuales, sociales y organizacionales (Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Estado de México, 2015) (Figura 3).

Figura 3. Variables que intervienen en el desarrollo del síndrome de agotamiento laboral



Las variables individuales incluyen entre otras (Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Estado de México, 2015):

- El género:** las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, lo cual ha sido explicado como consecuencia del trato discriminado, las altas demandas familiares y los bajos ingresos.
- La edad:** el síndrome de agotamiento laboral es menos frecuente en personas mayores de 40 años de edad, lo cual ha sido explicado porque posiblemente con el paso de los años y una mayor experiencia laboral, se desarrollan más habilidades para afrontar el estrés y el desgaste profesional.
- La personalidad:** los trabajadores con personalidad tipo A (altamente competitivos) y tipo B (demasiado relajados) son los más susceptibles a desarrollar ago-

tamiento laboral debido a que, quienes tienen personalidad tipo A presentan dificultades para relajarse, son perfeccionistas, ignoran los signos de la fatiga, generalmente tienen expectativas irreales y tienden a sufrir altos niveles de estrés; y los trabajadores con personalidad tipo B tienden a evitar el conflicto, se resisten a nuevos retos, no negocian sus propias necesidades, buscan complacer a todos y suelen victimizarse.

- d) **Estado civil:** los solteros tienen mayor riesgo de padecer *burnout* debido a que al parecer, las personas con una unión estable cuentan con mayor apoyo familiar, en gran parte brindado por el cónyuge. Así mismo, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes porque además de tener mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, también suelen ser más realistas.
- e) **Locus de control:** consiste en la forma como el individuo atribuye los resultados de su gestión laboral. Existen dos tipos “externo” e “interno”: los trabajadores que responsabilizan los resultados de sus actividades a circunstancias o factores externos (locus control externo) son más vulnerables a desarrollar el síndrome de agotamiento laboral, comparados con aquellos que asumen como propios los resultados de su trabajo (Martínez, 2010).
- f) **Etapas en la carrera profesional:** el síndrome de agotamiento laboral se observa con mayor frecuencia en trabajadores que están iniciando la carrera profesional debido a que en esa etapa se tiene mayor autoexigencia y estrés, este último debido a la presión por demostrar las propias capacidades.
- g) **Otros factores personales que inciden en la aparición del *burnout* son:** elevados niveles de autoexigencia y de expectativas respecto al trabajo, sensibilidad incrementada hacia los sentimientos y necesidades de los demás, la falta de éxito terapéutico en los pacientes (en profesionales de la salud) y de progreso observable en los alumnos (en las labores de docencia), así como la falta de habilidad para afrontar y manejar el estrés y las situaciones conflictivas.

Mientras que las variables demográficas, de personalidad y la falta de apoyo social facilitan la aparición del síndrome, las variables organizacionales, fundamentalmente las vinculadas al desempeño del puesto de trabajo, lo desencadenan. Los factores laborales que inciden en el desarrollo del *burnout* son, entre otros:

- a) La ambigüedad del rol y la falta de competencia que traen como consecuencia estrés debido a la incertidumbre que genera la falta de claridad en las funciones asignadas, órdenes contradictorias por parte de jefes, así como la falta de información o de formación para realizar las labores asignadas.

1. INTRODUCCIÓN

- b) Largas jornadas laborales que traen como consecuencia desgaste físico, intelectual o emocional.
- c) Los altos volúmenes de trabajo, además de ser por sí solos factores generadores de estrés crónico, generalmente conllevan a un inadecuado balance entre los ámbitos familiar – social – laboral, convirtiéndose en un factor de riesgo generador de *burnout*.
- d) El *burnout* es más frecuente en trabajadores de servicios asistenciales y educativos. La naturaleza de los problemas atendidos, las altas demandas de tiempo, la baja remuneración y en ocasiones la escasa posibilidad de recuperación, hacen que atender a personas con alteraciones de salud en servicios de emergencias, el trabajar con niños y adolescentes, así como con personas víctimas de violencia, sean factores que favorecen el desarrollo del síndrome.
- e) Otros factores laborales que influyen en la generación del síndrome son el poco tiempo asignado para la atención de los usuarios, la falta de apoyo por parte de la organización, el descuido institucional de las necesidades del trabajador en favor de las necesidades administrativas y financieras, la falta de participación de los trabajadores, la falta de refuerzos o recompensas, las pocas posibilidades de desarrollo profesional, así como las relaciones conflictivas, el liderazgo inadecuado y la percepción de desigualdad en el trato recibido.

El apoyo social, definido como la ayuda que el individuo obtiene o percibe de las relaciones interpersonales, tanto en el plano emocional como en el instrumental, juega un papel importante en la generación o no del *burnout*. Son menos susceptibles a desarrollar el síndrome los trabajadores que cuentan con apoyo social a través de la familia, amigos, grupos de oración o compañeros de trabajo, entre otros.

Con relación a las manifestaciones clínicas y la intensidad de los síntomas del síndrome de agotamiento laboral, estas varían en función de los esfuerzos del trabajador por alcanzar la realización profesional. Sus efectos se pueden clasificar en trastornos psicósomáticos, alteraciones conductuales emocionales, actitudinales o sociales (Tabla 1).

Tabla 1. Efectos del síndrome de agotamiento laboral

Psicosomáticos	Conductuales
<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio hasta el agotamiento y malestar general. • Fatiga crónica. • Alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardiorrespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, reproductivo), con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión y crisis de asma, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta despersonalizada en la relación con el cliente. • Desarrollo de conductas de exceso como abuso de sustancias psicoactivas. • Cambios bruscos de humor. • Incapacidad para vivir de forma relajada. • Incapacidad de concentración. • Superficialidad en el contacto con los demás. • Comportamientos de alto riesgo. • Aumento de conductas agresivas.

Emocionales	Actitudinales	Sociales
<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento emocional. • Síntomas disfóricos (tristeza, irritabilidad o inquietud). • Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección. • Ansiedad. • Sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad. • Baja tolerancia a la frustración. • Sentimiento de soledad. • Sentimiento de impotencia. • Desorientación. • Aburrimiento. • Vivencias de baja realización personal. • Sentimientos depresivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza. • Apatía. • Cinismo e ironía hacia los clientes o usuarios de la empresa. • Hostilidad. • Susplicacia y poca verbalización en las interacciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes negativas hacia la vida en general. • Disminución la calidad de vida personal. • Aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extra laboral.

Adaptado de NTP 705: síndrome de estar quemado por el trabajo o *burnout* (II): consecuencias, evaluación y prevención (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, 2005).

1. INTRODUCCIÓN

Aunque no existe un orden de aparición de los signos y síntomas, en general se acepta que el cansancio es lo primero que aparece y que el último en aparecer es el sentimiento de inadecuación personal, siendo la despersonalización el elemento clave del síndrome. De acuerdo a la evolución y a la intensidad de los signos y síntomas, el síndrome de agotamiento laboral puede clasificarse como leve, moderado, grave o extremo (Figura 4) (EDIC College – División de Educación Continua, 2012).

Figura 4. Severidad del síndrome de agotamiento laboral



En conclusión, el síndrome de agotamiento laboral es una patología de origen laboral derivada de un estrés crónico, que surge de la interacción entre el contexto laboral y las características de la persona, y se caracteriza por cansancio físico o psicológico, sensación de no poder dar más de sí mismo (agotamiento emocional), una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás (despersonalización) y sentimientos de bajo logro personal y profesional, que cuando se presenta en toda su magnitud se manifiesta como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, con consecuencias organizacionales como baja productividad, pérdida de la calidad del trabajo realizado, insatisfacción laboral, aumento en las quejas de los clientes o usuarios de los servicios, desorganización, incremento del ausentismo, de la accidentalidad y la rotación laboral, entre otros.

1.2 Factores psicosociales relacionados con el efecto

Aunque el síndrome de *burnout* puede presentarse en cualquier tipo de actividad laboral y organización (Martínez, 2010), afecta con mayor frecuencia a las llamadas actividades asistenciales y de cuidado del otro, incluyendo a educadores, policías, militares y funcionarios de entidades públicas. Esto obedece a que en este tipo de profesiones las labores se realizan dentro de circunstancias específicas con altas demandas y poca retribución para los trabajadores. Por ejemplo, los profesionales de salud se enfrentan a condiciones en las que, además de estar atendiendo continuamente las necesidades de los pacientes (expuestos a un alto nivel de contacto con el sufrimiento y la muerte); se les impone altos ritmos de trabajo (número de consultas/hora), con limitaciones de los elementos de trabajo (número de laboratorios y ayudas diagnósticas, así como de medicamentos a utilizar en el tratamiento), en turnos de trabajo que limitan el descanso y la vida social. Además de la complejidad de tareas y horarios, la hostilidad en el trato, el poco estímulo y valoración de las personas y la baja remuneración, facilitan las condiciones para que este grupo de profesionales presente las altas tasas de prevalencia del síndrome, que varían según los estudios entre el 1,9 % y el 26,6 % en personal de enfermería (Cogollo *et al.*, 2010) y entre 9,1 % y el 85,3 % en médicos internos y residentes de especialidades médico-quirúrgicas (Borda *et al.*, 2007; Paredes y Sanabria, 2008; Rodríguez *et al.*, 2011).

Estudios realizados en diferentes países con población docente han revelado un rango amplio de prevalencia del síndrome de *burnout* (desde el 12,5 % hasta el 80 %). En Colombia estudios efectuados en Medellín y Bogotá han reportado prevalencias que oscilan entre el 15,6 % y el 29 % (Restrepo *et al.*, 2006; Gómez *et al.*, 2009), lo que puede atribuirse a que en las labores de docencia los trabajadores, además de realizar tareas que implican la constante interacción con alumnos, la planeación de actividades curriculares, elaboración de informes de desempeño, evaluación constante de estudiantes, etc., se les exige que asuman compromisos de formación y orientación que no han podido desempeñar los padres de los educandos, responsabilidades que sumadas a la cantidad de exigencias por cambios y reformas en los planes de estudio, las continuas y cada vez más frecuentes reestructuraciones del sistema educativo y los bajos salarios, hacen de la docencia una profesión de alta vulnerabilidad frente al desarrollo y prevalencia del síndrome de *burnout*.

Factores de riesgo equivalentes a los descritos anteriormente se observan en trabajadores que por las características de su trabajo se enfrentan a situaciones de violencia, como policías, militares, personal de la rama judicial y la fiscalía, entre otros.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

El marco legal de referencia que justifica la acción de las empresas en la atención de los factores psicosociales se presenta en la *Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora*, que forma parte de esta serie de documentos. Sin embargo es importante precisar que el Decreto 1477 de 2014, mediante el cual se adopta la tabla de enfermedades laborales vigente a la fecha de elaboración de este protocolo, incluye al síndrome de agotamiento profesional (código CIE-10: Z73.0) como una enfermedad laboral asociada a las condiciones y contenido de la tarea, las demandas emocionales, los sistemas de control y la definición de roles que se presentan principalmente en ocupaciones del sector educativo, servicios sociales y de salud, en labores asociadas a la atención de niños y adolescentes, o que requieren contacto frecuente con personas privadas de la libertad, farmacodependientes, personas con discapacidad, pacientes terminales, personas que trabajan en el levantamiento de cadáveres, así como los que realizan atención a usuarios (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo ocupacional a tener en cuenta para la prevención del síndrome de agotamiento laboral

Factores de riesgo ocupacional	Ocupaciones/ Industrias	Enfermedades (CIE 10)
<p>Condiciones de la tarea: demandas de carga mental (velocidad, complejidad, atención, minuciosidad, variedad y apremio de tiempo); el contenido mismo de la tarea que se define a través del nivel de responsabilidad directo (por bienes, por la seguridad de otros, por información confidencial, por vida y salud de otros, por dirección y por resultados); las demandas emocionales (por atención de clientes); especificación de los sistemas de control y definición de roles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades del sector educativo, servicios sociales y de salud. • Atención a niños y adolescentes en circunstancias de vida difíciles, a personas privadas de la libertad, a farmacodependientes. • Atención a usuarios. • Atención a víctimas, personas con discapacidad, pacientes terminales, personas que trabajan en levantamiento de cadáveres. 	<p>Síndrome de <i>burnout</i> (Z73.0).</p>

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

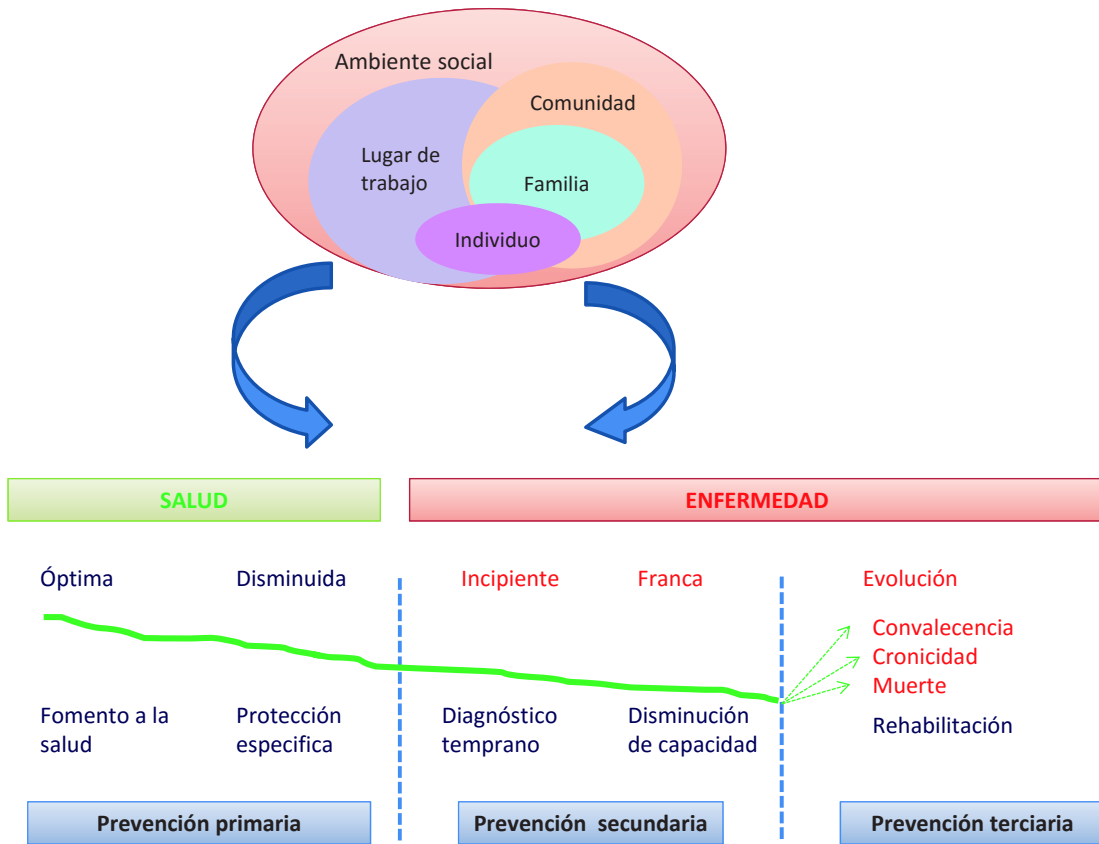
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

La definición de prevención de la salud de la Organización Mundial de la Salud establece diferentes niveles de actuación con el objeto de promover la salud, diagnosticar y tratar oportunamente al enfermo, evitar complicaciones y rehabilitar en caso de secuelas (Organización Mundial de la Salud, 1998). A partir de este concepto, que está en íntima relación con el modelo de la historia natural de la enfermedad desarrollado por Leavell y Clark (1965), se fundamentan las acciones en salud pública, que según el momento del proceso en que se apliquen, se clasifican en actividades de promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria de la salud.

El protocolo de intervención del síndrome de agotamiento laboral toma los conceptos anteriores, y a partir del modelo ecológico de la salud propuesto por Mac Leroy *et al.* (1988), propone diferentes acciones de carácter participativo encaminadas a la prevención del síndrome de *burnout* en el ámbito laboral (Figura 5).

2. MARCO DE REFERENCIA

Figura 5. Marco conceptual para el desarrollo del protocolo de intervención del síndrome de agotamiento laboral



3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

El protocolo tiene como propósito orientar el quehacer de las empresas en la implementación de un programa de actuación frente al síndrome de agotamiento laboral. Incluye recomendaciones para la prevención, la detección precoz, el tratamiento y la rehabilitación del síndrome. Por su enfoque, establece acciones que requieren la participación activa de los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social Integral en Salud (empleadores, trabajadores, empresas promotoras de salud y administradoras de riesgos laborales, entre otros).

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo está diseñado para ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano, seguridad y salud en el trabajo y áreas afines, así como por los profesionales de la salud y todos aquellos profesionales que apoyan o acompañan las actividades del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Prevenir e intervenir los casos del síndrome de agotamiento laboral a través de un conjunto de actividades desarrolladas por la organización.

Específicos

- Establecer las actividades de prevención primaria que la empresa puede implementar con el propósito de prevenir (disminuir la incidencia) del síndrome de agotamiento laboral.
- Brindar a la empresa herramientas para la implementación de actividades de prevención secundaria y terciaria con el propósito de disminuir la prevalencia y reducir la aparición de secuelas derivadas del síndrome de agotamiento laboral.

5.2 Población objeto de la estrategia

Son objeto del presente protocolo todos los trabajadores que en virtud de la actividad desempeñada pueden encontrarse en riesgo de desarrollar el síndrome de agotamiento laboral.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.3 Alcance y limitaciones de la estrategia

Alcance

La presente estrategia incluye acciones de carácter administrativo y organizacional encaminadas a prevenir e intervenir los casos de síndrome de agotamiento laboral.

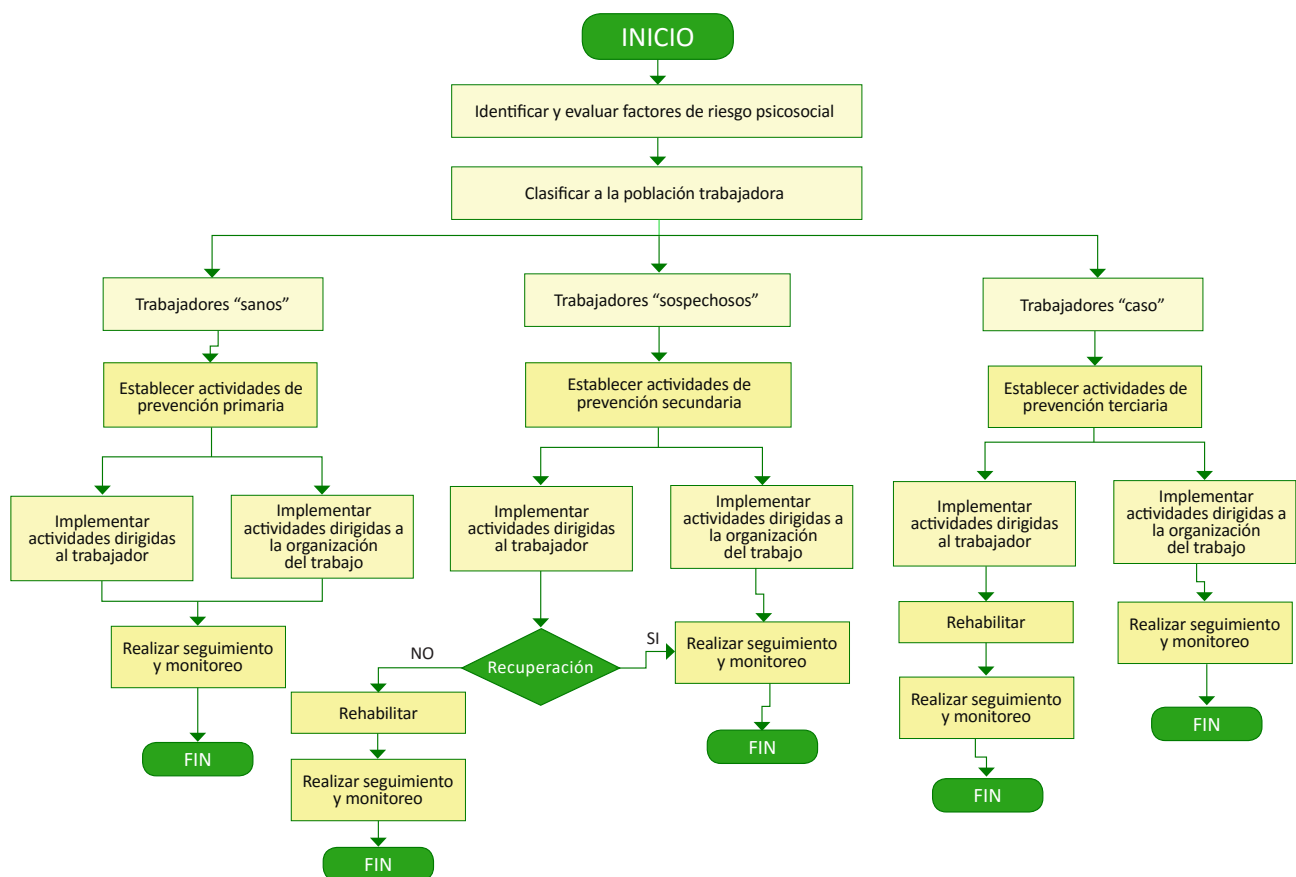
Limitaciones

El protocolo ha sido diseñado con un enfoque preventivo y no incluye aspectos relacionados con el manejo clínico ni farmacológico del síndrome de agotamiento laboral.

5.4 Implementación de la estrategia

La estrategia inicia con la identificación y valoración de los factores de riesgo psicosocial, a partir de la cual se proponen las actividades de prevención primaria, secundaria o terciaria que la empresa puede implementar para la gestión integral del síndrome de agotamiento laboral.

Figura 6. Flujograma del protocolo de prevención y atención del síndrome de agotamiento laboral



5.4.1 Identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial y clasificación de la población trabajadora

La identificación y evaluación de los factores de riesgo psicosocial es una responsabilidad del área de seguridad y salud en el trabajo. Para esta valoración en la actualidad se dispone de diversas alternativas, entre ellas la *Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial* (Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, 2010), que de conformidad a lo establecido en la Resolución 2646 de 2008, ha sido validada en el país y permite clasificar la exposición a los factores de riesgo psicosocial en cinco grupos:

- **Sin riesgo o riesgo despreciable:** ausencia de riesgo o riesgo tan bajo que no amerita desarrollar actividades de intervención. Las dimensiones y dominios que se encuentren bajo esta categoría serán objeto de acciones o programas de promoción.
- **Riesgo bajo:** los factores psicosociales que obtienen este nivel no están relacionados con síntomas o respuestas de estrés significativas. Las dimensiones y dominios que se encuentran en esta categoría serán objeto de acciones de intervención a fin de mantenerlos en los niveles de riesgo más bajo posibles.
- **Riesgo medio:** nivel de riesgo en el que se esperaría una respuesta de estrés moderada. Las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría ameritan observación y acciones sistemáticas de intervención para prevenir efectos en la salud.
- **Riesgo alto:** nivel de riesgo que tiene una probabilidad importante de asociación con respuestas de estrés alto, y por tanto las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría requieren intervención en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.
- **Riesgo muy alto:** nivel de riesgo con amplia posibilidad de asociarse a respuestas muy altas de estrés. Las dimensiones y dominios que se encuentran bajo esta categoría requieren intervención inmediata en el marco de un sistema de vigilancia epidemiológica.

A partir de los resultados de la identificación y evaluación de riesgo psicosocial y de las evaluaciones médicas ocupacionales, es responsabilidad del área de seguridad y salud en el trabajo clasificar a los trabajadores según el tipo de actividad de prevención del que formarán parte, así: trabajadores sanos, trabajadores sospechosos y trabajadores caso.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

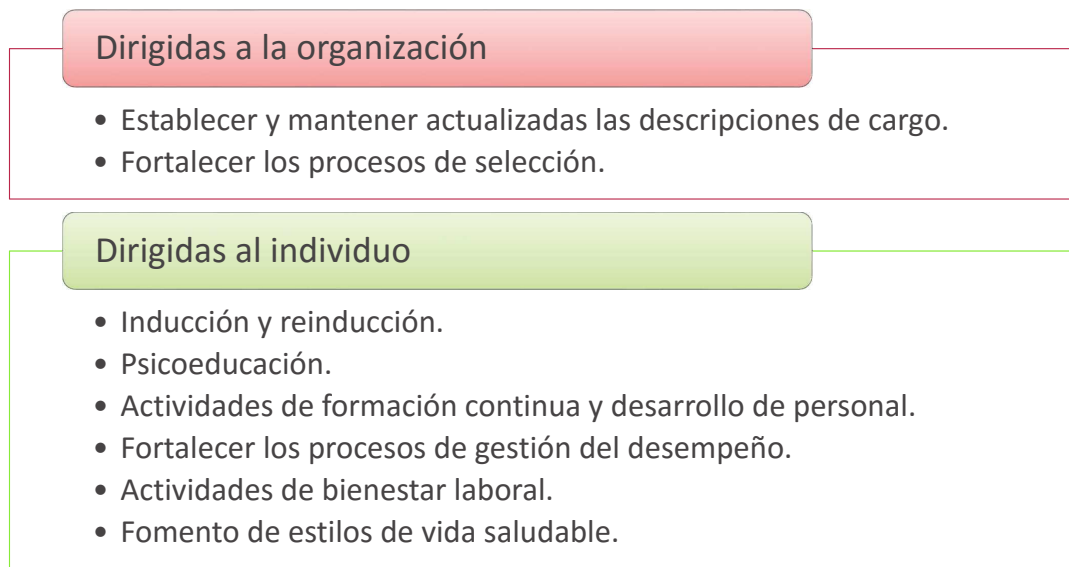
Los trabajadores “sanos” corresponden a personas que no presentan alteraciones del estado de salud y por lo tanto son objeto de las actividades de prevención primaria. Los trabajadores con signos y síntomas sugestivos de síndrome de agotamiento laboral se clasifican como “sospechosos” y deben ser incluidos en las actividades de prevención secundaria. Finalmente, los trabajadores con diagnóstico de síndrome de agotamiento laboral (“caso”), constituyen la población a quien se dirige las actividades de intervención terciaria.

5.4.2 Actividades de prevención primaria

Consiste en la realización de actividades organizacionales tendientes a asegurar el mayor grado de ajuste y adaptabilidad de los trabajadores a los requerimientos y las características propias de cada empresa en términos de cultura, valores, estilo de liderazgo y forma de trabajo.

Las actividades que el área de gestión del talento humano debe considerar en el plan de intervención para prevenir el síndrome de agotamiento laboral, se clasifican en las dirigidas a la organización y las dirigidas al trabajador (Figura 7).

Figura 7. Actividades de prevención primaria



5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Las actividades dirigidas a los procesos organizacionales incluyen entre otras:

- Establecer y mantener actualizadas las descripciones de cargo, ajustándolas a los cambios dinámicos de la organización y asegurando que incluyen los objetivos, el alcance y las principales responsabilidades del oficio a desempeñar, evitando ambigüedades y conflictos de roles, de manera que el trabajador comprenda su rol y lo que se espera de él, sin generar expectativas que no puedan cumplirse, promoviendo el trabajo en equipo, fomentando la colaboración y la no competitividad en la empresa (ver acción “Claridad del rol como pilar del desempeño” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral* que forma parte de esta serie de documentos).
- Fortalecer los procesos de selección incluyendo la realización de pruebas de pre-empleo tendientes a identificar tipos de personalidad, estilos de afrontamiento, tolerancia a la frustración y al estrés, de manera que se asegure la selección o inclusión de los trabajadores con mayores aptitudes para afrontar los retos del trabajo en función de las exigencias y demandas del cargo (ver acción “Construcción del ajuste persona- trabajo” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).

Las actividades dirigidas al individuo, y que también pueden ser implementadas por el área de gestión el talento humano, incluyen entre otras:

- Establecer y asegurar la realización de programas de inducción y reinducción: estos programas permiten reducir la ansiedad y el nerviosismo generados por el ingreso a un nuevo trabajo o por los cambios que se presenten en la empresa, y ayudan a divulgar y comprender políticas, principios y valores de la organización, convirtiéndose en herramientas para dar a conocer los factores de riesgo a los cuales se encuentran expuestos los trabajadores y sus efectos en la salud, entre otros (ver acción “Inducción y reinducción” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).
- Establecer e implementar un programa de psicoeducación que permita, en función del rol desempeñado, identificar y reconocer precozmente la aparición de signos y síntomas sugestivos de la enfermedad. Así por ejemplo, el programa de capacitación a los trabajadores debe incluir, entre otros temas, las causas, síntomas y consecuencias del síndrome de agotamiento laboral, técnicas para identificar, discriminar y resolver problemas, y entrenamiento en técnicas de relajación.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

De otra parte, el programa de psicoeducación de directivos y jefes, además de contemplar los temas de la capacitación dirigidos a trabajadores, debe incluir un módulo orientado a desarrollar habilidades para identificar señales sugestivas del síndrome de agotamiento laboral en los trabajadores a su cargo. Los síntomas de interés incluyen entre otros: cambios de comportamiento, deterioro de la calidad del trabajo, incumplimiento de las responsabilidades propias del rol, irritabilidad excesiva y conductas agresivas en el trabajo, falta de colaboración y de contacto con los compañeros y dificultad en la toma de decisiones, entre otros. Con el propósito de asegurar la asignación de recursos para la realización de las actividades de psicoeducación, estas deben enmarcarse en el plan de capacitación que anualmente desarrolla la empresa.

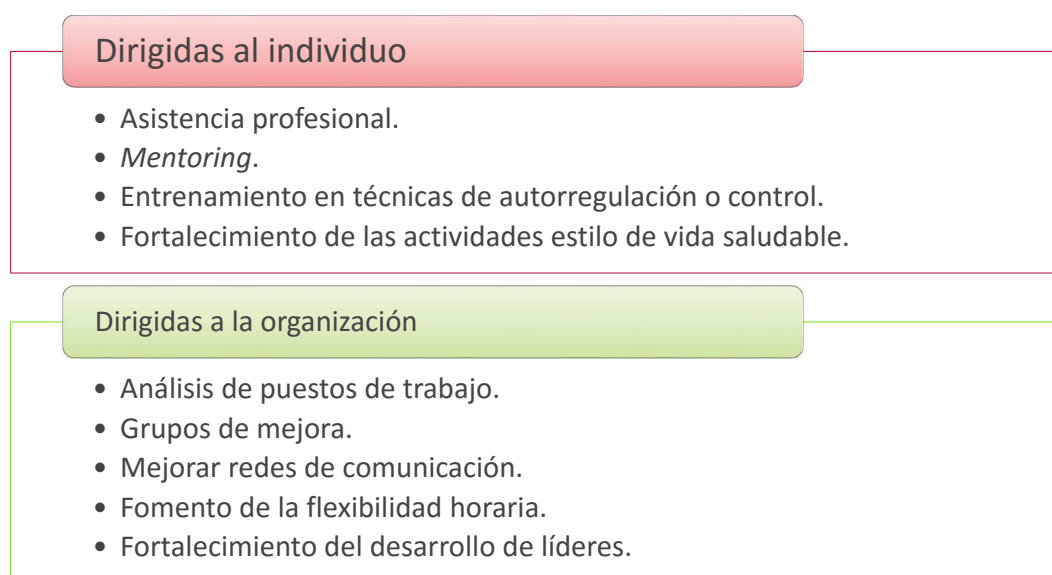
- Establecer y llevar a cabo actividades de formación continua y de desarrollo personal con el objeto de buscar el crecimiento personal y profesional de los trabajadores, mejorar sus relaciones interpersonales y la forma en que manejan los conflictos (ver acción “Diseño y fortalecimiento del plan de formación de los trabajadores” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).
- Fortalecer los procesos de gestión del desempeño, asegurando que los resultados sean conocidos por el trabajador, lo cual le permitirá identificar fortalezas y oportunidades de mejora, y definir planes de desarrollo personal (ver acción “Seguimiento y retroalimentación de la gestión” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).
- Fomentar estilos de vida saludable: la alimentación, la actividad física y el descanso son determinantes de las condiciones de salud. Además, la actividad física facilita el desplazamiento de la atención de los problemas, lo que contribuye a relativizar la importancia de los mismos; por esta razón, el fomentar estilos de vida saludable puede aumentar la resistencia de los trabajadores a desarrollar el síndrome de agotamiento laboral (ver acción “Fomento de estilos de vida saludable” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).
- Desarrollar actividades de bienestar laboral que estimulen y motiven la participación de los trabajadores y de su grupo familiar, con el propósito de generar espacios de esparcimiento e integración que fortalezcan la confianza entre los miembros del equipo, las relaciones interpersonales y el apoyo social (ver acción “Fomento de actividades educativas, deportivas, recreativas y culturales” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).

5.4.3 Actividades de prevención secundaria

El diagnóstico de síndrome de agotamiento laboral puede ser emitido por la entidad prestadora de salud (EPS) a la cual se encuentra afiliado el trabajador, por la administradora de riesgos laborales (ARL) a la cual se encuentra afiliada la empresa, o sospecharse a partir de las evaluaciones médicas ocupacionales, entrevistas diagnósticas, la aplicación de herramientas psicométricas específicas o mediante el uso de escalas que permiten valorar en qué grado están afectadas en el individuo las dimensiones que componen el síndrome. Un listado no exhaustivo de instrumentos que a nivel internacional han sido utilizados para establecer el diagnóstico de *burnout* se presenta en el anexo 1.

Las actividades de prevención secundaria están orientadas a la atención de los trabajadores que presentan signos y síntomas sugestivos de estar desarrollando el síndrome de agotamiento laboral, o aquellos a los que ya se les ha diagnosticado. Incluyen actividades dirigidas al individuo y actividades de carácter organizacional (Figura 8).

Figura 8. Actividades de prevención secundaria



5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Las actividades de atención al individuo incluyen la realización de actividades de asistencia profesional centradas en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento, que permitan a los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial modificar los procesos cognitivos y mejorar su salud y la calidad de vida laboral y personal.

La primera actividad a realizar es asegurar la asistencia profesional con personal especializado a todo trabajador con diagnóstico o con síntomas sugestivos de *burnout*. Se recomienda que el área de gestión del talento humano, en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo, solicite remisión para valoración del trabajador a la EPS a la cual se encuentre afiliado, con el propósito de que, de confirmarse el diagnóstico, se inicie oportunamente el tratamiento y de esta manera se eviten complicaciones o secuelas. Durante esta etapa, el área de gestión del talento humano debe asegurar que se le proporcione al trabajador el tiempo para asistir a las citas, exámenes clínicos o paraclínicos y que reciba la asistencia médica y asesoría profesional correspondiente. También es importante promover la realización de mesas de salud con la participación de la EPS y la ARL, con el objeto de establecer en conjunto los tratamientos e intervenciones tempranas, y de esta manera evitar el progreso de la enfermedad a situaciones crónicas de difícil manejo.

Adicionalmente, el área de gestión del talento humano puede desarrollar, con la asesoría y asistencia técnica de la ARL, actividades dirigidas al trabajador o al colectivo de trabajadores con signos y síntomas sugestivos del síndrome de agotamiento laboral, entre ellas:

- *Mentoring*: consiste en el acompañamiento, apoyo y ofrecimiento de consejos, información o guías de actuación por parte de personas con mayor experiencia y habilidades para solucionar problemas laborales. Su objetivo es apoyar el desarrollo profesional de personas que presentan cuadros clínicos sugestivos del síndrome de agotamiento laboral.
- Entrenamiento en técnicas de autorregulación o control (que neutralicen o eliminen las consecuencias del síndrome), para la gestión del tiempo, la capacidad de delegación, el desarrollo de habilidades sociales y de asertividad, el entrenamiento en solución de problemas, entre otros, que mantengan la motivación y el sentido del desempeño del puesto en el trabajo (ver las siguientes acciones: “Manejo eficaz del tiempo”, “Optimización de competencias de relación y comunicación” y “Desarrollo de estrategias de afrontamiento” contenidas en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Complementan las técnicas de intervención individual el fortalecimiento de las actividades tendientes a desarrollar estilos de vida saludable: el ejercicio físico (tiene efectos tranquilizantes y ansiolíticos), las técnicas de relajación y de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés, así como la desensibilización sistemática (ver las acciones “Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés” y “Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad” contenidas en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).

Es importante clarificar que las medidas encaminadas a desarrollar ejercicios, yoga o meditación, tanto dentro como fuera del lugar de trabajo resultan por sí solas insuficientes, pues si bien ayudan a brindar a los trabajadores momentos de relax y distensión, el síndrome de agotamiento laboral merece un tratamiento integral ya que no se trata sólo de mitigar el sufrimiento que implica, sino que las organizaciones y las personas que las integran consideren el trabajo como una fuente de realización y desarrollo personal y social, y no como un enemigo de la salud individual y colectiva.

Simultáneamente con las actividades dirigidas al trabajador o al colectivo de trabajadores con diagnóstico de síndrome de agotamiento laboral, la empresa debe implementar acciones encaminadas a generar cambios a nivel organizacional 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 evitar la recurrencia de la enfermedad. Algunas de las acciones de intervención en el trabajo son:

- Realizar análisis específicos de los puestos de trabajo, con el propósito de establecer la carga y demandas del trabajo para adecuarlas a las características psicofisiológicas del trabajador al que se le ha diagnosticado síndrome de agotamiento laboral. Para la ejecución de esta actividad, el responsable de seguridad y salud en el trabajo puede solicitar el apoyo y la asistencia técnica de la ARL.
- Grupos de mejora: se trata de formar equipos que trabajen juntos de forma regular para que en ellos se intercambie información, se apoyen unos a otros emocionalmente y resuelvan problemas laborales. Estos grupos tienen en común que proporcionan reconocimiento, confort, ayuda y compañerismo a cada uno de sus integrantes (ver acción “Mejoramiento participativo de las condiciones psicosociales de trabajo” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales*).

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- 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 (en identificar estresores, idear modos de aliviarlos y proponer mejoras), incrementar la comunicación y el apoyo social, reducir la ambigüedad de roles, funciones y mejorar la comunicación, operan positivamente sobre el estrés percibido en la organización (ver acciones: “Fomento de mecanismos formales de comunicación” y “Optimización de competencias de relación y comunicación” contenidas en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).
- Fomentar la flexibilidad horaria: el horario flexible en las empresas presenta una serie de beneficios interesantes, tanto para empresas como para trabajadores, en especial los que presentan signos y síntomas de agotamiento laboral. No se trata de trabajar menos horas, sino de forma diferente, más concentrados y optimizando el tiempo y los recursos. Las personas que trabajan con modelos de horario flexible, en general tienen mejor balance de vida laboral y personal, lo que aumenta la motivación hacia el trabajo generando un ambiente positivo que se traduce en un mejor clima organizacional (ver acción: “Conciliación de entornos intra y extralaboral”, adopción de prácticas de flexibilidad en la distribución temporal del trabajo, contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).
- Fortalecer el desarrollo de líderes capaces de identificar tempranamente signos y síntomas sugestivos de estrés crónico y orientar a sus trabajadores para incluirlos en el programa de prevención / atención del síndrome de agotamiento laboral (ver acción: “Rol de los jefes en la prevención y manejo del estrés” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).

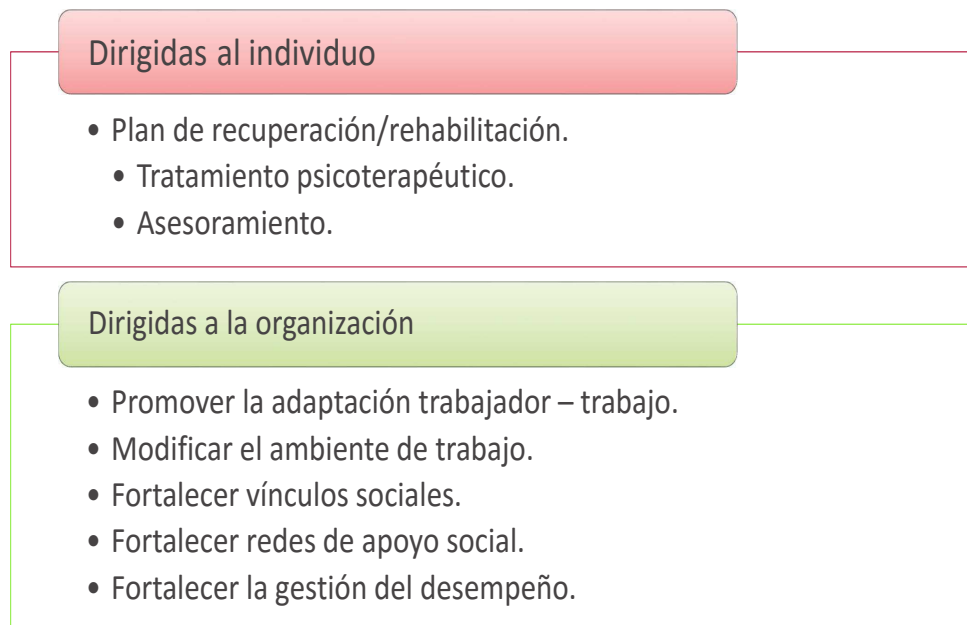
5.4.4 Actividades de prevención terciaria

Consiste en un conjunto de actividades desarrolladas con el propósito de lograr la recuperación o en su defecto, la rehabilitación laboral del trabajador a quien se le ha diagnosticado síndrome de agotamiento laboral (Figura 9).

Para la realización de las actividades de prevención terciaria, el responsable de seguridad y salud en el trabajo, en coordinación con el área de gestión de talento humano, puede solicitar la asistencia técnica y asesoría de la ARL a la cual se encuentra afiliada la empresa. El plan de recuperación/rehabilitación debe ser definido por un equipo interdisciplinario que debe conocer las exigencias del puesto

de trabajo, contar con el consentimiento informado y la aprobación del trabajador, quien además tiene la responsabilidad de participar activamente en el programa terapéutico para lograr su recuperación funcional.

Figura 9. Actividades de prevención terciaria



Las actividades de rehabilitación incluyen, entre otras:

- Tratamiento psicoterapéutico basado en los principios de la terapia cognitivo-conductual, el cual debe ser efectuado por psiquiatras o psicólogos con experiencia en el manejo de trastornos mentales y del comportamiento. El tratamiento generalmente se estructura en cuatro fases diferenciadas:
 - **Reducción de los síntomas:** se tratan con técnicas cognitivo-conductuales como activación gradual para el agotamiento, sesiones para hablar sobre preocupaciones, condicionamiento de los impulsos para la incapacidad de relajarse y control de estímulos para la irritabilidad.
 - **Comprensión de la personalidad de uno mismo:** según la experiencia clínica, existen las personalidades tipo A y B, las cuales presentan mayor susceptibilidad a padecer *burnout*. En esta fase se busca que el trabajador aprenda a manejar su personalidad mediante el uso de técnicas como la evaluación cognitiva y que además gestione aquellos rasgos de su personalidad que son problemáticos y que han provocado inconvenientes en el pasado.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- **Afrontamiento del problema:** mediante el entrenamiento en habilidades dirigidas a reducir el estrés laboral, como por ejemplo a la hora de presidir una reunión o de hablar en público.
- **Preparación para el futuro:** el programa psicoterapéutico finaliza con una discusión sobre el papel del trabajo en la vida del trabajador. La mayoría de las personas que sufren *burnout* han volcado todas sus energías en el trabajo a expensas de su vida privada. Por tanto, tienen que recuperar el poder de saber y aceptar que existen límites y diferencias entre uno y otro, distinciones entre espacios públicos y privados que deben ser respetados para lograr el equilibrio, la salud y el desarrollo, entre lo que es trabajo y lo que no, entre su vida laboral y privada.
- **Asesoramiento:** se trata de una metodología activa que busca restaurar el control del trabajador sobre su vida laboral y lo estimula a responsabilizarse de nuevo de su propia conducta. Se desarrolla en tres fases: en la primera el trabajador debe entender y aceptar el problema y hacer conciencia de que sólo él puede resolverlo con su propio esfuerzo y dedicación. En la segunda, se utilizan técnicas para describir y afrontar el problema (autodiagnóstico, gestión del tiempo, entre otros), y en la última, al sujeto se le prepara para volver a su trabajo mediante una exposición sistemática.

Finalmente, además de las actividades dirigidas al trabajador o al colectivo de trabajadores con diagnóstico de síndrome de agotamiento laboral, la empresa debe implementar actividades de prevención terciaria encaminadas a generar cambios a nivel organizacional, crear las condiciones para que las personas desarrollen actitudes tendientes a adaptarse creativamente al trabajo, incrementen el grado de conocimiento de sí mismo y de otros, disminuyendo el riesgo de generar secuelas como consecuencia del síndrome de agotamiento laboral. Adaptarse creativamente al trabajo no significa ajustarse a sus exigencias, sino crear condiciones en la realidad psíquica y laboral para no caer en la monotonía, despersonalización, agotamiento y sentimiento de frustración y vacío, para lo cual el área de gestión del talento humano, en coordinación con el responsable de seguridad y salud en el trabajo, debe considerar intervenciones como las siguientes:

- **Promover la adaptación trabajador-trabajo:** es una actividad fundamental del proceso de rehabilitación en donde el trabajador, con el apoyo del responsable de seguridad y salud en el trabajo y con la asesoría y asistencia técnica de la ARL, se incorpora a las actividades de su puesto de trabajo en forma paulatina. La adaptación al puesto de trabajo incluye actividades de formación y entrena-

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

miento en los procesos productivos de la empresa, así como temas de seguridad y salud en el trabajo, y se refuerzan los conocimientos sobre los factores de riesgo propios de la actividad y los controles para estos (Ministerio de la Protección Social, 2010). Puede ser de utilidad la revisión de la acción “Construcción del ajuste persona-trabajo” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*.

- Modificar el ambiente de trabajo: es responsabilidad del área de gestión del talento humano, en coordinación con la de seguridad y salud en el trabajo, realizar los cambios administrativos, organizacionales, de diseño del puesto de trabajo, de seguridad y del ambiente laboral que se requieran para compensar las capacidades de las personas con los requerimientos de desempeño del trabajo (Ministerio de la Protección Social, 2010).
- Fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores: es importante tener compañeros con los que se puedan entablar relaciones cordiales, sinceras y de mutua colaboración. Así mismo, el consolidar dinámicas grupales permite aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo (ver la acción: “Promoción del apoyo social en la organización” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).
- Fortalecer las redes de apoyo social, para lo cual es posible considerar la inclusión de consultorios jurídicos, de apoyo psicológico de las Universidades, Cajas de Compensación Familiar o convenios con entidades especializadas en el manejo de trastornos mentales y del comportamiento (ver acción: “Servicio de asistencia al empleado” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).
- Fortalecer la gestión del desempeño (*feedback*), asegurando el reconocimiento a los trabajadores por las actividades finalizadas (ver acción “Seguimiento y retroalimentación de la gestión” contenida en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos*).

5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

La implementación del presente protocolo de actuación frente al síndrome de agotamiento laboral requiere la participación de un equipo interdisciplinario, que asegure la identificación, valoración y seguimiento a las alteraciones de salud de los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial, y en especial de las ge-

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

neradas por situaciones de estrés laboral. A través de este equipo se podrá ofrecer a los trabajadores servicios especializados y técnicos de prevención y gestión del riesgo. Se deben definir e implementar indicadores de proceso, estructura y resultado de las actividades realizadas, y asegurar el establecimiento de un sistema de información que permita hacer el seguimiento y análisis de tendencia de las alteraciones de salud de los trabajadores. En el anexo 2 se presenta un listado, no exhaustivo, de los indicadores que la empresa puede implementar para la identificación, evaluación y seguimiento del síndrome de agotamiento laboral.

6. GLOSARIO

Adaptación laboral: proceso de ajuste entre las capacidades del individuo y los requerimientos de desempeño (Ministerio la Protección Social. Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Capacidad funcional: conjunto de destrezas individuales que permiten el adecuado desarrollo de una actividad determinada (Ministerio la Protección Social. Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Equipo interdisciplinario: forma de trabajo que se caracteriza por dar una participación activa a profesionales de diferentes disciplinas, representantes de diversos sectores de la comunidad y, lo más importante, a la persona con discapacidad. Este estilo de trabajo exige de los diferentes miembros el aporte de información desde su campo de acción, permitiéndoles su complementación con la suministrada por los demás. La información que se obtiene se convierte en la base de la discusión y toma de decisiones que el grupo hace para el logro del objetivo común (Ministerio la Protección Social. Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Factores de riesgo: condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o

6. GLOSARIO

causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones (Organización Mundial de la Salud, 1998).

Factores de riesgo psicosocial: condiciones psicosociales cuya identificación y evaluación muestra efectos negativos en la salud de los trabajadores o en el trabajo (Resolución de 2646 de 2008).

Indicador: expresión cuantitativa o cualitativa del comportamiento o del desempeño.

Indicador de estructura: medida verificable de disponibilidad y acceso a recursos, políticas y organización con que cuenta la empresa para atender demandas y necesidades en seguridad y salud en trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de proceso: medidas verificables del grado de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (Decreto 1072 de 2015).

Indicadores de resultado: medidas verificables de los cambios alcanzados en un periodo definido, teniendo como base la programación y la aplicación de recursos propios del programa o del sistema de gestión (Decreto 1072 de 2015).

Mejora continua: proceso recurrente de optimización del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, para lograr mejoras en el desempeño en este campo, de forma coherente con la política de seguridad y salud en trabajo (SST) de la organización (Decreto 1072 de 2015).

Población objeto: persona o grupo de personas expuesta a factores psicosociales, a quien(es) se dirige la acción o estrategia propuesta con el propósito de promover la salud o prevenir enfermedades.

Promoción de la salud: actividades que tienen por objeto promover actitudes, conductas y comportamientos para que las personas orienten su forma de vida hacia un estado óptimo de salud. Los programas de alimentación saludable, actividad física y ejercicio son ejemplo de actividades de promoción encaminadas a mantener y mejorar las condiciones de salud (OMS, 1998).

Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o trastorno de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad (OMS, 1998).

Prevención secundaria: medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o trastorno de salud ya presente en un individuo, mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Tiene por objetivos atender, limitar o controlar la enfermedad, es decir, reducir la prevalencia de la enfermedad (OMS, 1998).

Prevención terciaria: medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de secuelas de una enfermedad o trastorno de salud. Tiene por objeto mejorar la calidad de vida de la persona enferma, refuncionalizarla y revitalizarla (OMS, 1998).

Rehabilitación: conjunto de acciones sociales, terapéuticas, educativas y de formación, de tiempo limitado, articuladas y definidas por un equipo interdisciplinario, que involucran al usuario como sujeto activo de su propio proceso, a la familia, a la comunidad laboral y a la comunidad social, en el cumplimiento de los objetivos trazados, que apunten a lograr cambios en el trabajador y su entorno, que le permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida (Ministerio la Protección Social. Dirección General de Riesgos Profesionales, 2010).

Síndrome de *burnout*: es una patología derivada de un estrés crónico, con consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, que surge de la interacción entre el contexto laboral y las características de la persona, y se caracteriza por cansancio físico o psicológico, sensación de no poder dar más de sí mismo (agotamiento emocional), una actitud fría y despersonalizada en relación con los demás (despersonalización) y sentimientos de bajo logro personal y profesional (Martínez, 2010).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruíz, J. (2007). Síndrome de *burnout* en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte* 23 (1): 43-51.
- Cogollo, Z., Batista, E., Cantillo, C., Jaramillo, A., Rodelo, D. y Meriño, G. (2010). Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias de Cartagena, Colombia. *Aquichan* 10 (1): 43-51.
- Confederación de Empresarios de Málaga. (2013). Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. Disponible en: http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_interactivo.pdf
- Consejo Estatal de la Mujer y Bienestar Social. Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno del Estado de México. (2011). Guía metodológica para la atención del desgaste profesional por empatía (Síndrome del *burnout*). Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/EdoMex/edomex_meta5_2011.pdf
- Decreto 1477 de 2014. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.
- Decreto 1072 de 2015. Ministerio de Trabajo. República de Colombia.

7. BIBLIOGRAFÍA

- EDIC College, División de Educación Continua. (2012). Síndrome de quemazón (*burnout*) en el personal de salud.
- Gómez, C., Rodríguez, V., Padilla, A. y Avella, C. (2009). El docente, su entorno y el síndrome de agotamiento profesional (SAP) en colegios públicos en Bogotá (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría* 38 (2): 279-293.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2005). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (I): definición y proceso de generación. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. (2005). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o *burnout* (II): consecuencias, evaluación y prevención. Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf
- Längle, A. (2003). Burnout - Existential Meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy* 4 (1): 107-122.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. y Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education & Behavior* 15 (4), 351-377.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de *burnout*. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* (112): 1-40.
- Leavell H. y Clark E. (1965). Preventive Medicine for the Doctor in His Community. New York: McGraw-Hill Book Company.
- 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. Bogotá, D. C., Colombia.
- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana. (2010). Batería de Instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial. Bogotá, D.C., Colombia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). Promoción de la Salud - Glosario. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

7. BIBLIOGRAFÍA

- Paredes, O. y Sanabria, P. (2008). Prevalencia del síndrome de *burnout* en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista MED* 16 (1): 25-32.
- Quiceno, M. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología* 10 (2): 117-125.
- Resolución 2646 de 2008. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia.
- Restrepo, N., Colorado, G y Cabrera, G. (2006). Desgaste emocional en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. *Revista Salud Pública* 8 (1): 63-73.
- Rodríguez, M., Rodríguez, R., Riveros, A., Rodríguez, M. y Pinzón, J. (2011). Síndrome de *burnout* y factores asociados en personal de salud en tres instituciones de Bogotá en diciembre de 2010. Universidad del Rosario, Universidad CES - Especialización en Epidemiología. Bogotá, D. C., Colombia.

8. ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos para establecer el diagnóstico de síndrome de agotamiento laboral

Nombre	Año	Autor(es)
Maslach Burnout Inventory (MBI) o MBI-Human Services Survey (MBI- HSS) (Versión 1, clásica)	1981	Maslach y Jackson
	1986	
MBI - Educator Survey (MBI ES) (Versión 2)	1986	Maslach, Jackson y Schwab
Indicadores de burnout	1979-1980	Gillespie
Staff Burnout Scale (SBS)	1980	Jones
Tedium Measure	1981	Pines, Aronson y Kafry
Burnout Scale (BS)	1985	Kremer y Hofman
Teacher Burnout Scale	1986	Seidman y Zager
Energy Depletion Index (EDI)	1987	Garden
Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE)	1990	Matthews
Escala de efectos psíquicos del burnout (EPB)	1990	García Izquierdo
Escala de variables predictoras del burnout (EVPB)	1992	Aveni y Albani
Cuestionario de burnout del profesorado (CBP)	1993	Moreno y Oliver
Holland Burnout Assessment Survey (HBAS)	1993	Holland y Michael

8. ANEXOS

Nombre	Año	Autor(es)
Rome Burnout Inventory (RBI)	1994	Ventury, Rizzo, Porcus y Panchery
Escala de burnout de directores de colegio	1995	Friedman
Cuestionario breve de burnout (CBB)	1997	Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles
Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE)	2000	Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles
Cuestionario de burnout del profesorado	1993	Moreno-Jiménez, Garrosa y González
	2000	
Inventario de <i>burnout</i> de psicólogos (IBP)	2002	Benevides, Moreno-Jiménez, Garrosa y González
Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS) (Versión 3).	1996	Original: Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson
	2002	Adaptación al español: Gil-Monte
Cuestionario para la evaluación del síndrome de estar quemado por el trabajo en profesionales de la salud (CESQT PS).	2005	Pedro Gil Monte

Anexo 2. Tabla resumen de objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Establecer actividades de prevención primaria.	Establecer y mantener actualizada las descripciones de cargos.	Estructura	Perfiles de cargo actualizados.	Gestión del talento humano	Anual
	Fortalecer los procesos de selección.	Resultado	Número de ingresos que cumplen con el perfil del cargo / Total de ingresos del periodo.	Gestión del talento humano	Anual
	Inducción y reducción.	Estructura	Programa de inducción y reinducción documentados.	Gestión del talento humano	Anual
		Proceso	Número de trabajadores que participan en las actividades de inducción / Total de ingresos del periodo.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
	Programa de psicoeducación.	Estructura	Programa de psicoeducación documentado.	Gestión del talento humano	Anual
		Proceso	Número de trabajadores que participan en las actividades de psicoeducación / Total de trabajadores a capacitar.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de trabajadores que aprueban la evaluación asociada a las capacitaciones / Total de trabajadores capacitados.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Establecer actividades de prevención terciaria.	Asegurar asistencia profesional.	Proceso	Número de trabajadores que reciben apoyo médico o psicológico / Total de trabajadores que requieren atención especializada.	Seguridad y salud del trabajo	Trimestral Semestral Anual
			Número de análisis de puesto de trabajo realizados / Total de estudios de puesto de trabajo requeridos.	Seguridad y salud del trabajo	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de trabajadores recuperados / Total de trabajadores en tratamiento.	Seguridad y salud del trabajo	Trimestral Semestral Anual
			Número de trabajadores reincorporados al trabajo / Total de trabajadores en proceso de rehabilitación durante el periodo.	Seguridad y salud del trabajo	Trimestral Semestral Anual
	Promover la adaptación entre el trabajador y su trabajo	Proceso	Número de casos con adaptación entre trabajador y puesto de trabajo adaptado al trabajador / Total de casos en el periodo.	Seguridad y salud del trabajo	Trimestral Semestral Anual
	Evaluar la eficacia del programa.	Resultado	Número de “casos nuevos” durante el periodo / Total de trabajadores.	Seguridad y salud del trabajo	Trimestral Semestral Anual

8. ANEXOS

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Establecer actividades de prevención terciaria.	Evaluar la eficacia del programa.	Resultado	Total de trabajadores con diagnóstico de síndrome de agotamiento laboral en el periodo / Total de trabajadores.	Seguridad y salud del trabajo	Trimestral Semestral Anual
			Número de días perdidos por ausentismo asociado al síndrome de agotamiento laboral en el periodo / Total de días de trabajo programados.	Seguridad y salud del trabajo	Trimestral Semestral Anual



9 789587 169584

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, palpitations 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, palpitations, 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

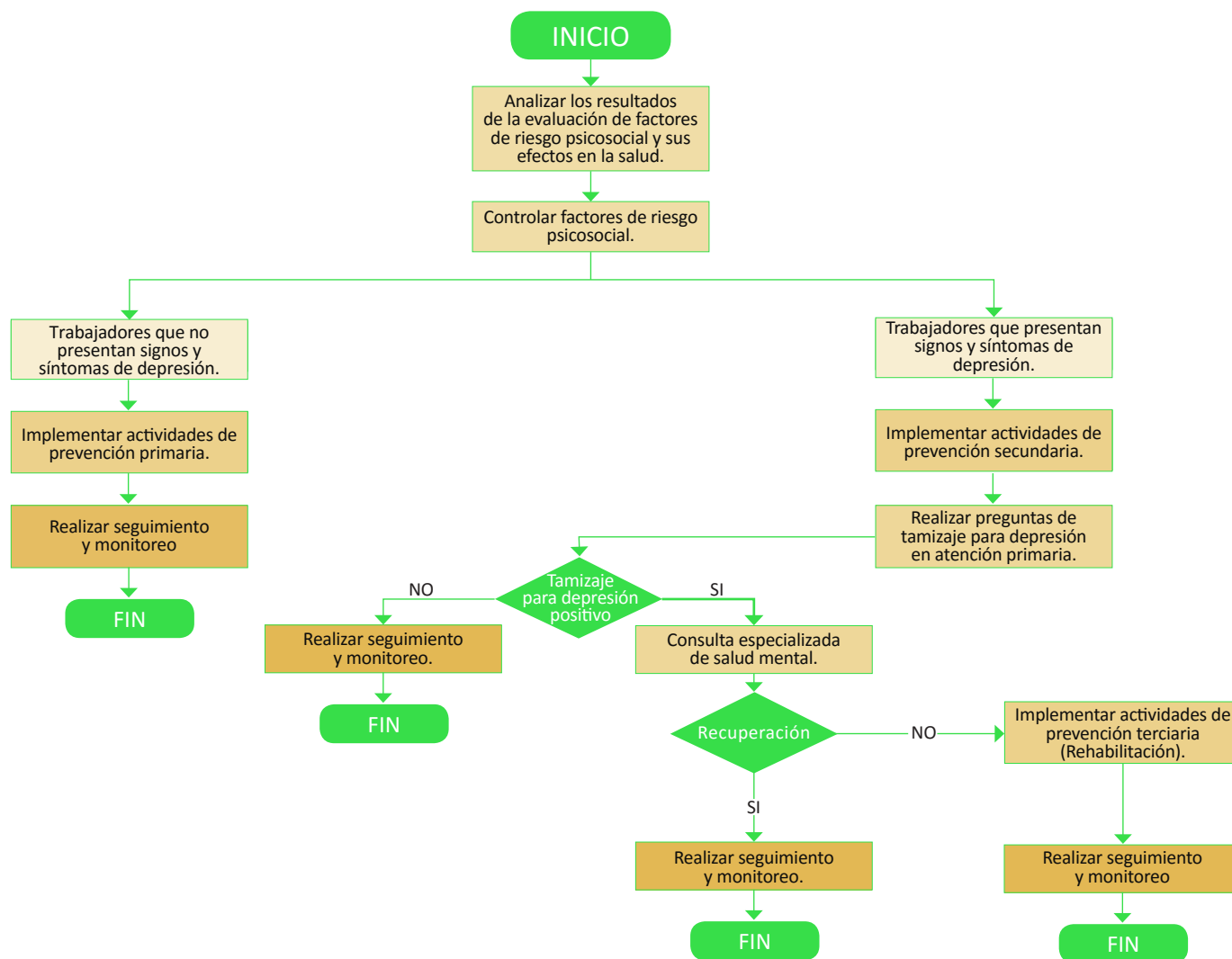
- Resolver o canalizar las inquietudes que los demás trabajadores tengan sobre la reincorporación del trabajador afectado y los cambios que se implementarán.
- Comunicar al trabajador y a sus supervisores directos aquellas medidas que se pondrán en práctica para facilitar su recuperación.
- Mantener 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

7. BIBLIOGRAFÍA

- 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/GuiamhGAP.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.

8. ANEXOS

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.



9 789587 169539

Trastorno de estrés postraumático

Protocolo de actuación
temprana y manejo de casos
en el entorno laboral

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN TEMPRANA Y MANEJO DE CASOS 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

978-958-716-948-5

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Trastorno de estrés postraumático

Protocolo de actuación
temprana y manejo de casos
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 INSPEC-
CIÓN

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	10
2. MARCO DE REFERENCIA	11
2.1 Marco de referencia legal	11
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	13
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	15
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	16
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	17
5.1 Objetivos de la estrategia	17
5.2 Población objeto de la estrategia	17
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	18
5.4 Implementación de la estrategia	18
5.4.1 Actividades de prevención primaria	18
5.4.2 Actividades de prevención secundaria	19
5.4.3 Actividades de prevención terciaria	21
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	24
6. GLOSARIO	25
7. BIBLIOGRAFÍA	28
8. ANEXOS	32

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización de la problemática en salud

El trastorno de estrés postraumático fue descrito desde 1789 por Pinel en personas sobrevivientes de las batallas durante las contiendas de la revolución francesa y llamado después neurosis de guerra (Carvajal, 2002), aparece en 1980 por primera vez con el término con que actualmente se conoce. La aparición en la vida cotidiana de circunstancias imprevistas, que ponen en riesgo la integridad física y emocional de las personas es un evento universal. En ocasiones la severidad de los hechos, las características de la personalidad de quien los experimenta, los recursos sociales de apoyo y la naturaleza del evento, determinan la posibilidad de experimentar una situación de estrés de características severas, que puede derivar en un trastorno de estrés postraumático.

La presencia de desastres naturales y emergencias relacionadas con desastres ocasionados por el hombre, representa un factor que aumenta el riesgo de experimentar situaciones traumáticas. De igual manera los diferentes tipos de violencia como entes generadores de situaciones traumáticas han ido en aumento en los últimos años, permitiendo que la posibilidad de enfrentar una situación violenta para cualquier persona sea hoy

1. INTRODUCCIÓN

un riesgo cotidiano. Un porcentaje cercano al 65 % de la población general ha enfrentado en algún momento de la vida un suceso traumático importante, sin embargo no todos ellos desarrollan un trastorno de estrés postraumático. Lo anterior confirma que la sola magnitud de la experiencia no es suficiente para desencadenarlo.

Existen factores de riesgo y susceptibilidad para que este se presente, tales como la predisposición genética, el bajo nivel académico, el género femenino y la exposición a episodios previos de naturaleza traumática y la personalidad pasivo dependiente. Lo inesperado de una situación crítica o el haber estado expuesto de forma repetitiva a experiencias traumáticas aumenta la posibilidad de sufrir un trastorno de estrés postraumático. Hay además otros factores relacionados con la percepción de la presencia y calidad del apoyo social que contribuyen a modificar la experiencia y por supuesto la disponibilidad de recursos para afrontarla.

La cantidad de personas que en la realidad sociopolítica y económica del país se encuentran en riesgo de padecer un trastorno como el descrito, el cual acarrea un importante efecto en la funcionalidad sociolaboral de los afectados y sus familias en caso de que el trastorno se cronifique, constituye un grupo de impacto en la salud pública que demanda un alto costo para su atención, si se incluyen además los efectos financieros del ausentismo, la disminución del rendimiento y los accidentes de trabajo, o las complicaciones derivadas en la salud mental de la persona afectada, tales como el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, depresión, trastornos de ansiedad y conducta violenta.

El trastorno de estrés postraumático afecta a personas que han experimentado accidentes o situaciones traumatizantes, ajenas a la variedad normal de acontecimientos de la vida cotidiana y que el individuo vive como abrumadoras. Debe entonces estar presente el antecedente de exposición real o por una amenaza, de muerte, de una lesión grave o a violencia sexual, ya sea directamente o por haberlo presenciado o al enterarse de que algo de características violentas le ocurrió a algún familiar o amigo, al menos un mes antes de la aparición de los síntomas. Esto mismo se considera si eventos de naturaleza similar ocurren de manera repetitiva, aun tratándose de personas desconocidas, como es el caso de los socorristas o equipos técnicos de entidades que deben atender situaciones altamente traumáticas, entre otros.

La persona expuesta a sucesos traumáticos severos puede presentar recuerdos o sueños angustiosos, repetitivos e intrusivos, acompañados de malestar emocional

y reacciones fisiológicas de ansiedad (taquicardia, sudoración, temblor, adormecimiento de manos entre otros), al estar en situaciones que le evocan el evento. Con alta frecuencia intenta evitar los recuerdos, los sentimientos y pensamientos relacionados con el suceso traumático, así como a personas o actividades que asocia al mismo.

Algunas veces el afectado refiere no recordar lo ocurrido, lo recuerda de manera distorsionada y se siente incapaz de enfrentar las situaciones cotidianas. Posterior al suceso traumático es frecuente que además de los sentimientos negativos hacia sí mismo o los demás, sienta rabia, culpa, terror o vergüenza. También puede existir desinterés o distanciamiento hacia situaciones o personas e incapacidad para disfrutar.

Después de vivir una experiencia traumática aparecen en un buen número de casos: irritabilidad, reacciones de ira, agresividad, conducta imprudente, insomnio, disminución de la atención. Todos los síntomas descritos terminan alterando el funcionamiento social, familiar y laboral de la persona afectada. La aparición de los síntomas ocurre entre uno y seis meses después del evento traumático.

Lo anteriormente descrito corresponde al conjunto de signos y síntomas del trastorno de estrés postraumático ante lo cual debe hacerse diagnóstico diferencial con:

- **Depresión:** es posible que ambas estén presentes, sin embargo en la depresión no son frecuentes los síntomas de reexperimentación del suceso traumático y normalmente en ella predominan los síntomas depresivos y no el temor y la rabia.
- **Reacciones adaptativas:** son en general reacciones de intensidad menor que las descritas para el trastorno de estrés postraumático y no siempre está presente una situación de características devastadoras para la persona, como sí ocurre en el trastorno por estrés postraumático.
- **Reacción de estrés agudo:** son cuadros de características similares desencadenados ambos por situaciones traumáticas, pero en la reacción a estrés agudo los síntomas aparecen pocas horas después del evento y tienen un menor tiempo de duración (hasta 4 semanas).

En una empresa se pueden presentar dos tipos de situaciones asociadas con la aparición del trastorno de estrés postraumático: por la vivencia de un accidente de trabajo de características mortales o graves, situaciones de violencia sexual o

1. INTRODUCCIÓN

agresiones severas a la integridad física de los trabajadores, en cuyo caso se trata de un evento de origen laboral, y en segundo lugar por situaciones originadas fuera del trabajo, pero cuyos efectos impactan en el ambiente laboral.

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

En el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo, el trastorno de estrés postraumático ha sido incluido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como una enfermedad profesional, a menudo relacionada con la presencia de factores de riesgo psicosocial tales como violencia en el lugar de trabajo y situaciones de acoso laboral, sobretodo en casos de acoso sexual. En relación con el tipo de actividad económica y el tipo de trabajo es más frecuente en los sectores de salud, educación, en las instituciones del sector de seguridad del Estado, equipos de socorro y rescate, bomberos, trabajadores del sector financiero y trabajadores afectados por accidentes de trabajo graves o con riesgo de muerte. El trastorno puede afectar a todos aquellos que intervienen en el evento traumático (trabajador accidentado, compañeros que presencian el accidente, equipos de rescate o atención prehospitalaria).

2. MARCO DE REFERENCIA

1.1 Marco de referencia legal

La Ley 1438 del 19 de enero de 2011, en el artículo 1º consigna como objeto de la ley el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia 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, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Asimismo en el artículo 12 ordena adoptar la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: a) los servicios de salud; b) la acción intersectorial / transectorial por la salud, y c) 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

2. MARCO DE REFERENCIA

en Seguridad y Salud en el Trabajo, sistema que está regulado a través del Decreto 1072 de 2015. El artículo 9 de la ley establece que las administradoras de riesgos laborales, dentro de las actividades de promoción y prevención en salud, deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.

El Decreto 1477 de 2014 que adopta la tabla de enfermedades laborales vigente a la fecha de elaboración de este protocolo, e incluye el estrés postraumático (F43.1) 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 este factor de riesgo incluyen: 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 para la prevención del trastorno de estrés postraumático (Enfermedad CIE 10: F43.1)¹

Agentes etiológicos / Factores de riesgo ocupacional	Ocupaciones/ Industrias
Accidentes de trabajo severos (amputaciones y atrapamientos, quemaduras, descargas eléctricas de alta tensión, accidentes de tránsito, caídas de gran altura, explosiones, ahogamientos y otros); asaltos, secuestros, agresiones/ataque a la integridad física/ violaciones.	<ul style="list-style-type: none">• Deporte extremo: atletas y deportistas de alto rendimiento, boxeadores, entrenadores, preparadores físicos, instructores, ciclo montañismo, motocross y afines.• Trabajadores en espacios confinados, manejadores de recipientes sujetos a alta presión. Trabajadores de altos hornos: fundidores, peones y obreros. Trabajadores de comercio: vendedores, cajeros, gerentes de tienda, empleados de mostrador, operadores de centros de atención de llamadas y operadores mercadeo telefónico. Trabajadores de educación: directores, inspectores, maestros de todos los niveles (básica, media, media superior y superior), investigadores. Trabajadores de instituciones prestadoras de servicios de salud: médicos cirujanos, médicos residentes, enfermeras, laboratoristas, estomatólogos, radiólogos, choferes de ambulancia, paramédicos y camilleros.

1. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima versión (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

Agentes etiológicos / Factores de riesgo ocupacional	Ocupaciones/ Industrias
<p>Accidentes de trabajo severos (amputaciones y atrapamientos, quemaduras, descargas eléctricas de alta tensión, accidentes de tránsito, caídas de gran altura, explosiones, ahogamientos y otros); asaltos, secuestros, agresiones/ataque a la integridad física/ violaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores en minas de carbón, metales, uranio o yacimientos radioactivos, mineros, barrenadores, perforadores y manteadores de explosivos. • Trabajadores de protección civil: bomberos, policías, custodios, escoltas, vigilantes, guardias y celadores. • Trabajadores de transporte aéreo: pilotos aviadores, azafatas, personal de tripulación y controladores de tráfico aéreo. • Trabajadores de transporte marino: capitán, oficiales de navegación, marinos, camareros, cocineros y tripulación de buques, barcos y transbordadores y buzos. • Trabajadores de transporte terrestre: conductores de tracto camiones, conductores de autobuses, conductores de locomotoras y trabajadores de ferrocarriles y cualquier otra actividad laboral en la que exista exposición a los agentes causales.

Fuente: Decreto 1477 de 2014. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

Para la elaboración del presente protocolo de actuación se consideró la decisión ya normativizada para el país de adoptar la Estrategia de Atención Primaria en Salud, definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados 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” (Organización Mundial de la Salud, 1978).

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) han diseñado una Guía de intervención

2. MARCO DE REFERENCIA

humanitaria en el marco del Programa de acción para acabar con 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 (World Health Organization y UNHCR, 2015). 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 del trastorno por estrés postraumático, de fácil consulta y que puede 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 titulado *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 actuación para trastorno de estrés post-traumático pretende apoyar las actividades de información y sensibilización que realiza la empresa. Ofrece elementos para que empleadores y trabajadores establezcan acciones de prevención del trastorno de estrés post-traumático. También aporta elementos para la organización de acciones en casos de accidentes de trabajo, situaciones críticas, emergencias y desastres y la posible presentación de casos de trastorno de estrés post-traumático derivados de cualquiera de los anteriores. Su enfoque excluye aspectos del manejo especializado en salud mental.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo de actuación para trastorno de estrés postraumático está diseñado para ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano, salud y seguridad en el trabajo, y en general por los profesionales de la salud y los asesores en prevención y promoción de la salud, así como por quienes apoyan o acompañan programas para reducir los efectos en la salud derivados de situaciones traumáticas en el entorno laboral.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

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

Específicos

Implementar actividades dirigidas a prevenir el trastorno de estrés postraumático.

Orientar las acciones encaminadas a la recuperación y reincorporación al trabajo de los trabajadores afectados por el trastorno de estrés postraumático.

5.2 Población objeto de la estrategia

La población objeto de este protocolo son los trabajadores que pueden sufrir accidentes de trabajo o estar expuestos a otras situaciones traumáticas potencialmente generadoras de trastorno de estrés postraumático.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

La estrategia se considera útil en la prevención primaria y secundaria del trastorno de estrés postraumático. En el caso de la prevención terciaria, el papel de la organización es el de asegurar la rehabilitación del trabajador afectado realizando actividades conjuntas con la entidad promotora de salud (EPS) o la administradora de riesgos laborales (ARL) a la que se encuentre vinculado el trabajador.

Limitaciones

Se considera una limitación de la estrategia la exclusión de los aspectos especializados de la atención al trastorno de estrés postraumático, 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 el trastorno.

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.

Respecto al abordaje de la prevención y tratamiento del trastorno de estrés postraumático la intervención propuesta debe ser integral e incluir los aspectos individuales, sociales y laborales de la persona afectada, así como los factores organizacionales (Figura 1). La implementación del protocolo de actuación para trastorno de estrés postraumático presupone: a) aspectos preventivos (actividades de prevención primaria); b) diagnóstico oportuno y manejo de casos sospechosos o confirmados del trastorno (actividades de prevención e intervención secundaria), y c) acciones de rehabilitación (actividades de prevención terciaria).

5.4.1 Actividades de prevención primaria

Control de los factores de riesgo

La dirección de la empresa debe establecer una política de identificación y prevención de los peligros más significativos en aras de prevenir la ocurrencia de accidentes de trabajo, así como el acoso y violencia en el trabajo. En este sentido la empresa puede:

- Revisar y ajustar los procedimientos de seguridad y salud en el trabajo para impactar favorablemente la tasa de accidentes.
- Desarrollar actividades tendientes a intervenir el estrés laboral mediante la aplicación de estrategias generales, entre ellas las disponibles en el Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral, que forma parte de esta serie de documentos técnicos: “Desarrollo de estrategias de afrontamiento”; “Servicio de asistencia al trabajador”; “Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad”; “Atención en crisis y primeros auxilios psicológicos”; “Desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia en el ambiente laboral”; “Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés”; “Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo”.

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 acciones de psicoeducación son la de gestión del talento humano y la de seguridad y salud en el trabajo.

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, carteleros en sitios de acceso público, entre otras.

Los contenidos del plan de psicoeducación deben considerar 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

Actividades para la atención en crisis

La empresa debe incluir la atención en crisis y primeros auxilios psicológicos dentro del plan de prevención, preparación y respuesta a emergencias, así como la capacitación y entrenamiento de los trabajadores que hacen parte de la brigada

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

de emergencias y la realización de simulacros. Si durante la atención en crisis se identifican trabajadores en riesgo de lesionarse gravemente a sí mismos o a otros, deben ser remitidos para atención especializada de urgencias.

Actividades orientadas a la recuperación del trabajador

Para orientar el diagnóstico de los trabajadores que han experimentado un suceso altamente negativo y que presentan síntomas de trastorno de estrés postraumático, se recomienda la aplicación de una escala de tamizaje utilizada en Atención Primaria en Salud. La escala incluye cuatro preguntas que pueden responderse como sí o no. Ante la respuesta positiva a tres de las cuatro preguntas se tiene una alta posibilidad de estar frente a un trastorno de estrés postraumático, casos en los que es necesaria la remisión a consulta especializada de Psiquiatría en la EPS del trabajador o la ARL a la cual está afiliada la empresa si se trata de un accidente de trabajo (Tabla 2).

Tabla 2. Preguntas de tamizaje para trastorno de estrés postraumático en atención primaria

En su vida, usted ha tenido alguna experiencia tan aterradorante, tan horrible, o que lo alterara de tal forma que en el último mes usted:		
1. ¿Ha tenido pesadillas sobre ella o ha pensado al respecto cuando no quería hacerlo?	SI	NO
2. ¿Ha tratado de no pensar en ella o ha evitado situaciones que le recuerden el hecho?	SI	NO
3. ¿Se encuentra siempre en guardia, prevenido, o se sobresaltaba fácilmente?	SI	NO
4. ¿Se ha sentido como embotado emocionalmente o ausente con otras personas, actividades, o con el ambiente que lo rodea?	SI	NO

Tomadas y adaptadas de: <http://www.ptsd.va.gov/professional/treatment/vets/ptsd-iraq-vets-primary-care.asp>

El trastorno de estrés postraumático debe ser confirmado por un especialista, quien podrá utilizar los criterios diagnósticos establecidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10), o los de la Asociación Americana de Psiquiatría DSM-V (por sus siglas en inglés).

El área de gestión del talento humano debe incluir en el plan de capacitación de seguridad y salud en trabajo, las actividades de psicoeducación dirigidas a trabajadores, jefes, supervisores y directivos.

De otra parte, el área de seguridad y salud en el trabajo debe entrenar a los trabajadores que hacen parte de la brigada de emergencias en atención en crisis y primeros auxilios psicológicos, y realizar simulacros de preparación. Además debe reportar a la ARL la ocurrencia de casos de trastorno por estrés postraumático, para su correspondiente determinación de origen.

La ARL debe liderar las acciones de atención a la enfermedad si ha sido calificada de origen profesional.

5.4.3 Actividades de prevención terciaria

Las actividades a desarrollar para apoyar la rehabilitación y reincorporación al trabajo de la persona con diagnóstico de estrés postraumático (los anexos 2 y 3 amplían los criterios diagnósticos) pueden 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 cuales pertenece el trabajador para diseñar un plan de intervención conjunto.
- Comunicar a los demás trabajadores las decisiones y 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 trastorno de estrés postraumático evolucionan favorablemente si solicitan ayuda médica oportuna y se vinculan de manera responsable a un plan de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Su reincorporación a la vida laboral exige el control de factores estresores y un manejo y seguimiento

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

coordinado entre la ARL y la EPS a las cuales se encuentra afiliado el trabajador. Para ampliar la información sobre alternativas terapéuticas se incluye un resumen de las mismas en el anexo 4.

De otra parte, el área de gestión del talento humano se encarga de:

- Apoyar y coordinar los procesos de reincorporación de los trabajadores diagnosticados con trastorno de estrés postraumático.
- Contactar al trabajador en la primera fase de su incapacidad o ausencia laboral (si existiera), para acordar mecanismos de contacto (personalmente, por teléfono o correo electrónico) durante el periodo de recuperación y hasta su reincorporación al trabajo.
- 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 los cambios en las cargas, puestos y actividades de trabajo que se acuerden con el empleado afectado y sus profesionales tratantes.
- 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 en cuanto al absentismo no autorizado. Explicar al trabajador quién ha asumido sus tareas, cuáles han quedado pendientes y cómo se han cumplido sus responsabilidades.

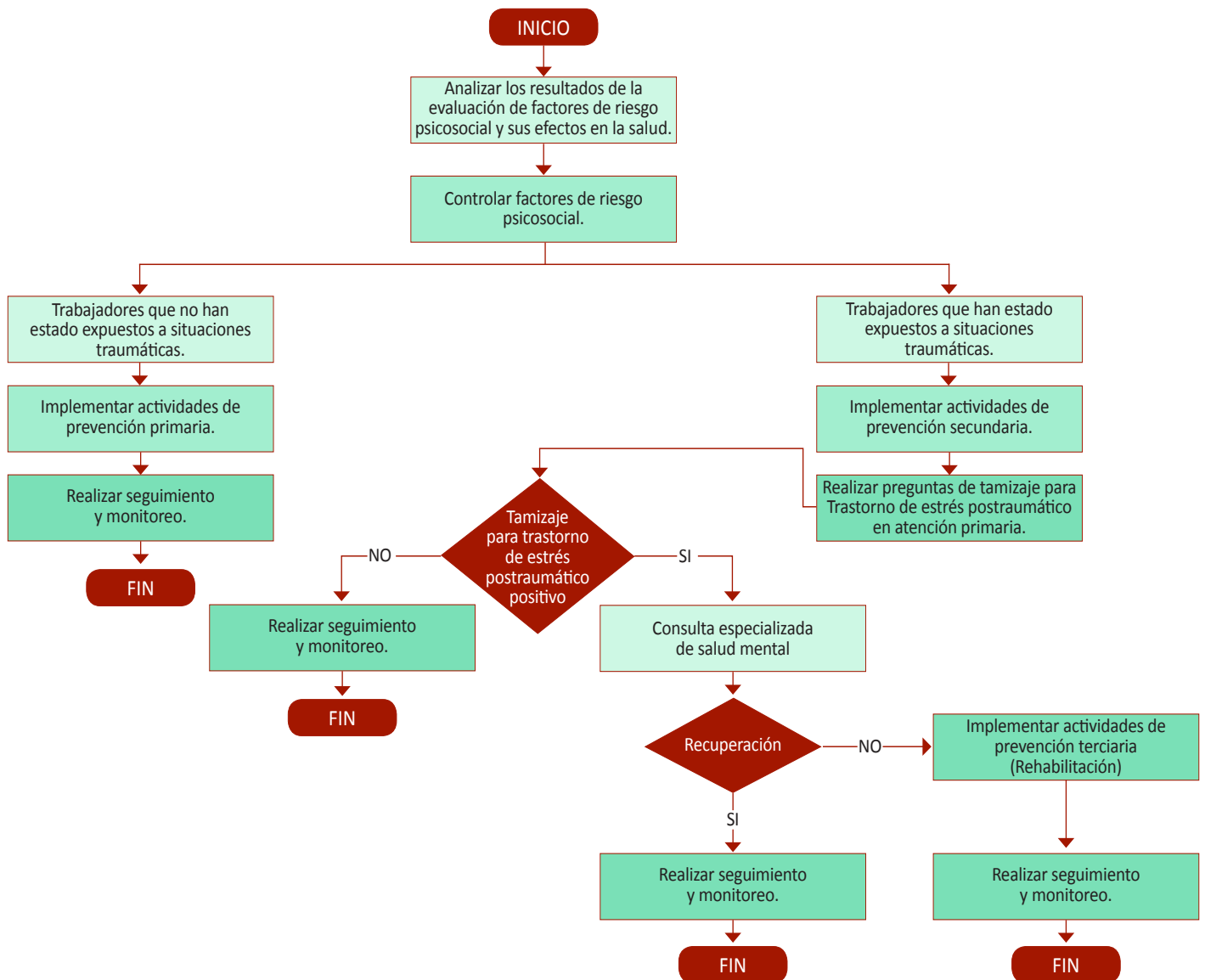
Las responsabilidades del área de seguridad y salud en el trabajo son fundamentalmente:

- Recomendar las acciones preventivas y correctivas necesarias para preservar la salud de los trabajadores.
- Implementar los cambios en el ambiente laboral que el trabajador y sus profesionales tratantes consideren necesarios para su recuperación.
- Aclarar e informar, siempre que sea necesario, las funciones y responsabilidades del empleado afectado, para que los médicos y demás profesionales tratantes puedan disponer de ella, debatirla con el trabajador y adaptarla si es necesario.
- Ofrecer información al trabajador sobre el apoyo que puede recibir de las dependencias de salud y bienestar de la empresa, así como los servicios prestados por las EPS y 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 la 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 y/o psicólogo que esté tratando al trabajador, siempre con previo consentimiento de éste.

Las ARL deben liderar acciones de rehabilitación psicosocial, como parte de los programas de rehabilitación integral, de acuerdo con la normativa laboral vigente.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Figura 1. Flujograma del protocolo de actuación para el trastorno de estrés postraumático



5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

Se deben definir e implementar indicadores de proceso, estructura e impacto de las actividades realizadas y asegurar el establecimiento de un sistema de información que permita hacer el seguimiento y análisis de tendencia de las alteraciones de salud de los trabajadores. En el anexo 1 se presenta un listado no exhaustivo de los indicadores que la empresa puede implementar para la identificación, evaluación y seguimiento del trastorno de estrés postraumático.

6. GLOSARIO

Trastorno de estrés postraumático: trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen) (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Atención Primaria en Salud: definida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas 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 (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Psicoeducación: hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico y sus familiares. Incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad. La meta es que el paciente entienda y sea

6. GLOSARIO

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 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 desempe-

ñando, 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).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón-Prada, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (Suplemento 1): 113-126. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a09.pdf>
- Ortego, M., López, S., Álvarez, M. L. y Aparicio, M. (2011). Tema 11. El Duelo. Pp: 1-14. *En: Ciencias Psicosociales II*. Universidad de Cantabria, Open Education Consortium. Cantabria, España. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-ii/materiales/tema-11.pdf>
- American Psychiatric Association (Ed.) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Masson. Washington, D. C., Estados Unidos de América. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. y Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 190: 97-104.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 40: 20-34.

- Decreto 1072 de 2015. Ministerio del Trabajo. República de Colombia. Disponible en:
- Decreto 1477 de 2014. Ministerio del Trabajo. República de Colombia. Disponible en: <http://www.mintrabajo.gov.co/normatividad-agosto-decretos-2014/3708-decreto-1477-del-5-de-agosto-de-2014.html>
- Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad (2012). Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario. Madrid, España.
- Fernández-Liria, A. y Rodríguez-Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *MEDIFAM* 12 (3): 218-225.
- García-Campayo, J. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 2 (2): 1-17.
- Gil-Lemus, L. (2008). Desensibilización y reprocesamiento con movimientos oculares. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (Suplemento 1): 206-215.
- Gómez-Restrepo, C. (2008). Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (Suplemento 1): 100-112.
- Grupo de Trabajo sobre Atención a Situaciones de Duelo del II PISMA, Servicio Andaluz de Salud. (2011). Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. Andalucía. España.
- 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>
- 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.
- Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía de atención en salud mental en emergencias y desastres. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, D.C., Colombia. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/Salud%20P%3%BAblica/Ola%20invernal/gu%C3%ADa%20salud%20mental15%20julio%20-.pdf>

7. BIBLIOGRAFÍA

- 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
- Organización Mundial de la Salud (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>
- 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/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). 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
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C., Estados Unidos de América.
- Pineda, C. y López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: más que un “Guarde la calma”. Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia Psicológica* 28 (2): 155-160.
- Ponniah, K., y Hollon, S. (2009). Review: Psychological Treatments for ASD and PTSD. *Depression and Anxiety* 26: 1086–1109.
- Prins, A., Kimerling, R. y Leskin, G. (2015). National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs. En: PTSD in Iraq War Veterans: Implications for Primary Care. Disponible en: <http://www.ptsd.va.gov/professional/treatment/vets/ptsd-iraq-vets-primary-care.asp>
- 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.
- Santacruz, J. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (Suplemento 1): 198-205.

7. BIBLIOGRAFÍA

Vallejo-Ruiloba, J. y Leal-Cercós, C. (2005). Tratado de Psiquiatría. Volumen II. ARS Médica. Barcelona, España.

World Health Organization y UNHCR (2015). mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva, Switzerland.

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Implementar actividades encaminadas a prevenir el trastorno de estrés postraumático.	Realizar actividades de psicoeducación	Cobertura	Número de trabajadores capacitados / Total de trabajadores a capacitar	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
		Proceso	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 capacitación en psicoeducación.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual

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 el trastorno de estrés postraumático.	Atención de trabajadores con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático.	Proceso	Número de trabajadores que reciben apoyo médico o psicológico / Total de trabajadores que requieren atención especializada.	Seguridad y salud en el trabajo	Trimestral Semestral Anual
		Incidencia	Número de trabajadores a quienes se diagnosticó trastorno de estrés postraumático 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
		Severidad de la enfermedad laboral	Número de días perdidos por ausentismo asociado a trastorno de estrés postraumático en un periodo de tiempo determinado / Total de horas-hombre trabajadas en el mismo periodo de tiempo.	Seguridad y salud en el trabajo	Trimestral Semestral Anual

8. ANEXOS

Anexo 2. Criterios diagnósticos para el trastorno de estrés postraumático según el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) (American Psychiatric Association, 2013)

Trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10)

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del(los) suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del(los) suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el (los) suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el(los) suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del(los) suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: El Criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al(los) suceso(s) traumático(s), que comienza después del suceso:

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del(los) suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o el afecto del sueño está relacionado con el(los) suceso(s) traumático(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el(los) suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del(los) suceso(s) traumático(s).
5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del(los) suceso(s) traumático(s).

C. Evitación persistente de estímulos asociados al(los) suceso(s) traumático(s), que comienza tras el suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al(los) suceso(s) traumático(s).
2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al(los) suceso(s) traumático(s).

Trastorno de estrés postraumático 309.81 (F43.10)

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al(los) suceso(s) traumático(s), que comienzan o empeoran después del(los) suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del(los) suceso(s) traumático(s), debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas.
2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p. ej., “estoy mal,” “no puedo confiar en nadie,” “el mundo es muy peligroso,” “tengo los nervios destrozados”).
3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del(los) suceso(s) traumático(s) que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
4. Estado emocional negativo persistente (p. ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada al suceso(s) traumático(s), que comienza o empeora después del(los) suceso(s) traumático(s), como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
3. Hipervigilancia.
4. Respuesta de sobresalto exagerada.
5. Problemas de concentración.
6. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si:

Con **síntomas disociativos**: los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

1. **Despersonalización**: experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal.
2. **Desrealización**: experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno.

Anexo 4 . Tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO)

La terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO o EMDR) es una técnica introducida por Francine Shapiro en la década de 1980. Se fundamenta en la combinación de asociaciones simultáneas y espontáneas de pensamientos, emociones, imágenes y sensaciones corporales con estimulación bilateral, especialmente, con movimientos oculares repetidos.

El objetivo fundamental de esta técnica es facilitar la reducción de sentimientos y pensamientos negativos asociados a las experiencias traumáticas mediante la reestructuración de los estímulos sensoriales y la información relacionada con estos.

El proceso terapéutico está compuesto por ocho fases; esta técnica desarrolla secuencialmente unos pasos establecidos así: 1) elaboración de historia clínica, evaluación de síntomas y plan de tratamiento; 2) preparación y establecimiento de la relación terapéutica; 3) identificación de los recuerdos y pensamientos negativos; 4) desensibilización e implementación de las experiencias sensoriales; 5) incorporación de las asociaciones cognitivas positivas; 6) exploración de las sensaciones corporales; 7) elaboración del cierre; y 8) evaluación y mantenimiento de los resultados.

Durante la aplicación de la técnica el paciente recuerda los eventos traumáticos al tiempo que realiza o recibe algún tipo de estimulación bilateral orientada por el terapeuta (hacer movimientos con los ojos, escuchar sonidos alternados o recibir golpes suaves en las manos o en los hombros), con el fin de promover la conexión entre los dos hemisferios cerebrales y lograr el procesamiento de la información con una menor carga emocional. Tras la implementación de la técnica se espera que el sujeto pueda manejar el contacto con la experiencia perturbadora en periodos cortos y controlados, reduciendo la ansiedad anticipatoria y los efectos fisiológicos del estrés asociado.

La técnica debe ser aplicada por un psicólogo o profesional que acredite idoneidad en esta técnica terapéutica en el ambiente laboral, trabajo individual y con grupos.

Finalmente, numerosos estudios han demostrado la utilidad de esta técnica para el manejo del trastorno por estrés postraumático.

8. ANEXOS

Terapia cognitivo comportamental enfocada al trauma (TCC-T)

La terapia cognitivo comportamental enfocada al trauma (TCC-T) se basa en actividades de exposición segura a los pensamientos y emociones asociados al evento traumático, mediante procesos de memoria, narración y escritura, que permitan a la persona minimizar las asociaciones nocivas y reducir la sensación de amenaza constante.

La terapia cognitivo comportamental usualmente se combina con otras herramientas aprendidas tales como respiración abdominal, asertividad, relajación, pensamientos positivos. Los estudios han encontrado que esta terapia, junto con la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, son las más efectivas para el manejo del trastorno por estrés postraumático. Así mismo, algunas investigaciones sugieren que puede ser de utilidad en el tratamiento de trastorno depresivo, por ansiedad y estrés agudo.

Finalmente, la técnica debe ser aplicada por un psicólogo o profesional que acredite idoneidad.

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 un 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 un psicólogo o profesional que acredite idoneidad en esta técnica terapéutica.

Reorganización cognitiva

Mediante esta técnica se procura la identificación y modificación de los pensamientos irracionales que surgen ante las situaciones estresantes; para ello se solicita al sujeto que lleve un registro de los pensamientos que le surgen en las situaciones estresantes y que luego reflexione sobre los mismos, así se irá dando cuenta progresivamente de sus pensamientos automáticos y desestimarán su importancia. En el ámbito laboral, el objetivo es modificar los pensamientos erróneos o negativos relacionados con las demandas laborales y con los recursos personales para afrontarlas, facilitando una reestructuración en los esquemas cognitivos. Debe ser aplicada por un psicólogo o profesional que acredite idoneidad en esta técnica terapéutica en el ambiente laboral, trabajo individual y con grupos.

Modelamiento encubierto

La técnica del modelamiento encubierto fue introducida por Joseph Cautela en 1971 sobre la base de hacer que los pacientes imaginaran a otras personas, o incluso a ellas mismas, realizando con éxito la conducta deseada. El objetivo de la técnica de modelamiento encubierto es modificar las conductas negativas a partir de procesos de imaginación de las conductas deseadas (positivas) en secuencias que, luego de un entrenamiento constante, deben dotar de la seguridad necesaria para llevarlas a cabo en la vida real de una forma eficaz. Debe ser aplicada por psicólogo o profesional que acredite idoneidad en esta técnica terapéutica en el ambiente laboral, trabajo individual y con grupos.

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

8. ANEXOS

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

Debriefing

La técnica conocida como *debriefing* (Critical Incident Stress Debriefing) fue creada por Jeffrey T. Mitchell en 1983. Está diseñada como técnica individual o para grupos de 15 a 20 personas en el contexto del desarrollo de la teoría de intervención en crisis, que ayuda a elaborar los acontecimientos y experiencias vividas en las situaciones de emergencias o desastres.

Es una intervención psicológica breve de más o menos tres o cuatro horas de duración, de carácter preventivo, aplicada a personas que han experimentado una situación traumática y no padecen aún trastorno mental. Ha sido considerada de carácter obligatorio en las intervenciones de emergencias y desastres en las cuales participa la Cruz Roja. Se debe iniciar en las primeras horas después de ocurrido el evento traumático (48-72 horas) una vez asegurada la supervivencia de los afectados. Originalmente fue descrita para su aplicación en siete fases:

- La primera fase o introductoria está a cargo del moderador quien debe contextualizar la intervención aclarando el propósito preventivo, no psicoterapéutico, que pretende mejorar los síntomas de las personas que han experimentado la situación traumática.

- A continuación en la fase de relato de los hechos cada uno de los participantes es animado a describir la situación vivida aportando así los aspectos objetivos del evento incluyendo preguntas tales como: ¿Cómo pasó? ¿Quién? ¿Dónde? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Qué fue lo que sucedió? ¿Qué ocurrió después?
- La tercera fase es la de los pensamientos y preocupaciones relatados por los participantes, posibilitando que cada uno verbalice su propia interpretación de los hechos ocurridos.
- La cuarta fase o de los sentimientos y emociones permite que los asistentes expresen lo sentido durante el suceso evocando las sensaciones corporales que acompañaron la experiencia para comprenderlas como normales frente a la situación vivida, lo cual evidentemente logra que se disminuya la tensión experimentada.
- La quinta fase o de reacción consiste en que los asistentes expresen la reacción psicológica o física y el moderador de la sesión les devuelve las reacciones descritas como normales en la experiencia traumática. Se convierte así en una actividad psicoeducativa que ofrece a los participantes la posibilidad de controlar sus propias reacciones, afrontando e integrando los sentimientos dolorosos. Permite fortalecer el autocuidado, manejar el estrés y mejorar la capacidad de autocontrol para la recuperación del equilibrio.
- En la sexta fase o de estrategia y despedida los participantes aceptan la finalización de la intervención con la aceptación de comenzar nuevas experiencias e integrar a su vida la experiencia traumática. Frecuentemente se realiza un acto simbólico de lo ocurrido que acuerda el grupo como importante en su proceso de recuperación.
- La séptima etapa o de conclusión o reentrada, en la cual el moderador retoma lo esencial de la sesión con el material que ha sido elaborado y compartido por todos. Se reitera la confidencialidad de lo dicho, se evalúa la posibilidad de que alguna de las personas deba continuar en observación o requiera ser canalizada para atención futura en otro servicio o institución y se enfatiza sobre la autoresponsabilidad en la continuidad del proceso.



Reacción a estrés agudo

Protocolo de prevención y
actuación en el entorno laboral

**REACCIÓN A ESTRÉS AGUDO. 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

978-958-716-949-2

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Reacción a estrés agudo

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 Factores psicosociales relacionados con el efecto	10
2. MARCO DE REFERENCIA	11
2.1 Marco de referencia legal	11
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	12
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	13
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	14
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	15
5.1 Objetivos de la estrategia	15
5.2 Población objeto de la estrategia	15
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	16
5.4 Implementación de la estrategia	16
5.4.1 Actividades de prevención primaria	16
5.4.2 Actividades de prevención secundaria	17
5.4.3 Actividades de prevención terciaria	19
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	22
6. GLOSARIO	23
7. BIBLIOGRAFÍA	25
8. ANEXOS	29

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización de la problemática en salud

La aparición de circunstancias imprevistas que ponen en riesgo la integridad física y emocional de las personas es un evento universal. En ocasiones la severidad de los hechos, las características de la personalidad de quien los experimenta, los recursos de apoyo social y la naturaleza del evento, determinan la posibilidad de experimentar una situación de estrés de características severas, que puede incluso derivar en un trastorno de estrés agudo.

En los últimos años se ha incrementado la ocurrencia de diferentes eventos violentos generadores de situaciones traumáticas; la presencia de desastres naturales y emergencias, algunas de ellas ocasionadas por el hombre, aumentan el riesgo de experimentar situaciones traumáticas.

En el ámbito laboral el estrés psicológico aparece como consecuencia de situaciones tensionantes como las que viven quienes pertenecen a cuerpos de seguridad, el personal de los servicios de urgencias médicas, los bomberos y quienes laboran en entornos de guerra, entre muchos otros. Sin embargo, muchas de las intervenciones preventivas desarrolladas para las profesiones consideradas como de mayor riesgo, también pueden aplicarse a todo tipo de trabajadores.

1. INTRODUCCIÓN

La 10ª versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) incluye en la categoría de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43) los que se citan en la tabla 1, aunque en los anexos 2 y 3 se presentan con detalle los criterios diagnósticos para la reacción a estrés agudo:

Tabla 1. Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43)

Código CIE 10	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43)
F43.0	Reacción a estrés agudo.
F43.1	Trastorno de estrés post-traumático.
F43.2	Trastornos de adaptación.
F43.8	Otras reacciones a estrés grave.
F43.9	Reacción a estrés grave sin especificación.

La Organización Panamericana de la Salud, en la guía de *Evaluación y manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés*, aporta elementos prácticos para determinar la posible presencia de síntomas de estrés agudo acompañados de dificultad para el funcionamiento cotidiano que aparecen en las cuatro semanas posteriores a la exposición a un suceso potencialmente traumático y que podrían configurar una reacción a estrés agudo. (Organización Panamericana de la Salud, 2004: 4).

El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física de quien la vive (por ejemplo catástrofes naturales, accidentes, guerras, atracos, violaciones), o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdida de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.).

A las situaciones anteriores se suman otros factores de riesgo para la reacción a estrés agudo, entre ellos el agotamiento físico, una red de apoyo sociofamiliar deficitaria o ausente, o la presencia de un trastorno de personalidad dependiente. La vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales también juegan un papel

importante en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, lo cual explica en parte que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presenten este trastorno. Es importante anotar que deben tenerse en cuenta los factores protectores de la persona frente a la presencia de eventos traumáticos, los cuales modifican también la respuesta de la misma, tales como el desarrollo de resiliencia, así como los factores protectores del entorno familiar, social y laboral.

Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos del acontecimiento; normalmente desaparecen en dos o tres días, pero pueden estar presentes hasta treinta días después. Dichos síntomas son de diferente tipo: la reacción inicial puede ser de perplejidad o embotamiento, con dificultades para atender y comprender, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. También en algunos casos se observa inquietud, agitación o reacción de defensa o huida en la persona afectada. Se presentan signos y síntomas fisiológicos de ansiedad tales como taquicardia, sudoración, enrojecimiento o palidez. Las personas afectadas refieren revivir la situación traumática, tener pensamientos intrusivos y evitar recuerdos o pensamientos relacionados. Algunas personas experimentan amnesia del episodio o lo recuerdan como si hubiera ocurrido en sueños. Durante los primeros días es frecuente el insomnio, la irritabilidad, excesiva prevención o desconfianza, respuesta de sobresalto ante estímulos sin importancia y agresividad verbal o física.

Los anteriores corresponden al conjunto de signos y síntomas de la reacción a estrés agudo, que requiere un diagnóstico diferencial con:

- Reacciones adaptativas, que son en general de intensidad menor que las descritas para la reacción a estrés agudo y para las cuales no siempre está presente una situación de características devastadoras para la persona.
- Trastorno de estrés postraumático, que posee características similares a las descritas para el estrés agudo; sin embargo, los síntomas aparecen después de las cuatro semanas de ocurrido el evento.

Algunas situaciones que ocurren al interior del trabajo y que pueden provocar la aparición de una reacción a estrés agudo son la vivencia de un accidente de trabajo de características mortales o graves, situaciones de violencia sexual o agresiones severas a la integridad física de algún(os) trabajador(es).

1.2 Factores psicosociales relacionados con el efecto

En el ámbito de la seguridad y salud en el trabajo, el estrés agudo es considerado como una enfermedad laboral asociada a la exposición a factores de riesgo psicosocial en el lugar de trabajo, que puede presentarse en trabajadores de cualquier actividad económica, independientemente de su cargo, ocupación u oficio; sin embargo, las empresas que tienen mayor riesgo de accidentes graves pueden ser escenario para la ocurrencia de la reacción a estrés agudo.

La tabla 2 presenta un extracto del Decreto 1477 de 2014, que explicita las fuentes de los factores de riesgo ocupacional comúnmente asociados a las reacciones a estrés grave.

Tabla 2. Factores de riesgo ocupacional y reacciones a estrés grave (Enfermedades - CIE 10)¹

Factores de riesgo ocupacional	Ocupaciones/ Industrias
<ul style="list-style-type: none">• Gestión organizacional• Características de la organización del trabajo• Características del grupo social de trabajo• Condiciones de la tarea• Condiciones del medio ambiente de trabajo• Interfase persona-tarea• Jornada de trabajo	<p>Gestión organizacional: deficiencias en la administración del recurso humano, que incluyen el estilo de mando, las modalidades de pago y de contratación, participación, el acceso a actividades de inducción y capacitación, los servicios de bienestar social, los mecanismos de evaluación.</p> <p>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 en trabajadores de los sectores de servicios, educativo e industrial, secretarías, empleados con funciones técnico administrativas, administradores, contadores, maestros, médicos, enfermeras, entre otros.</p>

Fuente: Decreto 1477 de 2014. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.

1. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima versión (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

El marco legal de referencia que justifica la acción de las empresas en la atención de los factores psicosociales se presenta en la Guía técnica general para la promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en la población trabajadora, que forma parte de esta serie de documentos.

Conviene además precisar que 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 Ley 1438 de 2011 ordena adoptar la Estrategia de Atención Primaria en Salud que está 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.

2. MARCO DE REFERENCIA

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. El Artículo 9 de la Ley 1616 de 2013 establece que las administradoras de riesgos laborales, dentro de las actividades de promoción y prevención en salud, deberán generar estrategias, programas, acciones o servicios de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental, y deberán garantizar que sus empresas afiliadas incluyan dentro de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, el monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo para proteger, mejorar y recuperar la salud mental de los trabajadores.

El Decreto 1477 de 2014 que adopta la tabla de enfermedades laborales vigente a la fecha de elaboración de este protocolo, incluye la reacción a estrés agudo (código CIE-10: F43.0) 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 este factor de riesgo incluyen entre otras: trastornos psicóticos agudos y transitorios, depresión, episodios depresivos, trastorno de ansiedad generalizada, reacciones a estrés grave, entre otros.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

Para la elaboración del presente protocolo de actuación se consideró la necesidad ya normatizada para el país en materia de Atención Primaria en Salud, definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados 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” (Organización Mundial de la Salud, 1978).

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del sistema.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

Este protocolo se centra en brindar orientación para el desarrollo de actividades de prevención y atención de la reacción a estrés agudo en el entorno laboral, que forma parte del conjunto de reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43).

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo para la prevención y manejo de la reacción a estrés agudo está diseñado para ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano, seguridad y salud en el trabajo, así como por jefes y líderes de las diversas áreas o procesos de la organización.

Son también usuarios de este protocolo los profesionales de la salud y los asesores en prevención y promoción, así como quienes apoyan o acompañan programas para reducir los efectos en la salud derivadas de situaciones traumáticas en el entorno laboral.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

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

Específicos

Implementar actividades dirigidas a prevenir la reacción a estrés agudo.

Orientar las acciones encaminadas a la recuperación y reincorporación de los trabajadores afectados por una reacción a estrés agudo.

5.2 Población objeto de la estrategia

La población objeto de este protocolo son los trabajadores que en virtud de su labor son objeto de situaciones traumáticas que pueden generar trastornos en su salud por estrés agudo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

La estrategia se considera útil en la prevención primaria y secundaria de la reacción a estrés agudo. En el caso de la prevención terciaria, el papel de la empresa es el de procurar la rehabilitación del trabajador afectado, realizando actividades conjuntas con la entidad promotora de salud (EPS) o la aseguradora de riesgos laborales (ARL) a la que se encuentre vinculado el trabajador.

Limitaciones

Se considera limitación de la estrategia la no inclusión de los aspectos especializados de la atención a la reacción a estrés agudo, por tratarse de una actividad a cargo de los servicios de salud y no de la empresa en la que labora el trabajador que la padece.

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.

La dirección de la empresa debe establecer una política de identificación y prevención de los peligros más significativos en aras de prevenir la ocurrencia de casos de reacción a estrés agudo.

5.4.1 Actividades de prevención primaria

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, que serán coordinadas por las áreas de gestión del talento humano y de seguridad y salud en el trabajo.

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, carteleros en sitios de acceso público, entre otras.

Los contenidos del plan de psicoeducación deben considerar la explicación de los síntomas propios de la reacción a estrés agudo, 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

A todas las personas expuestas a situaciones traumáticas generadoras de reacción a estrés agudo debe ofrecérseles, como medidas generales de soporte, las siguientes:

Apoyo psicosocial básico

- Favorecer la escucha activa, sin presionar a la persona para que hable.
- Facilitar la obtención de elementos para la satisfacción de sus necesidades básicas, el acceso a servicios y la recuperación de su red de apoyo.
- Proteger a la persona de la posibilidad de hacerse daño.

Apoyo psicosocial adicional

De forma complementaria se pueden desarrollar otras acciones de intervención psicosocial como las que se citan a continuación, algunas de las cuales se encuentran detalladas en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*, que forma parte de esta serie de documentos técnicos.

- Identificar posibles estresores psicosociales adicionales.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento
- Promoción del apoyo social en la organización
- Servicio de asistencia al trabajador.
- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés
- Psicoeducación en aspectos normales del duelo y la reacción a estrés agudo

Hacen parte también de las actividades de psicoeducación impartidas a los trabajadores con reacciones a estrés agudo las siguientes:

Si se observa que el trabajador presenta *dificultades para dormir* como uno de los síntomas del estrés agudo, se debe siempre:

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- Explicar a la persona afectada que este es un síntoma frecuente después de un suceso traumático.
- Identificar y corregir las condiciones del entorno que pueden estar causando insomnio.
- Identificar y tratar las causas físicas del insomnio (dolor, fiebre, otras).
- Orientar en técnicas de higiene del sueño.

Cuando el trabajador presente *hiperventilación* como síntoma de estrés agudo, las acciones a seguir son:

- Descartar otras causas de la hiperventilación (examen médico para descartar alteraciones hidroelectrolíticas o falla ventilatoria).
- Explicar que la hiperventilación puede aparecer en situaciones de estrés agudo y no es grave si se corrige rápidamente.
- Permanecer tranquilo, aislar las causas de la ansiedad si fuera posible y ayudar a la persona a respirar despacio y profundo.

En caso de presentarse *síntomas disociativos de expresión corporal* tales como parálisis inexplicable, imposibilidad para hablar o ver, movimientos corporales que pueden aparentar convulsiones (síntomas de estrés agudo), se debe:

- Descartar y manejar otras posibles causas mediante un examen médico.
- Recordar que la persona está viviendo con sufrimiento una experiencia dolorosa y guardar una actitud respetuosa.
- No reforzar la posibilidad de obtener ganancia con sus síntomas.
- Preguntar a la persona por su explicación para lo que le está ocurriendo.
- Asegurar a la persona que la presencia de los síntomas puede ocurrir en situaciones de experiencias de estrés agudo y no representan peligro para su vida o su salud.
- Permanecer calmado y si fuera posible retirar posibles causas de ansiedad y ayudar a la persona a respirar despacio y profundo.
- Siempre debe recomendarse consultar de manera urgente si hay empeoramiento de los síntomas y asistir a control en 2 a 4 semanas para evaluar la evolución del cuadro inicial.

El diagnóstico de reacción a estrés agudo puede haber sido emitido por la EPS a la cual se encuentra afiliado el trabajador, o por la ARL a la cual se encuentra afiliada la empresa. A partir de esa etapa el trabajador debe ser atendido en consulta especializada para seguimiento y al ser dado de alta debe continuar con su participación en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que desarrolla la empresa, entre las cuales pueden mencionarse las siguientes, incluidas en el *Protocolo de acciones de promoción, prevención e intervención de los factores psicosociales y sus efectos en el entorno laboral*:

- Manejo eficaz del tiempo.
- Técnicas para la desensibilización sistemática ante situaciones de ansiedad.
- Atención en crisis y primeros auxilios psicológicos.
- Entrenamiento en el manejo de la ansiedad y el estrés.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento.
- Promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental en el trabajo.

5.4.3 Actividades de prevención terciaria

Las actividades a desarrollar para apoyar la rehabilitación y reincorporación al trabajo de la persona con diagnóstico de reacción a estrés agudo pueden 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 cuales pertenece el trabajador para diseñar un plan de intervención conjunto.
- Comunicar a los demás trabajadores las decisiones y 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 que presentan una reacción a estrés agudo evolucionan favorablemente si solicitan ayuda médica oportuna y se vinculan de manera responsable a un plan de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico (por ejemplo con la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO)). Su reincorporación a la vida laboral exige el control de factores estresores y un manejo y seguimiento coordinado entre la ARL y la EPS a las cuales se

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

encuentra afiliado el trabajador. De forma general se presentan en el anexo 4 las alternativas terapéuticas.

Son responsabilidades del área de gestión del talento humano:

- Apoyar y coordinar los procesos de reincorporación de los trabajadores diagnosticados con reacción a estrés agudo.
- Contactar al trabajador en la primera fase de su incapacidad o ausencia laboral (si existiera), para acordar mecanismos de contacto (personalmente, 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 los cambios en las cargas, puestos y actividades de trabajo que se acuerden con el empleado afectado y sus profesionales tratantes.
- 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 flexibles y graduales, cambios en el puesto de trabajo y en las funciones acorde a las necesidades de asistencia a psicoterapia y al tratamiento prescrito.
- Explicar al trabajador quién ha asumido sus tareas, cuáles han quedado pendientes y cómo se han cumplido sus responsabilidades.

El área de seguridad y salud en el trabajo tiene a su vez los siguientes roles principales:

- Implementar los cambios en el ambiente laboral que el trabajador y sus profesionales tratantes consideren necesarios para su recuperación.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

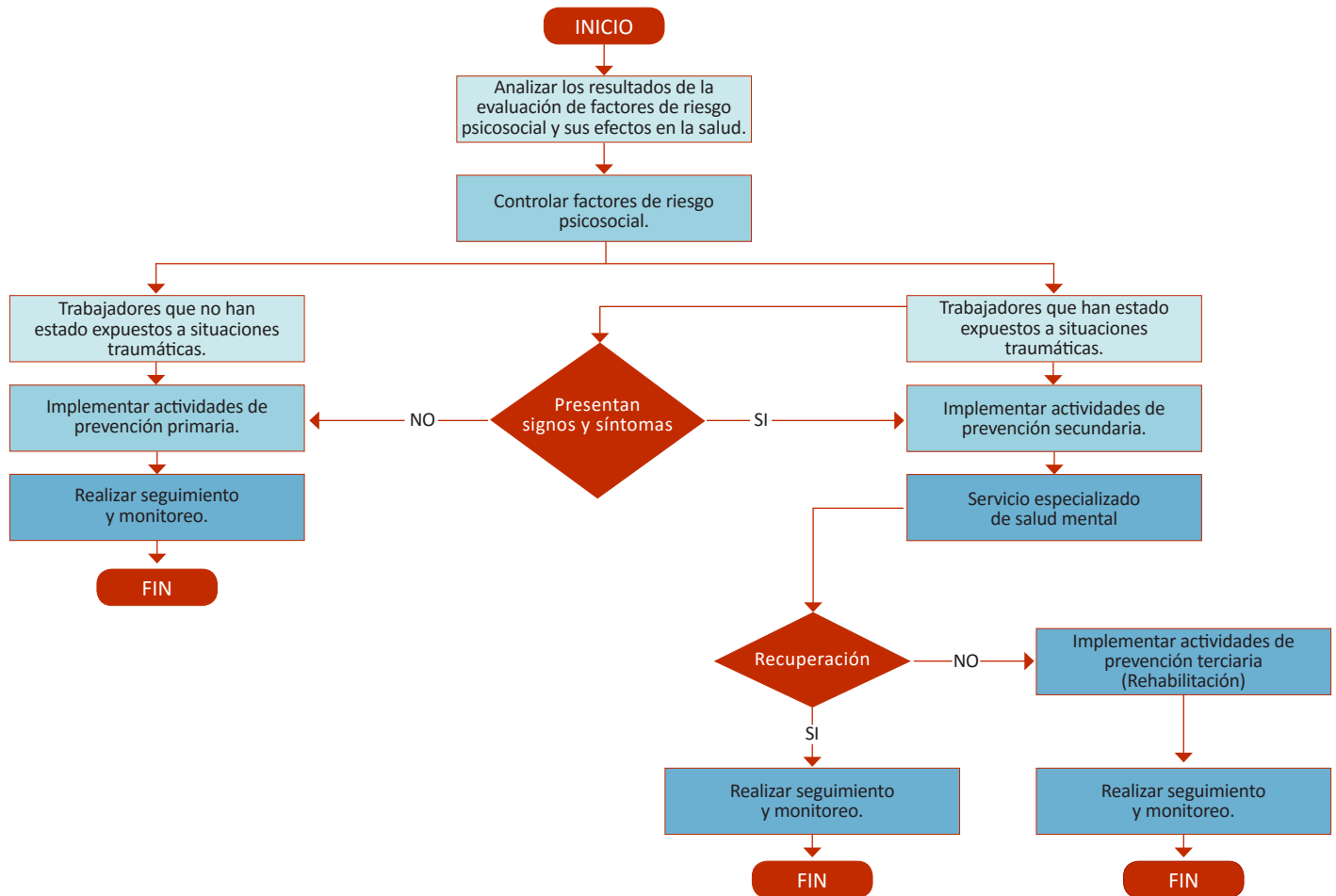
- Aclarar e informar, siempre que sea necesario, las funciones y responsabilidades del empleado en tratamiento, para que los médicos y demás profesionales que lo atienden puedan disponer de esa información, debatirla con el trabajador y adaptarla si es necesario.
- Ofrecer información al trabajador sobre 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, las administradoras de riesgos laborales se deben responsabilizar de:

- Realizar acciones de rehabilitación psicosocial, enmarcadas dentro de los programas de rehabilitación integral, de acuerdo con el Manual de Rehabilitación Laboral vigente.
- Acordar con la persona afectada y con el equipo profesional que lo trata, acerca de la revisión periódica del plan de reincorporación, con el fin de evaluar su progreso y hacer los ajustes necesarios.
- Pedir asesoría a los profesionales de salud y bienestar de la empresa, la EPS y la ARL, para definir las funciones del trabajador y los cambios que serán necesarios durante su reincorporación.
- Garantizar que los compañeros de trabajo de la persona afectada están informados de su reincorporación y de los ajustes que se llevarán a cabo.
- Gestionar la carga de trabajo de la persona afectada antes de que vuelva a trabajar.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Figura 1. Flujograma del protocolo de actuación frente a casos de reacción a estrés agudo



5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

Se deben definir e implementar indicadores de proceso, estructura e impacto de las actividades realizadas y asegurar el establecimiento de un sistema de información que permita hacer el seguimiento, monitoreo y análisis de tendencia de las alteraciones de salud de los trabajadores. En el anexo 1 se presenta un listado, no exhaustivo, de los indicadores que la empresa puede implementar para la identificación, evaluación y seguimiento de la intervención frente la reacción a estrés agudo.

6. GLOSARIO

Trastorno por estrés agudo: trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El término “trastorno por estrés agudo” es utilizado como categoría diagnóstica en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013); mientras que el término “reacción a estrés agudo” (código F 43.0) se encuentra incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su décima versión, en el acápite F 43 correspondiente a reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.

Reacción a estrés agudo: trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. Utilizado como categoría diagnóstica en la CIE 10, décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, capítulo V - trastornos mentales y del comportamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Atención primaria en salud: definida como la asistencia sanitaria esencial basada en tecnologías y métodos prác-

6. GLOSARIO

ticos, científicamente fundados 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 (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Psicoeducación: hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico y 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).

Prevención primaria: medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o trastorno de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo. Su objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad (OMS, 1998).

Prevención secundaria: medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o trastorno de salud ya presente en un individuo, mediante el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Tiene por objetivos atender, limitar o controlar la enfermedad, es decir, reducir la prevalencia de la enfermedad (OMS, 1998).

Prevención terciaria: Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de secuelas de una enfermedad o trastorno de salud. Tiene por objetivo mejorar la calidad de vida de la persona enferma, refuncionalizarla y revitalizarla (OMS, 1998).

Resiliencia: capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse y salir fortalecido, pese a estar expuesto a un evento psicosocial altamente estresante (Forés y Grané, 2008; Rutter, 1993).

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, su entorno, que le permitan la reincorporación ocupacional y experimentar una buena calidad de vida (Ministerio de la Protección Social, 2010).

7. BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2003). Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Sistemas y Programas. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. Luxemburgo. Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/tools-and-publications/publications/reports/309>
- 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>
- Álvarez, M., Ortego, M., López, S. y Aparicio, M. (2011). Tema 11. El Duelo. Obtenido de Ciencias Psicosociales II. Universidad de Cantabria, Open Education Consortium. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-ii>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V.), Fifth Edition. Arlington, VA, USA. Disponible en: <http://psygradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf>
- Decreto 1477 de 2014. Ministerio del Trabajo. República de Colombia.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad. (2012). Guía de buenas prácticas para la prevención y manejo de problemas de salud mental en trabajadores del ámbito sanitario. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III.
- Fernández-Liria, A. y Rodríguez-Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria MEDIFAM* 12 (3): 218-225. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n3/dinamica.pdf>
- Forés, A. y Grané, J. (2008). La resiliencia. Crecer desde la adversidad. Plataforma Editorial. Barcelona, España. Disponible en: <http://www.plataformaeditorial.com/uploads/La-resiliencia.pdf>
- García-Campayo, J. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 2 (2): 1-17. Disponible en: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Manejo_del_duelo_en_AP.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.redalyc.org/pdf/806/80615420008.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. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Manuales/MANUAL-PARA-REHABILITACION-2012.pdf>
- Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana. (2010). Batería de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial. Bogotá: Ministerio de la Protección Social de Colombia. Disponible en: <http://fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Estudios/Bateria-riesgo-psicosocial-1.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2011). Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). Declaración de Almagro – Atá. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Almagro –

- Atá: OMS. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1992). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10° Revisión CIE 10.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf
- 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. Disponible en: <http://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). 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
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). CIE-10. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión. Washington: OPS.
- Pineda, C. y López, W. (2010). Atención psicológica post desastres: más que un “Guarde la Calma”. Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia Psicológica* 28 (2): 155-160.
- Ponniah, K. y Hollon, S. (2009). Review: Psychological Treatments for ASD and PTSD. *Depression and Anxiety* (26): 1086–1109.
- Prins, A., Kimerling, R. y Leskin, G. (2015). National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs. Obtenido de PTSD in Iraq War Veterans: Implications for Primary Care. Disponible en: <http://www.ptsd.va.gov/professional/treatment/vets/ptsd-iraq-vets-primary-care.asp>
- 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.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health* 14 (8). 626-631.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Santacruz, J. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático). *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37: 198-205.
- Servicio Andaluz de Salud. (2011). Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. Área de Evaluación y Calidad, Escuela Andaluza de Salud Pública. Grupo de trabajo sobre atención a situaciones de duelo del II PISMA. Andalucía, España. Disponible en: https://testamentovital.wikispaces.com/file/view/Guia_duelo_final.pdf
- Vallejo Ruiloba, J. y Leal Cercós, C. (2005). Tratado de Psiquiatría. Volumen II. ARS Médica. Barcelona, España.

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Implementar actividades dirigidas a prevenir la reacción a estrés agudo.	Realizar actividades de psicoeducación.	Cobertura	Número trabajadores capacitados / Total de trabajadores a capacitar.	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 de psicoeducación.	Gestión del talento humano	Mensual Trimestral Semestral Anual
Orientar las acciones encaminadas a la recuperación y reincorporación de los trabajadores afectados por una Reacción a estrés agudo.	Atención de trabajadores con diagnóstico de Reacción a estrés agudo	Proceso	Número de trabajadores que recibieron apoyo médico o psicológico / Total de trabajadores que lo requirieron.	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 de los trabajadores afectados por una Reacción a estrés agudo.	Atención de trabajadores con diagnóstico de Reacción a estrés agudo	Incidencia	Número de trabajadores a quienes se les diagnosticó reacción a estrés agudo 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
		Severidad de la enfermedad laboral	Número de días perdidos por ausentismo asociado a reacción a estrés agudo en un periodo de tiempo determinado / Total de días trabajados en el periodo.	Seguridad y salud en el trabajo	Trimestral Semestral Anual

Anexo 2. Criterios diagnósticos para el trastorno de estrés agudo según el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (American Psychiatric Association, 2013)

Trastorno de estrés agudo 308.3 (F43.0)

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s).
2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.
3. Conocimiento de que el (los) suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. Nota: En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.
4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del(los) suceso(s) traumático(s) (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

Nota: Esto no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de nueve (o más) de los síntomas siguientes de alguna de las cinco categorías de intrusión, estado de ánimo negativo, disociación, evitación y alerta, que comienza o empeora después del(los) suceso(s) traumático(s):

Síntomas de intrusión

1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del(los) suceso(s) traumático(s).
2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido o el afecto del sueño está relacionado con el(los) suceso(s).
3. Reacciones disociativas (p. ej., escenas retrospectivas) en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el(los) suceso(s) traumático(s). Estas reacciones se pueden producir de forma continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.
4. Malestar psicológico intenso o prolongado o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del(los) suceso(s) traumático(s).

Estado de ánimo negativo

5. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (p. ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

Síntomas disociativos

6. Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo).
7. Incapacidad de recordar un aspecto importante del(los) suceso(s) traumático(s), debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas.

8. ANEXOS

Trastorno de estrés agudo 308.3 (F43.0)

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).
9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Síntomas de alerta

10. Alteración del sueño (p. ej., dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).
11. Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresa típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
12. Hipervigilancia.
13. Problemas con la concentración.
14. Respuesta de sobresalto exagerada.

C. La duración del trastorno (síntomas del Criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma.

Nota: Los síntomas comienzan en general inmediatamente después del trauma, pero es necesario que persistan al menos durante tres días y hasta un mes para cumplir los criterios del trastorno.

D. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., medicamento o alcohol) u otra afección médica (p. ej., traumatismo cerebral leve) y no se explica mejor por un trastorno psicótico breve.

Anexo 3. Criterios diagnósticos para el trastorno de reacción a estrés agudo según la CIE 10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud)

CIE 10 F43.0 – Pautas para el diagnóstico

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

- A. Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de “embotamiento”, depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- B. Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye:

Crisis aguda de nervios.

Reacción aguda de crisis.

Fatiga del combate.

“Shock” psíquico.

8. ANEXOS

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 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.

Reorganización cognitiva

Mediante esta técnica se procura la identificación y modificación de los pensamientos irracionales que surgen ante las situaciones estresantes; para ello se solicita al sujeto que lleve un registro de los pensamientos que le surgen en las situaciones estresantes y que luego reflexione sobre los mismos, así se irá dando cuenta progresivamente de sus pensamientos automáticos y desestimarás su importancia. En el ámbito laboral, el objetivo es modificar los pensamientos erróneos o negativos relacionados con las demandas laborales y con los recursos personales, para

afrontarlas facilitando una reestructuración en los esquemas cognitivos. Debe ser aplicada por psicólogo o profesional que acredite idoneidad en esta técnica terapéutica en el ambiente laboral, trabajo individual y con grupos.

Modelamiento encubierto

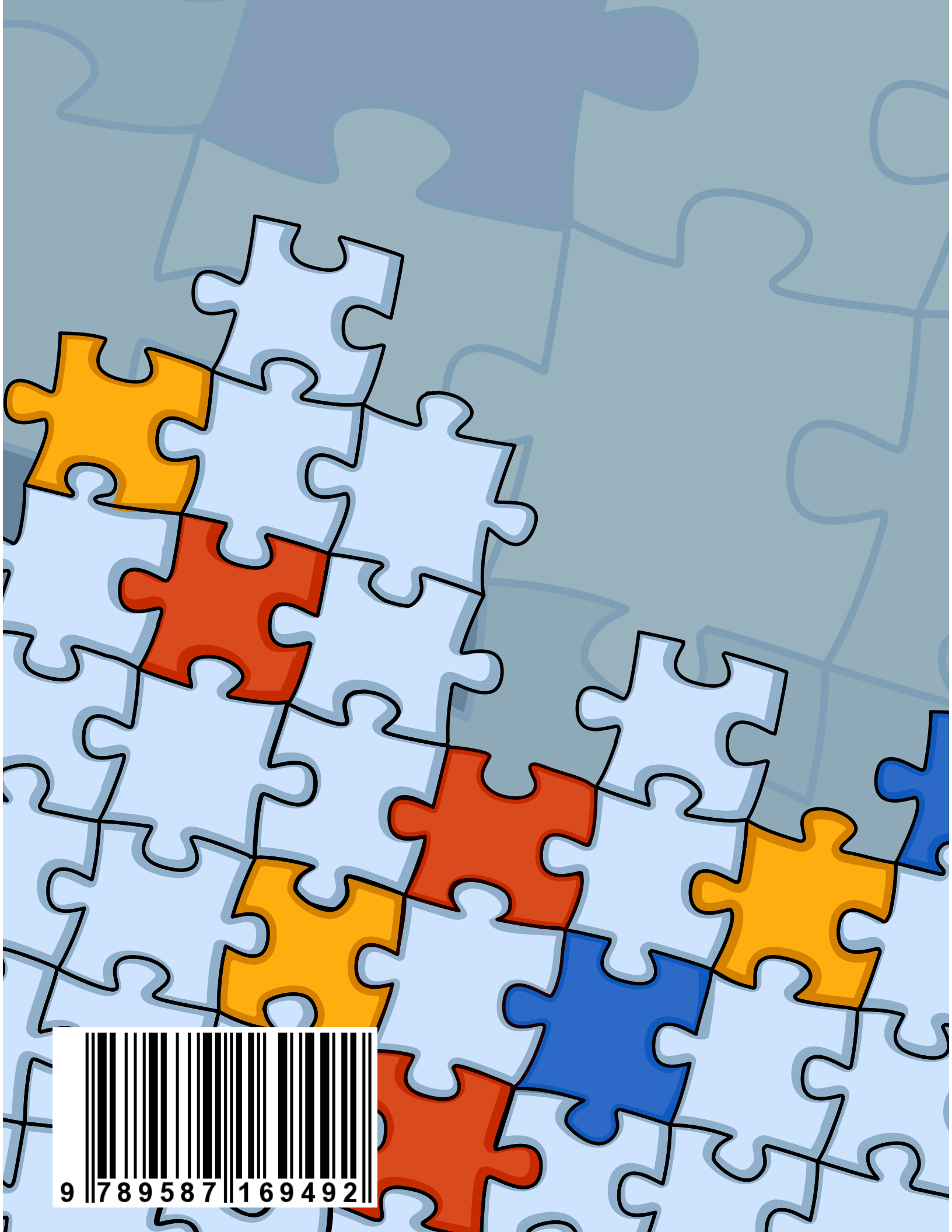
La técnica del modelamiento encubierto fue introducida por Joseph Cautela en 1971, sobre la base de hacer que las personas imaginaran a otras, o incluso a ellas mismas, realizando con éxito la conducta deseada. El objetivo de la técnica de modelamiento encubierto es modificar las conductas negativas a partir de procesos de imaginación de las conductas deseadas (positivas) en secuencias que, luego de un entrenamiento constante, deben dotar de la seguridad necesaria para llevarlas a cabo en la vida real de una forma eficaz. Debe ser aplicada por psicólogo o profesional que acredite idoneidad en esta técnica terapéutica en el ambiente laboral, trabajo individual y con grupos.

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. Es una técnica muy útil en trastorno de ansiedad, depresión, estrés agudo y estrés post-traumático. 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.



9 789587 169492

Situaciones de duelo

Protocolo de actuación en el entorno laboral

SITUACIONES DE DUELO. PROTOCOLO DE 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

978-958-716-959-1

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Situaciones de duelo

Protocolo de 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



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

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.....	9
2. MARCO DE REFERENCIA	10
2.1 Marco de referencia legal	10
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	11
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	17
5.4.3 Actividades de prevención terciaria	19
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	19
6. GLOSARIO	21
7. BIBLIOGRAFÍA	22
8. ANEXOS	24

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización de la problemática en salud

El duelo es el proceso por el cual atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido o frente a cualquier otra pérdida considerada significativa en su vida. Es importante precisar que se trata de un proceso (no de un estado) natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso¹. Cuanto mejor se conozcan las características del proceso de duelo normal y sus posibles complicaciones, más fácil será su manejo en el ámbito laboral y con la menor afectación posible.

Elisabeth Kübler-Ross propuso un modelo de comprensión del duelo tanto por parte de los enfermos terminales como de sus dolientes. Este se compone de cinco (5) etapas o fases, cuya duración es variable y se pueden suceder o solapar, variando en cada caso particular:

- **Negación:** consiste en el rechazo consciente o inconsciente de la situación bajo la forma de una resistencia a

1. En este sentido, en el presente protocolo se utilizan los términos “proceso de duelo” y “duelo” como conceptos indistinguibles que forman parte de toda “situación de duelo”.

1. INTRODUCCIÓN

aceptar la realidad. El diagnóstico de una enfermedad o el fallecimiento del ser querido se atribuyen a errores médicos o algún tipo de equivocación, o se produce una reacción de incredulidad frente a la muerte.

- **Ira:** es un sentimiento de rabia, resentimiento y hostilidad frente a la familia, los amigos, profesionales médicos, incluso hacia Dios y hacia los objetos inanimados o las personas extrañas. Se genera un deseo de reclamación y una sensación de injusticia frente a la pérdida o a la situación terminal. En ocasiones puede tratarse también de una sensación de rabia consigo mismo.
- **Negociación:** surge como una posibilidad de “acuerdo” de la inminente pérdida, bajo la idea de que se puede retrasar la muerte, haciendo compromisos o promesas para alcanzar metas terapéuticas de supervivencia o de desarrollo personal. También incluye el sentimiento de que podría haberse hecho algo más o algo diferente para evitar la muerte o la enfermedad.
- **Depresión:** el doliente o el enfermo hacen conciencia de la certeza o la inminencia de la muerte y expresan profundos sentimientos de tristeza, miedo e incertidumbre, acompañados de aislamiento social, agotamiento físico y mental, abandono del tratamiento.
- **Aceptación:** el doliente o el enfermo efectúan una especie de “acuerdo” con la realidad del acontecimiento trágico, aceptando la pérdida y restableciendo las rutinas cotidianas, las relaciones sociales y las expectativas de vida. Esta etapa no debe confundirse con la resignación o la negación del suceso.

Para establecer la existencia de un duelo se efectúa una evaluación que debe verificar la presencia de las siguientes características: añoranza persistente e intensa de la persona fallecida, preocupación por la persona fallecida o por las circunstancias de la muerte, amargura por la pérdida, dificultad para aceptar la pérdida, dificultad para seguir las actividades o formar amistades, sentimientos de falta de sentido de la vida, dificultades para llevar a cabo actividades laborales, escolares, domésticas o sociales habituales (Organización Panamericana de la Salud, 2004, pág. 6).

La intervención sobre procesos de duelo debe incluir elementos para facilitar la aceptación de la realidad, la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella, la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de lo perdido, una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida (Fernández y Rodríguez-Vega, 2002). El logro de lo anterior conforma un proceso satisfactorio de elaboración o resolución del duelo.

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

En Colombia, las circunstancias de violencia y conflicto armado producen una alta prevalencia del duelo en todas las personas que se ven expuestas a presenciar muertes violentas (accidentes y homicidios), sufrir directa o indirectamente el secuestro, perder la red de soporte familiar, vivir procesos de desarraigo y desplazamiento forzado, perder seres queridos de manera trágica, entre otras circunstancias. La reciente Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) evidenció que cerca del 40% de los adultos han sufrido y/o presenciado por lo menos un evento traumático, potencialmente provocador de un duelo; dentro de este porcentaje de personas, el 38,5% con edades entre 18 y 44 años y el 44,1% con 45 y más años, que han estado expuestas, reportan el fallecimiento de alguien durante el evento (Encuesta Nacional de Salud Mental , 2015, pág. 193).

De otro lado las profesiones que tienen frecuente contacto con la muerte y sus repercusiones experimentan necesidades especiales de apoyo y acompañamiento en algunas circunstancias. Cuando se presenta una experiencia de muerte en el ambiente laboral los trabajadores cercanos al fallecido o quienes presencian su muerte, requieren con alguna frecuencia de apoyo en el manejo del duelo.

Una circunstancia traumática tal como un accidente de trabajo con consecuencias fatales o que deja como secuelas discapacidad permanente en el trabajador sobreviviente, exige para él, su familia y sus cercanos compañeros la vivencia real de un proceso de duelo.

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 Ley 1438 de 2011, ordena adoptar la Estrategia de Atención Primaria en Salud que está 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.

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.

El Decreto 1477 de 2014 adopta la tabla de enfermedades laborales vigente a la fecha de elaboración de este protocolo, e incluye las reacciones a estrés grave (código CIE-10: F43) como una enfermedad laboral asociada a las condiciones del medio ambiente de trabajo, que puede presentarse en cualquier trabajador, y cuya gravedad dependerá de las condiciones psicosociales y materiales enfrentadas.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

Para la elaboración del presente protocolo de intervención se consideró la necesidad ya normatizada para el país respecto de la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados 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”.

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

Este protocolo de intervención aporta elementos que contribuyen a que empleadores y trabajadores establezcan acciones para la intervención en situaciones de duelo. Con la implementación de este protocolo se obtendrán beneficios para los empleadores y los trabajadores, principalmente desde el punto de vista preventivo. Se pretende impactar en la identificación temprana de los trastornos que, derivándose del duelo, pueden afectar la salud de los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo de actuación en el entorno laboral frente a situaciones de duelo debe ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano, el área de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, así como por jefes y líderes de las diversas áreas o procesos de la organización. En la implementación del mismo deben participar 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 derivados de situaciones de duelo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Intervenir tempranamente en los casos en que se presenten situaciones de duelo en uno o más trabajadores, a fin de prevenir complicaciones emocionales.

Específicos

Educar a los trabajadores sobre el manejo del duelo.

Brindar acompañamiento para apoyar a los trabajadores en situación de duelo.

5.2 Población objeto de la estrategia

La población objeto de este protocolo son los trabajadores que enfrentan situaciones de duelo.

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

La estrategia brinda información general para realizar el acompañamiento de la empresa a los trabajadores que enfrentan situaciones de duelo.

Limitaciones

El protocolo no incluye aspectos relacionados con el manejo especializado de las complicaciones derivadas de una situación de duelo.

5.4 Implementación de la estrategia

5.4.1 Actividades de prevención primaria

Sensibilización y capacitación en manejo del duelo para todos los trabajadores

Es importante tomar en consideración que un duelo puede ocurrir en cualquier momento y que la duración es siempre variable y depende de distintos factores individuales y culturales; por tanto, la ejecución de actividades de información y sensibilización como preparación para el manejo del duelo es una acción preventiva útil. El desarrollo de las mismas está a cargo del área de gestión del talento humano, con el soporte del área de seguridad y salud en el trabajo.

Las charlas de preparación deben ayudar a tomar conciencia de que el duelo en sí mismo no es patológico, excepto cuando empieza a interferir por largo tiempo con las actividades cotidianas o cuando viene acompañado de otros síntomas que podrían denotar cuadros de depresión, ansiedad o psicosis. Adicionalmente, ciertas fechas (Navidad, cumpleaños, aniversarios, día del padre/madre), lugares, canciones, libros, entre otros, pueden reavivar el duelo que se creía superado. El contenido de las charlas de preparación para el afrontamiento del duelo debe también ayudar a comprender las diferencias entre el duelo normal y el patológico (Tabla 1).

Además de la presencia intensa o duradera de las conductas mencionadas anteriormente, también se consideran duelos patológicos los siguientes:

- **Duelo reprimido:** el sujeto no se aflige por la pérdida e incluso a veces se vanagloria de su autocontrol, como si rehusara sentir dolor por el fallecimiento de un ser querido.
- **Duelo aplazado:** el sujeto no exterioriza ningún tipo de sentimiento relativo a su pérdida, pero al cabo de cierto tiempo, con motivo de una pérdida diferente e incluso menos importante, reacciona con manifestaciones de aflicción bastante exageradas, que están motivadas realmente por la primera pérdida.
- **Duelo crónico:** el sujeto manifiesta un duelo intenso, durante un tiempo más prolongado de lo que se considera normal.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- **Idealización:** el sujeto recuerda únicamente las características positivas del difunto y a veces establece comparaciones entre aquel y otras personas, saliendo estas siempre en desventaja de esta confrontación.
- **Identificación:** el sujeto manifiesta comportamientos, síntomas, actitudes que imitan a las del difunto, como si así pretendiera mantenerlo “vivo”.
- **Euforia:** en ocasiones no existe reconocimiento de la ocurrencia de la pérdida, o se experimentan sentimientos persistentes de que el difunto se halla presente. En otros casos quien experimenta la pérdida afirma que esta le resulta gratificante.

Tabla 1. Diferencias entre duelo normal y duelo patológico (muerte de un ser querido)

Características	Duelo normal	Duelo patológico
Momento de aparición	A los pocos días del fallecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Semanas o meses después (duelo retrasado). • No aparición del duelo (negación del duelo).
Intensidad	Incapacitante durante días.	Incapacitante durante semanas.
Reacciones	Negar aspectos de la muerte: circunstancias, características del fallecido (idealización).	Negar la muerte del fallecido, creer que aún vive.
	Identificarse con el fallecido (imitando rasgos, atesorando pertenencias).	Creer que es el fallecido.
	Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea, sin embargo, se reconoce que esta sensación no es real.	Alucinaciones complejas y estructuradas.
	Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto (identificación).	<ul style="list-style-type: none"> • Creer que se va a morir de la misma enfermedad. • Acudir continuamente al médico por esa causa.
	Desarrollar conductas culturalmente aceptables en relación al duelo (luto temporal, etc.).	Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente).

El duelo no se considera como un trastorno psíquico sino como una reacción normal ante una situación de pérdida. En este sentido, la empresa debe estar en capacidad de identificar que las diferencias entre un duelo normal y uno patológico estriban en la intensidad y duración de las reacciones emocionales. Cuando se evidencien características de un duelo patológico siempre debe remitirse el caso para valoración y manejo en consulta especializada de salud mental.

5.4.2 Actividades de prevención secundaria

Ante una situación de duelo se efectúa una evaluación en la que se debe verificar la presencia de los elementos que caracterizan el duelo (añoranza persistente de lo perdido, amargura, dificultad tanto para aceptar la pérdida como para retomar las actividades y relaciones habituales, pensamientos frecuentes de las circunstancias de la pérdida, entre otras).

Algunos autores señalan que aunque se considere necesaria la intervención en toda persona que esté atravesando un proceso de duelo, en realidad este acompañamiento sólo debe ofrecerse a aquellas personas que reúnen condiciones de riesgo (soledad, escasa red de apoyo, ausencia de recursos de afrontamiento, enfermedades concomitantes), o bien a aquellas personas que lo solicitan por iniciativa propia (Álvarez *et al.*, 2011).

Las actividades de prevención secundaria incluyen la utilización de recursos especializados (médicos, psicólogos, instituciones o programas para personas en duelo), o no especializados (redes de apoyo, movilización de recursos comunitarios, sociales, espirituales y culturales, entre otros).

Se debe hacer uso de recursos especializados en especial si se observan situaciones como las siguientes: riesgo de suicidio, existencia previa de un trastorno grave de personalidad, historia personal de trastornos psiquiátricos, síntomas psicóticos, trastornos conductuales graves. También debe considerarse la remisión al especialista cuando el sujeto no responde a la intervención secundaria mediante recursos no especializados.

Los propósitos fundamentales de la intervención secundaria en casos de duelo son:

- Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
- Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.
- Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la ausencia de lo perdido.
- Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido a la vida.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Con el fin de conseguir estos objetivos existen estrategias que pueden ayudar a las personas en duelo, dependiendo de las circunstancias propias del entorno, del caso específico y de los sujetos involucrados, entre otras:

- Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte.
- Ayudar a identificar y expresar sus sentimientos, manteniendo una comprensión empática.
- Respetar el silencio.
- Acompañar
- Escuchar al afligido.
- Compartir información sobre el proceso de aflicción.
- Permitir diferencias individuales.
- Informar sobre el hecho de que la duración del duelo es bastante prolongada y que es normal que no desaparezca al poco tiempo.
- Informar de la probabilidad de experimentar un sentimiento transitorio de culpabilidad y traición a la memoria del fallecido al intentar rehacer su vida, o por ocupar y utilizar lo que era del difunto, etc.
- Indicar la importancia de mantener una comunicación abierta dentro de la red de apoyo.
- Promover el apoyo emocional e instrumental de otros miembros de la familia y amigos
- Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin la persona perdida.
- Examinar en conjunto las estrategias de afrontamiento disponibles para prevenir complicaciones.

El anexo 2 presenta brevemente una información sobre posibles acciones de intervención psicoterapéutica, la cual se incluye a fines exclusivos de información para el lector.

El área de gestión del talento humano, con el apoyo del área de seguridad y salud en el trabajo, debe encargarse de direccionar a los trabajadores hacia los recursos (especializados y no especializados) para la realización de las acciones de acompañamiento para los trabajadores que así lo requieran.

5.4.3 Actividades de prevención terciaria

Ante la presencia de un trastorno psiquiátrico previo o derivado de un duelo patológico que curse con compromiso de la funcionalidad y probable incapacidad laboral prolongada, se deben desplegar actividades de rehabilitación, en cuyo caso el médico especialista pondrá en ejecución el protocolo de la situación clínica correspondiente (p.ej. trastorno de estrés postraumático, depresión, entre otras).

En casos como estos y con el objeto de apoyar la rehabilitación y reincorporación al trabajo de la persona con la situación anteriormente descrita, la empresa debe 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 cuales está afiliado el trabajador, para diseñar un plan de intervención conjunto.
- Comunicar a los demás trabajadores las decisiones y 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.
- Poner en marcha los ajustes necesarios para el reintegro, reincorporación o reconversión de mano de obra, según los avances del proceso de rehabilitación del trabajador en dichas circunstancias.

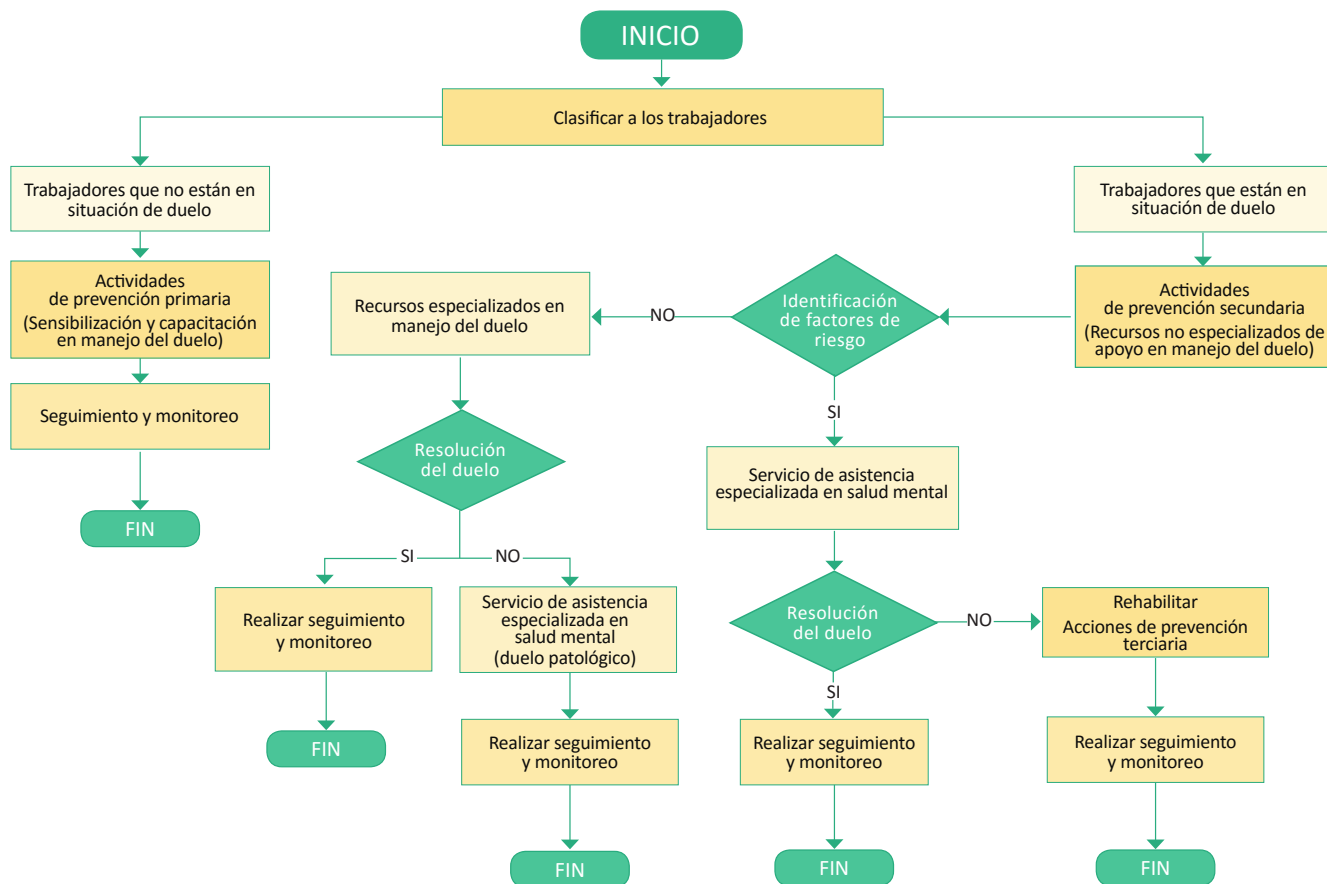
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

La intervención implica también la observación y si es necesario, la valoración y seguimiento de las alteraciones de salud de los trabajadores expuestos a situaciones de duelo.

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

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Figura 1. Flujograma del protocolo de actuación frente a situaciones de duelo.



6. GLOSARIO

Duelo: concepto universal connatural al sufrimiento emocional que sigue a cualquier pérdida, que precisa de un proceso de elaboración cuya intensidad, duración y repercusión en la vida del sujeto involucrado dependen de sus características de personalidad y son determinadas por la dimensión de la pérdida y de la representación simbólica y significado para quien lo vive (García-Campayo, 2011, pág. 2).

Luto: proceso mediante el que se resuelve el duelo, representa los aspectos sociales y antropológicos del duelo (García-Campayo, 2011, pág. 2).

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, 2015).

Elaboración del duelo: serie de procesos psicológicos que conducen a aceptar la nueva realidad del sujeto. (García-Campayo, 2011, pág. 2).

Duelo patológico: respuesta prolongada o de características exageradas frente a una pérdida significativa. En un duelo patológico se encuentra imposibilidad de aceptar la pérdida y por ende de retomar el funcionamiento cotidiano habitual.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Prada, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (Suplemento 1).
- Álvarez, M., Ortego, M., López, S. y Aparicio, M. (2011). Tema 11. El Duelo. Obtenido de Ciencias Psicosociales II. Universidad de Cantabria, Open Education Consortium: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-ii/materiales/tema-11.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Washington, D.C.: Masson.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *MEDIFAM*, 12(3), 218-225.
- García-Campayo, J. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 2 (2): 1-17.
- Gómez-Restrepo, C. (2008). Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (Suplemento 1): 100-112.

- Grupo de trabajo sobre atención a situaciones de duelo del II PISMA, Servicio Andaluz de Salud. (2011). Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. Andalucía, España: Área de Evaluación y Calidad, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- 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.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental.
- Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias (2013). Guía de Práctica Clínica. 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. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Bogotá, D. C., Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. Depresión. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). 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
- 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. Organización Mundial de la Salud (Ginebra, Suiza). Impreso en Panamá. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20115&Itemid=
- Ponniah, K. y Hollon, S. (2009). Review: Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depression and Anxiety* (26): 1086-1109.
- 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, D. F.
- Vallejo-Ruiloba, J. y Leal-Cercós, C. (2005). Tratado de Psiquiatría. Volumen II. ARS Médica. Barcelona, España.

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Educar a los trabajadores sobre el manejo del duelo.	Actividades informativas y de sensibilización sobre el manejo del duelo.	Proceso	Número de trabajadores que participan en actividades informativas y de sensibilización / Total de trabajadores de la empresa en el mismo periodo de tiempo.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
Brindar acompañamiento y apoyo a los trabajadores que viven una situación de duelo.	Atención de trabajadores en situación de duelo.	Proceso	Número de trabajadores que han tenido diagnóstico de situación de duelo en un periodo de tiempo determinado.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
		Proceso	Número de días perdidos por ausentismo asociado a situaciones de duelo en un periodo de tiempo / Total de trabajadores en el mismo periodo de tiempo.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de trabajadores que se intervinieron / Total de trabajadores que requerían la intervención por situaciones de duelo.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual

Anexo 2. 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 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 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; 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,

8. ANEXOS

se espera que la persona entienda mejor su trastorno y pueda manejarlo. Es una técnica muy útil en trastorno de ansiedad, depresión, estrés agudo y estrés post-traumático. 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.



9 789587 169591