

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.

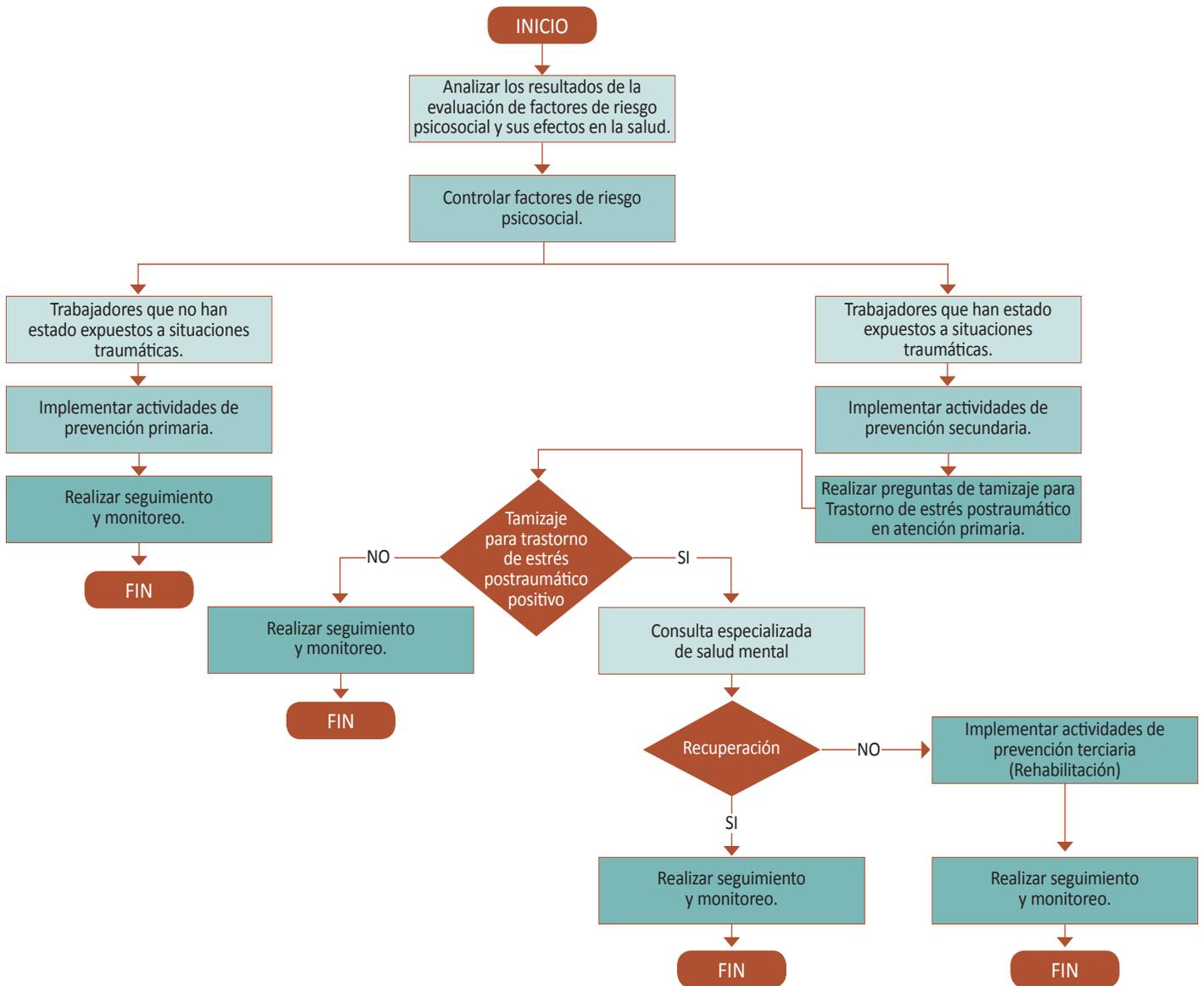
Las responsabilidades del área de seguridad y salud en el trabajo son fundamentalmente:

- 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.secretariassenado.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.

- 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.



9 789587 169485