

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

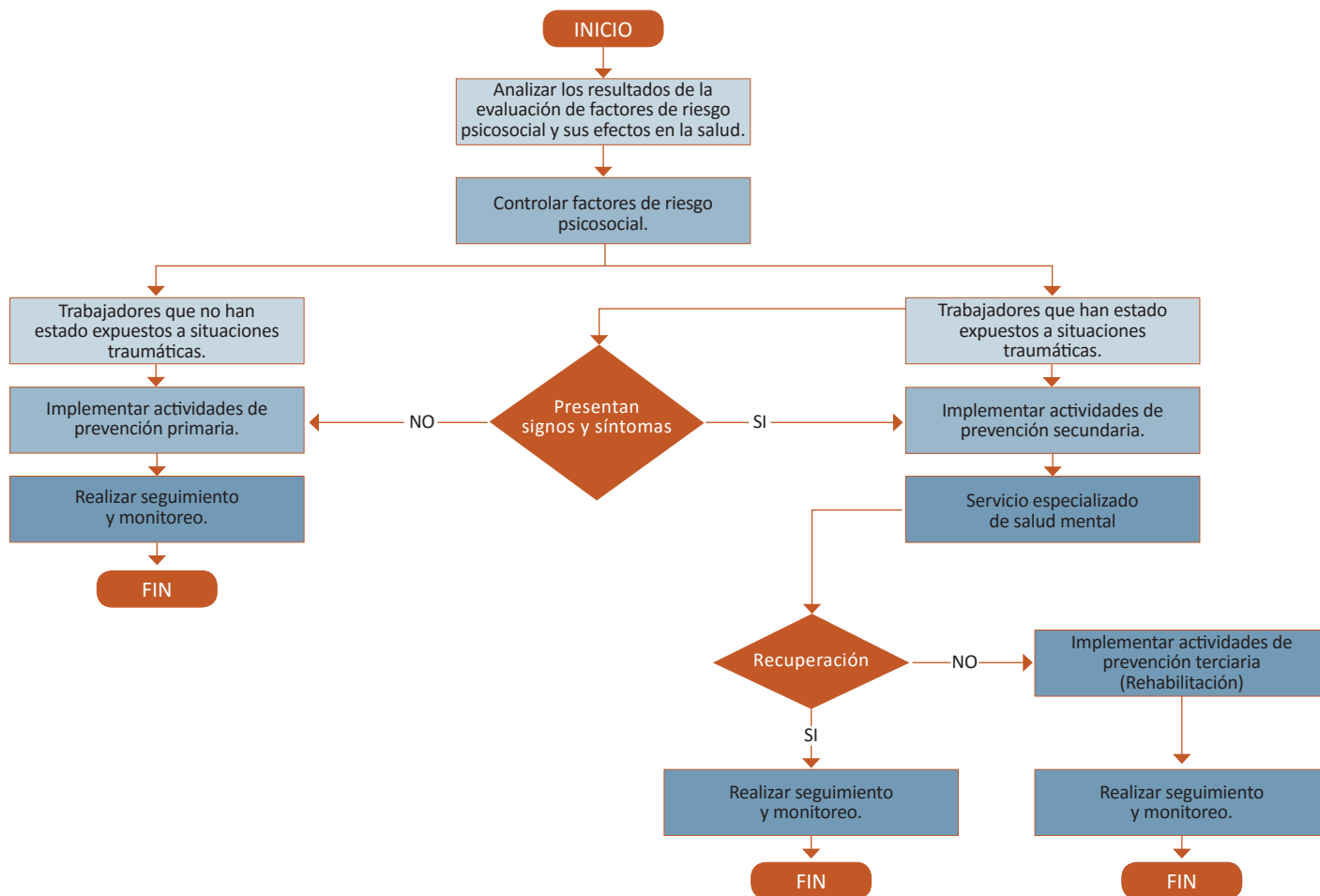
- Aclarar e informar, siempre que sea necesario, las funciones y responsabilidades del empleado en tratamiento, para que los médicos y demás profesionales que lo atienden puedan disponer de esa información, debatirla con el trabajador y adaptarla si es necesario.
- Ofrecer información al trabajador sobre 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 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). (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 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 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.

