

Situaciones de duelo

Protocolo de actuación en el entorno laboral

SITUACIONES DE DUELO. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN EL ENTORNO LABORAL

© Derechos reservados

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

AUTOR INSTITUCIONAL

Ministerio del Trabajo

COAUTOR

Pontificia Universidad Javeriana

LUGAR Y FECHA DE ELABORACIÓN

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

LUGAR Y FECHA DE PUBLICACIÓN

Bogotá, D. C., Colombia, 2016

SUPERVISORES

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

ISBN

978-958-716-959-1

CORRECCIÓN DE ESTILO, DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas - JAVEGRAF

DISEÑO DE CARÁTULA

Carlos Felipe Niño Villalobos

Situaciones de duelo

Protocolo de actuación en el entorno laboral



LUIS EDUARDO GARZÓN
MINISTRO DEL TRABAJO

LUIS ERNESTO GÓMEZ LONDOÑO
VICEMINISTRO DE EMPLEO Y PENSIONES

ENRIQUE BORDA VILLEGAS
VICEMINISTRO DE RELACIONES LABORALES E INSPECCIÓN

MARTHA ELENA DIAZ MORENO
SECRETARIA GENERAL

ANDREA TORRES MATIZ
DIRECTORA DE RIESGOS LABORALES



DIRECTORA

GLORIA HELENA VILLALOBOS FAJARDO

Psicóloga, Especialista en Gerencia de la Salud Ocupacional,
PhD en Ciencias de la Salud

COORDINADORA GENERAL

ANGÉLICA MARÍA VARGAS MONROY

Psicóloga, Especialista en Higiene y Salud Ocupacional,
Magíster en Salud Pública

EQUIPO TÉCNICO

GLORIA MARÍA LÓPEZ GIRALDO

Psicóloga, Especialista en Administración de Salud Ocupacional

ESMERALDA MARTÍNEZ CARRILLO

Psicóloga, Especialista en Higiene y Salud Ocupacional

JEIMMY MONSALVE RANGEL

Trabajadora Social, Especialista en Salud Ocupacional

MARÍA CAMILA MONTALVO VILLEGAS

Médico, Psiquiatra

ÁNGELA MARÍA ORTIZ LUNA

Psicóloga, Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional

CARLOS HUMBERTO TORRES REY

Médico, Epidemiólogo, Magíster en Salud Ocupacional y Ambiental

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	7
1.1 Caracterización de la problemática en salud	7
1.2 Relación de factores psicosociales con el efecto, tipos de factores psicosociales causales y tipos de ocupaciones en que suelen ocurrir.....	9
2. MARCO DE REFERENCIA	10
2.1 Marco de referencia legal	10
2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual	11
3. ALCANCE DEL PROTOCOLO	12
4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO	13
5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	14
5.1 Objetivos de la estrategia	14
5.2 Población objeto de la estrategia	14
5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia	14
5.4 Implementación de la estrategia	15
5.4.1 Actividades de prevención primaria	15
5.4.2 Actividades de prevención secundaria	17
5.4.3 Actividades de prevención terciaria	19
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención	19
6. GLOSARIO	21
7. BIBLIOGRAFÍA	22
8. ANEXOS	24

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Caracterización de la problemática en salud

El duelo es el proceso por el cual atraviesa una persona ante la muerte de un ser querido o frente a cualquier otra pérdida considerada significativa en su vida. Es importante precisar que se trata de un proceso (no de un estado) natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso¹. Cuanto mejor se conozcan las características del proceso de duelo normal y sus posibles complicaciones, más fácil será su manejo en el ámbito laboral y con la menor afectación posible.

Elisabeth Kübler-Ross propuso un modelo de comprensión del duelo tanto por parte de los enfermos terminales como de sus dolientes. Este se compone de cinco (5) etapas o fases, cuya duración es variable y se pueden suceder o solapar, variando en cada caso particular:

- **Negación:** consiste en el rechazo consciente o inconsciente de la situación bajo la forma de una resistencia a

1. En este sentido, en el presente protocolo se utilizan los términos “proceso de duelo” y “duelo” como conceptos indistinguibles que forman parte de toda “situación de duelo”.

1. INTRODUCCIÓN

aceptar la realidad. El diagnóstico de una enfermedad o el fallecimiento del ser querido se atribuyen a errores médicos o algún tipo de equivocación, o se produce una reacción de incredulidad frente a la muerte.

- **Ira:** es un sentimiento de rabia, resentimiento y hostilidad frente a la familia, los amigos, profesionales médicos, incluso hacia Dios y hacia los objetos inanimados o las personas extrañas. Se genera un deseo de reclamación y una sensación de injusticia frente a la pérdida o a la situación terminal. En ocasiones puede tratarse también de una sensación de rabia consigo mismo.
- **Negociación:** surge como una posibilidad de “acuerdo” de la inminente pérdida, bajo la idea de que se puede retrasar la muerte, haciendo compromisos o promesas para alcanzar metas terapéuticas de supervivencia o de desarrollo personal. También incluye el sentimiento de que podría haberse hecho algo más o algo diferente para evitar la muerte o la enfermedad.
- **Depresión:** el doliente o el enfermo hacen conciencia de la certeza o la inminencia de la muerte y expresan profundos sentimientos de tristeza, miedo e incertidumbre, acompañados de aislamiento social, agotamiento físico y mental, abandono del tratamiento.
- **Aceptación:** el doliente o el enfermo efectúan una especie de “acuerdo” con la realidad del acontecimiento trágico, aceptando la pérdida y restableciendo las rutinas cotidianas, las relaciones sociales y las expectativas de vida. Esta etapa no debe confundirse con la resignación o la negación del suceso.

Para establecer la existencia de un duelo se efectúa una evaluación que debe verificar la presencia de las siguientes características: añoranza persistente e intensa de la persona fallecida, preocupación por la persona fallecida o por las circunstancias de la muerte, amargura por la pérdida, dificultad para aceptar la pérdida, dificultad para seguir las actividades o formar amistades, sentimientos de falta de sentido de la vida, dificultades para llevar a cabo actividades laborales, escolares, domésticas o sociales habituales (Organización Panamericana de la Salud, 2004, pág. 6).

La intervención sobre procesos de duelo debe incluir elementos para facilitar la aceptación de la realidad, la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella, la resolución de los problemas prácticos suscitados por la falta de lo perdido, una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido y satisfacción en la vida (Fernández y Rodríguez-Vega, 2002). El logro de lo anterior conforma un proceso satisfactorio de elaboración o resolución del duelo.

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

En Colombia, las circunstancias de violencia y conflicto armado producen una alta prevalencia del duelo en todas las personas que se ven expuestas a presenciar muertes violentas (accidentes y homicidios), sufrir directa o indirectamente el secuestro, perder la red de soporte familiar, vivir procesos de desarraigo y desplazamiento forzado, perder seres queridos de manera trágica, entre otras circunstancias. La reciente Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) evidenció que cerca del 40% de los adultos han sufrido y/o presenciado por lo menos un evento traumático, potencialmente provocador de un duelo; dentro de este porcentaje de personas, el 38,5% con edades entre 18 y 44 años y el 44,1% con 45 y más años, que han estado expuestas, reportan el fallecimiento de alguien durante el evento (Encuesta Nacional de Salud Mental , 2015, pág. 193).

De otro lado las profesiones que tienen frecuente contacto con la muerte y sus repercusiones experimentan necesidades especiales de apoyo y acompañamiento en algunas circunstancias. Cuando se presenta una experiencia de muerte en el ambiente laboral los trabajadores cercanos al fallecido o quienes presencian su muerte, requieren con alguna frecuencia de apoyo en el manejo del duelo.

Una circunstancia traumática tal como un accidente de trabajo con consecuencias fatales o que deja como secuelas discapacidad permanente en el trabajador sobreviviente, exige para él, su familia y sus cercanos compañeros la vivencia real de un proceso de duelo.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de referencia legal

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

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

El Decreto 1477 de 2014 adopta la tabla de enfermedades laborales vigente a la fecha de elaboración de este protocolo, e incluye las reacciones a estrés grave (código CIE-10: F43) como una enfermedad laboral asociada a las condiciones del medio ambiente de trabajo, que puede presentarse en cualquier trabajador, y cuya gravedad dependerá de las condiciones psicosociales y materiales enfrentadas.

2.2 Marco de referencia o enfoque conceptual

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

La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema.

3. ALCANCE DEL PROTOCOLO

Este protocolo de intervención aporta elementos que contribuyen a que empleadores y trabajadores establezcan acciones para la intervención en situaciones de duelo. Con la implementación de este protocolo se obtendrán beneficios para los empleadores y los trabajadores, principalmente desde el punto de vista preventivo. Se pretende impactar en la identificación temprana de los trastornos que, derivándose del duelo, pueden afectar la salud de los trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial.

4. POBLACIÓN USUARIA DEL PROTOCOLO

El protocolo de actuación en el entorno laboral frente a situaciones de duelo debe ser utilizado por las áreas de gestión del talento humano, el área de gestión de la salud y la seguridad en el trabajo, así como por jefes y líderes de las diversas áreas o procesos de la organización. En la implementación del mismo deben participar los profesionales de la salud y los asesores en prevención y promoción de la salud, así como quienes apoyan o acompañan programas para reducir los efectos en la salud derivados de situaciones de duelo.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

5.1 Objetivos de la estrategia

General

Intervenir tempranamente en los casos en que se presenten situaciones de duelo en uno o más trabajadores, a fin de prevenir complicaciones emocionales.

Específicos

Educar a los trabajadores sobre el manejo del duelo.

Brindar acompañamiento para apoyar a los trabajadores en situación de duelo.

5.2 Población objeto de la estrategia

La población objeto de este protocolo son los trabajadores que enfrentan situaciones de duelo.

5.3 Alcances y limitaciones de la estrategia

Alcances

La estrategia brinda información general para realizar el acompañamiento de la empresa a los trabajadores que enfrentan situaciones de duelo.

Limitaciones

El protocolo no incluye aspectos relacionados con el manejo especializado de las complicaciones derivadas de una situación de duelo.

5.4 Implementación de la estrategia

5.4.1 Actividades de prevención primaria

Sensibilización y capacitación en manejo del duelo para todos los trabajadores

Es importante tomar en consideración que un duelo puede ocurrir en cualquier momento y que la duración es siempre variable y depende de distintos factores individuales y culturales; por tanto, la ejecución de actividades de información y sensibilización como preparación para el manejo del duelo es una acción preventiva útil. El desarrollo de las mismas está a cargo del área de gestión del talento humano, con el soporte del área de seguridad y salud en el trabajo.

Las charlas de preparación deben ayudar a tomar conciencia de que el duelo en sí mismo no es patológico, excepto cuando empieza a interferir por largo tiempo con las actividades cotidianas o cuando viene acompañado de otros síntomas que podrían denotar cuadros de depresión, ansiedad o psicosis. Adicionalmente, ciertas fechas (Navidad, cumpleaños, aniversarios, día del padre/madre), lugares, canciones, libros, entre otros, pueden reavivar el duelo que se creía superado. El contenido de las charlas de preparación para el afrontamiento del duelo debe también ayudar a comprender las diferencias entre el duelo normal y el patológico (Tabla 1).

Además de la presencia intensa o duradera de las conductas mencionadas anteriormente, también se consideran duelos patológicos los siguientes:

- **Duelo reprimido:** el sujeto no se aflige por la pérdida e incluso a veces se vanagloria de su autocontrol, como si rehusara sentir dolor por el fallecimiento de un ser querido.
- **Duelo aplazado:** el sujeto no exterioriza ningún tipo de sentimiento relativo a su pérdida, pero al cabo de cierto tiempo, con motivo de una pérdida diferente e incluso menos importante, reacciona con manifestaciones de aflicción bastante exageradas, que están motivadas realmente por la primera pérdida.
- **Duelo crónico:** el sujeto manifiesta un duelo intenso, durante un tiempo más prolongado de lo que se considera normal.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

- **Idealización:** el sujeto recuerda únicamente las características positivas del difunto y a veces establece comparaciones entre aquel y otras personas, saliendo estas siempre en desventaja de esta confrontación.
- **Identificación:** el sujeto manifiesta comportamientos, síntomas, actitudes que imitan a las del difunto, como si así pretendiera mantenerlo “vivo”.
- **Euforia:** en ocasiones no existe reconocimiento de la ocurrencia de la pérdida, o se experimentan sentimientos persistentes de que el difunto se halla presente. En otros casos quien experimenta la pérdida afirma que esta le resulta gratificante.

Tabla 1. Diferencias entre duelo normal y duelo patológico (muerte de un ser querido)

Características	Duelo normal	Duelo patológico
Momento de aparición	A los pocos días del fallecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Semanas o meses después (duelo retrasado). • No aparición del duelo (negación del duelo).
Intensidad	Incapacitante durante días.	Incapacitante durante semanas.
Reacciones	Negar aspectos de la muerte: circunstancias, características del fallecido (idealización).	Negar la muerte del fallecido, creer que aún vive.
	Identificarse con el fallecido (imitando rasgos, atesorando pertenencias).	Creer que es el fallecido.
	Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera y momentánea, sin embargo, se reconoce que esta sensación no es real.	Alucinaciones complejas y estructuradas.
	Padecer síntomas somáticos similares a los que causaron la muerte del difunto (identificación).	<ul style="list-style-type: none"> • Creer que se va a morir de la misma enfermedad. • Acudir continuamente al médico por esa causa.
	Desarrollar conductas culturalmente aceptables en relación al duelo (luto temporal, etc.).	Establecer conductas anormales (conservar cenizas, poner altares, visitar el cementerio diariamente).

El duelo no se considera como un trastorno psíquico sino como una reacción normal ante una situación de pérdida. En este sentido, la empresa debe estar en capacidad de identificar que las diferencias entre un duelo normal y uno patológico estriban en la intensidad y duración de las reacciones emocionales. Cuando se evidencien características de un duelo patológico siempre debe remitirse el caso para valoración y manejo en consulta especializada de salud mental.

5.4.2 Actividades de prevención secundaria

Ante una situación de duelo se efectúa una evaluación en la que se debe verificar la presencia de los elementos que caracterizan el duelo (añoranza persistente de lo perdido, amargura, dificultad tanto para aceptar la pérdida como para retomar las actividades y relaciones habituales, pensamientos frecuentes de las circunstancias de la pérdida, entre otras).

Algunos autores señalan que aunque se considere necesaria la intervención en toda persona que esté atravesando un proceso de duelo, en realidad este acompañamiento sólo debe ofrecerse a aquellas personas que reúnen condiciones de riesgo (soledad, escasa red de apoyo, ausencia de recursos de afrontamiento, enfermedades concomitantes), o bien a aquellas personas que lo solicitan por iniciativa propia (Álvarez *et al.*, 2011).

Las actividades de prevención secundaria incluyen la utilización de recursos especializados (médicos, psicólogos, instituciones o programas para personas en duelo), o no especializados (redes de apoyo, movilización de recursos comunitarios, sociales, espirituales y culturales, entre otros).

Se debe hacer uso de recursos especializados en especial si se observan situaciones como las siguientes: riesgo de suicidio, existencia previa de un trastorno grave de personalidad, historia personal de trastornos psiquiátricos, síntomas psicóticos, trastornos conductuales graves. También debe considerarse la remisión al especialista cuando el sujeto no responde a la intervención secundaria mediante recursos no especializados.

Los propósitos fundamentales de la intervención secundaria en casos de duelo son:

- Facilitar la aceptación de la realidad de la pérdida.
- Facilitar la expresión y el manejo de los sentimientos ligados a ella.
- Facilitar la resolución de los problemas prácticos suscitados por la ausencia de lo perdido.
- Facilitar una despedida y la posibilidad de volver a encontrar sentido a la vida.

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Con el fin de conseguir estos objetivos existen estrategias que pueden ayudar a las personas en duelo, dependiendo de las circunstancias propias del entorno, del caso específico y de los sujetos involucrados, entre otras:

- Ayudar al superviviente a tomar conciencia de la muerte.
- Ayudar a identificar y expresar sus sentimientos, manteniendo una comprensión empática.
- Respetar el silencio.
- Acompañar
- Escuchar al afligido.
- Compartir información sobre el proceso de aflicción.
- Permitir diferencias individuales.
- Informar sobre el hecho de que la duración del duelo es bastante prolongada y que es normal que no desaparezca al poco tiempo.
- Informar de la probabilidad de experimentar un sentimiento transitorio de culpabilidad y traición a la memoria del fallecido al intentar rehacer su vida, o por ocupar y utilizar lo que era del difunto, etc.
- Indicar la importancia de mantener una comunicación abierta dentro de la red de apoyo.
- Promover el apoyo emocional e instrumental de otros miembros de la familia y amigos
- Ayudar al superviviente a que sea capaz de resolver sus problemas cotidianos sin la persona perdida.
- Examinar en conjunto las estrategias de afrontamiento disponibles para prevenir complicaciones.

El anexo 2 presenta brevemente una información sobre posibles acciones de intervención psicoterapéutica, la cual se incluye a fines exclusivos de información para el lector.

El área de gestión del talento humano, con el apoyo del área de seguridad y salud en el trabajo, debe encargarse de direccionar a los trabajadores hacia los recursos (especializados y no especializados) para la realización de las acciones de acompañamiento para los trabajadores que así lo requieran.

5.4.3 Actividades de prevención terciaria

Ante la presencia de un trastorno psiquiátrico previo o derivado de un duelo patológico que curse con compromiso de la funcionalidad y probable incapacidad laboral prolongada, se deben desplegar actividades de rehabilitación, en cuyo caso el médico especialista pondrá en ejecución el protocolo de la situación clínica correspondiente (p.ej. trastorno de estrés postraumático, depresión, entre otras).

En casos como estos y con el objeto de apoyar la rehabilitación y reincorporación al trabajo de la persona con la situación anteriormente descrita, la empresa debe incluir los siguientes aspectos:

- Fortalecimiento de redes de apoyo social.
- Comunicación permanente y ágil con el trabajador y su familia, así como con la EPS y la ARL a las cuales está afiliado el trabajador, para diseñar un plan de intervención conjunto.
- Comunicar a los demás trabajadores las decisiones y las medidas que se adoptarán como parte del proceso de recuperación y reincorporación al puesto de trabajo, así como las modificaciones necesarias de acuerdo a su evolución y al plan de intervención.
- Poner en marcha los ajustes necesarios para el reintegro, reincorporación o reconversión de mano de obra, según los avances del proceso de rehabilitación del trabajador en dichas circunstancias.

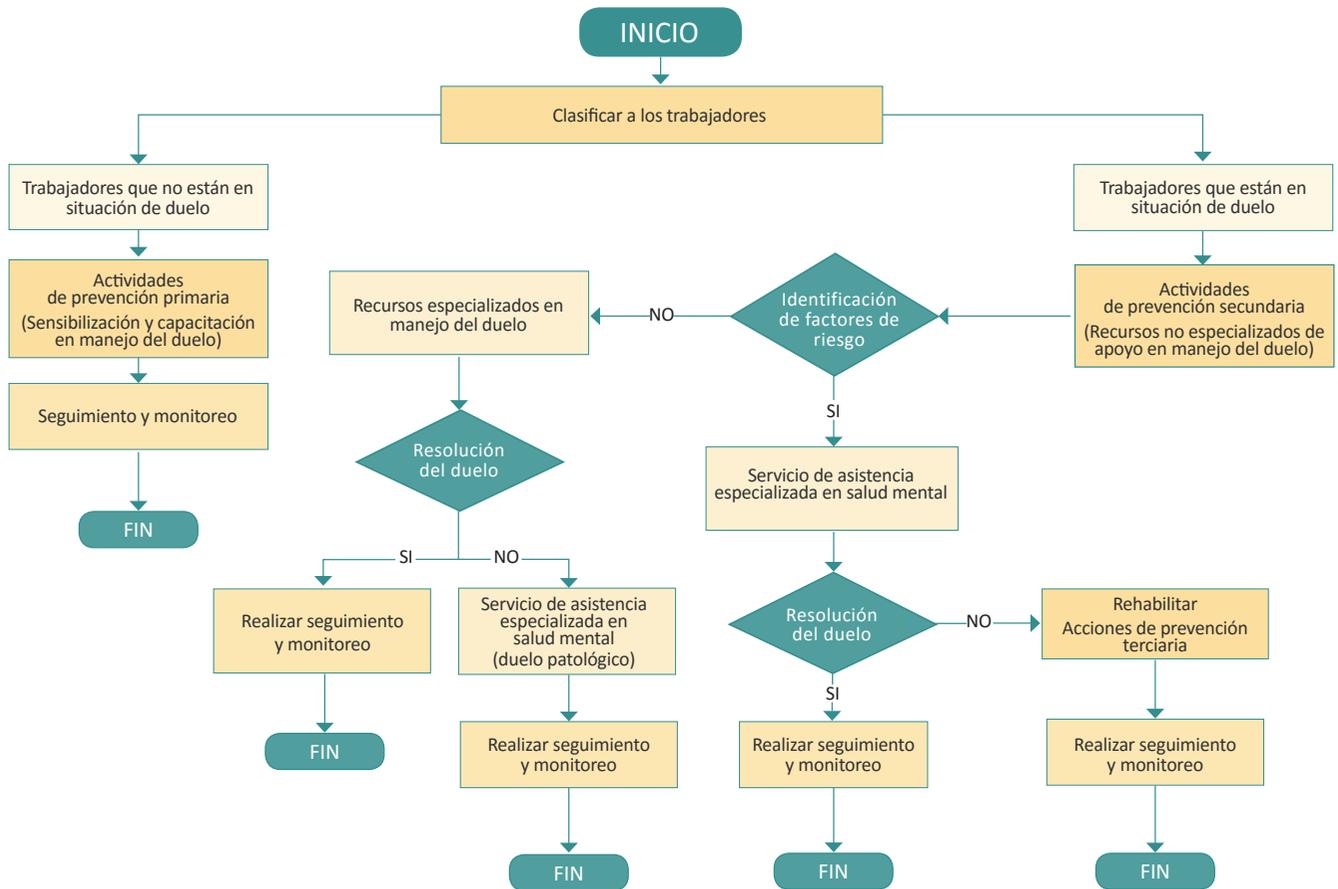
5.5 Seguimiento y evaluación de la estrategia de intervención

La intervención implica también la observación y si es necesario, la valoración y seguimiento de las alteraciones de salud de los trabajadores expuestos a situaciones de duelo.

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

5. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Figura 1. Flujograma del protocolo de actuación frente a situaciones de duelo.



6. GLOSARIO

Duelo: concepto universal connatural al sufrimiento emocional que sigue a cualquier pérdida, que precisa de un proceso de elaboración cuya intensidad, duración y repercusión en la vida del sujeto involucrado dependen de sus características de personalidad y son determinadas por la dimensión de la pérdida y de la representación simbólica y significado para quien lo vive (García-Campayo, 2011, pág. 2).

Luto: proceso mediante el que se resuelve el duelo, representa los aspectos sociales y antropológicos del duelo (García-Campayo, 2011, pág. 2).

Depresión: trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (OMS, 2015).

Elaboración del duelo: serie de procesos psicológicos que conducen a aceptar la nueva realidad del sujeto. (García-Campayo, 2011, pág. 2).

Duelo patológico: respuesta prolongada o de características exageradas frente a una pérdida significativa. En un duelo patológico se encuentra imposibilidad de aceptar la pérdida y por ende de retomar el funcionamiento cotidiano habitual.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Prada, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (Suplemento 1).
- Álvarez, M., Ortego, M., López, S. y Aparicio, M. (2011). Tema 11. El Duelo. Obtenido de Ciencias Psicosociales II. Universidad de Cantabria, Open Education Consortium: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-ii/materiales/tema-11.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Washington, D.C.: Masson.
- Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso del duelo. *MEDIFAM*, 12(3), 218-225.
- García-Campayo, J. (2011). Manejo del duelo en atención primaria. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 2 (2): 1-17.
- Gómez-Restrepo, C. (2008). Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 37 (Suplemento 1): 100-112.

- Grupo de trabajo sobre atención a situaciones de duelo del II PISMA, Servicio Andaluz de Salud. (2011). Guía para profesionales de la salud ante situaciones de duelo. Andalucía, España: Área de Evaluación y Calidad, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Ministerio de la Protección Social – Dirección General de Riesgos Profesionales. (2010). Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales, 3ª edición. Bogotá, D. C., Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental.
- Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias (2013). Guía de Práctica Clínica. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Bogotá, D. C., Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. Depresión. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2004). Evaluación y manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés: Módulo de la Guía de Intervención mhGAP. Washington, D. C. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102869/1/9789275318294_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Organización Mundial de la Salud (Ginebra, Suiza). Impreso en Panamá. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20115&Itemid=
- Ponniah, K. y Hollon, S. (2009). Review: Empirically supported psychological treatments for adult acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a review. *Depression and Anxiety* (26): 1086-1109.
- Rascón-Gasca, M., Hernández-Durán, V., Casanova-Rodas, L., Alcántara-Chabelas, H. y Sampedro-Santos, A. (2013). Guía psicoeducativa para el personal de salud que brinda atención a familiares y personas con trastornos mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D. F.
- Vallejo-Ruiloba, J. y Leal-Cercós, C. (2005). Tratado de Psiquiatría. Volumen II. ARS Médica. Barcelona, España.

8. ANEXOS

Anexo 1. Tabla resumen objetivos, actividades e indicadores

Objetivo	Actividad	Tipo de indicador	Método de cálculo	Responsable	Periodicidad
Educar a los trabajadores sobre el manejo del duelo.	Actividades informativas y de sensibilización sobre el manejo del duelo.	Proceso	Número de trabajadores que participan en actividades informativas y de sensibilización / Total de trabajadores de la empresa en el mismo periodo de tiempo.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
Brindar acompañamiento y apoyo a los trabajadores que viven una situación de duelo.	Atención de trabajadores en situación de duelo.	Proceso	Número de trabajadores que han tenido diagnóstico de situación de duelo en un periodo de tiempo determinado.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
		Proceso	Número de días perdidos por ausentismo asociado a situaciones de duelo en un periodo de tiempo / Total de trabajadores en el mismo periodo de tiempo.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual
		Resultado	Número de trabajadores que se intervinieron / Total de trabajadores que requerían la intervención por situaciones de duelo.	Gestión del talento humano	Trimestral Semestral Anual

Anexo 2. Tratamientos psicológicos y psicoterapéuticos

Terapia breve

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

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

Psicoterapia de apoyo

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

Psicoeducación

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

8. ANEXOS

se espera que la persona entienda mejor su trastorno y pueda manejarlo. Es una técnica muy útil en trastorno de ansiedad, depresión, estrés agudo y estrés post-traumático. Debe ser aplicada por psicólogo o profesional que acredite idoneidad.

Terapia de grupo

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

