

La rehabilitación profesional desde la perspectiva del trabajador con trastorno mental de origen laboral: un estudio cualitativo

Lina Franco-Ibarra OT⁽¹⁾; Maura Alejandra Isabel Ortiz Leal OT⁽²⁾; Olga Beatriz Guzmán-Suárez PhD⁽³⁾; Jaime Moreno-Chaparro MSc⁽⁴⁾

¹Departamento de la Ocupación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia – Bogotá D.C., Colombia.

²Departamento de la Ocupación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia – Bogotá D.C., Colombia.

³Departamento de la Ocupación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia – Bogotá D.C., Colombia.

⁴Grupo de Investigación Ocupación e Inclusión Social, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia – Bogotá D.C., Colombia.

Correspondencia:

Lina Franco-Ibarra

Dirección: Departamento de la Ocupación Humana,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de
Colombia – Bogotá D.C., Colombia

Correo electrónico: ltfranconi@unal.edu.co

La cita de este artículo es: Lina Franco-Ibarra. La rehabilitación profesional desde la perspectiva del trabajador con trastorno mental de origen laboral: un estudio cualitativo. Rev Asoc Esp Espe Med Trab 2021; 30(3): 343-352

RESUMEN.

Introducción: Los trabajadores que presentan diferentes deficiencias en sus estructuras y funciones corporales deben trascurrir por diferentes procesos con el fin de mantener una actividad productiva. Las personas con trastornos mentales de origen laboral no son la excepción y tienden a tener mayor dificultad para ser incluidos.

Objetivo: Describir la experiencia de un trabajador con trastorno mental de origen laboral durante el proceso de rehabilitación profesional en Colombia.

Material y Métodos: Estudio cualitativo fenomenológico con enfoque interpretativo. La recopilación de datos fue llevada a cabo en 2020

PROFESSIONAL REHABILITATION FROM THE PERSPECTIVE OF WORKER WITH A MENTAL DISORDER: A QUALITATIVE STUDY ABSTRACT

Introduction: Workers who present different deficiencies in their body structures and functions must go through different processes to maintain a productive activity. People with work-related mental disorders are no exception and tend to have more difficulty being included.

Objective: To describe the experience of a worker with a work-related mental disorder during the professional rehabilitation process in Colombia.

a través de entrevista semiestructurada y con posterior análisis por categorías, temas y patrones.

Resultados: La experiencia está estrechamente ligada o determinada por el acceso a los servicios oportunamente. El proceso de rehabilitación profesional se constituye como un protector del rol laboral, no obstante, las redes de apoyo pueden influir drásticamente.

Conclusiones: El proceso de rehabilitación profesional es determinante en los casos de trabajadores con trastornos mentales de origen laboral.

Palabras clave: Trastornos mentales; Trastornos del comportamiento; Rehabilitación; Salud laboral; Medicina del trabajo; Riesgos laborales DeCS).

Material and Methods: Qualitative phenomenological study with an interpretive approach. Data collection was carried out in 2020 through a semi-structured interview and subsequent analysis by categories, themes and patterns.

Results: The experience of workers with mental disorders is closely linked or determined by access to timely services. The professional rehabilitation process is constituted as a protector of the work role; however, support networks can drastically influence.

Conclusions: The professional rehabilitation process is decisive in the cases of workers with work-related mental disorders since it provides the necessary tools to strengthen and provides strategies that allow the worker to maintain their work role.

Key words: Mental disorder; Rehabilitation; Rehabilitation, Vocational; Return to Work; Occupational Health; Occupational Medicine (MeSH).

Fecha de recepción: 19 de mayo de 2021

Fecha de aceptación: 10 de octubre de 2021

Introducción

La salud mental se ha asociado desde una perspectiva ocupacional al bienestar, a la experiencia satisfactoria del individuo que se refleja en la creación de vínculos sanos, toma de decisiones y participación en la vida cotidiana contando con la posibilidad de pertenecer, integrarse y construir proyectos⁽¹⁾. Al ser un pilar de la experiencia humana, esta se ve influenciada tanto por las características personales como por las condiciones sociales, culturales, económicas y políticas del contexto en donde se desempeñan las personas⁽²⁾. Es así como se espera que las poblaciones puedan gozar de una buena salud mental que les permita participar de manera satisfactoria en las diferentes áreas de la vida diaria⁽³⁾.

Entre estas poblaciones se resaltan los trabajadores, puesto que el trabajo es considerado una actividad central en la vida y posee una carga cultural, social y económica que potencia y mantiene el desarrollo de la sociedad⁽⁴⁾. Es así que en los escenarios laborales, surge la necesidad de identificar, evaluar e intervenir los factores de riesgo psicosocial puesto que estos pueden contribuir de forma inespecífica al desencadenamiento de un trastorno mental^(5,6,7); es por ello que las organizaciones deben adelantar acciones que ayuden a mitigar la exposición a dichos riesgos realizando diferentes actividades y estrategias que promuevan espacios saludables y seguros los cuales mitiguen el riesgo de padecer un trastorno mental^(7,8).

Desafortunadamente, los trastornos mentales de origen laboral en países de bajos y medianos ingresos

como Colombia, han incrementado y una evidencia de este fenómeno es el resultado de la *II Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales 2013* en donde se indica un incremento del 43% de los eventos de salud derivados de la ansiedad y la depresión⁽⁹⁾. Es así como estos trastornos mentales se constituyen como un tema de salud pública que cada vez más toma gran relevancia e influencia en los programas de promoción y prevención⁽¹⁰⁾.

Los trabajadores que padecen de un trastorno mental atraviesan por varios estados o etapas que interfieren en su desempeño como trabajador puesto que el reconocimiento del trastorno impacta generalmente de manera negativa en su entorno laboral y extralaboral, esto puede deberse a la imagen distorsionada que aún se presenta sobre los trastornos mentales, la estigmatización y la imposibilidad o constantes barreras para el acceso al tratamiento, la falta de protocolos y lineamientos claros junto con el poco seguimiento que se realiza desde los estamentos de control⁽¹¹⁾.

En concordancia con lo anterior, resulta de gran importancia la identificación de los casos y realización de procesos de rehabilitación integral y de manera estratégica la rehabilitación profesional⁽¹²⁾; esta última puede constituirse como un medio para mantener el rol laboral y la vinculación a las actividades productivas de acuerdo a las necesidades propias de cada sujeto con el fin de obtener resultados que promuevan la inclusión social, la participación significativa en los diversos ámbitos de la vida diaria y la realización personal⁽¹³⁾. El proceso de rehabilitación profesional puede verse influenciado por las singularidades propias del trastorno mental, las expectativas de la empresa, las expectativas familiares y personales, los procesos administrativos que se dan desde el diagnóstico, el acceso los servicios correspondientes y el desarrollo del mismo^(14,15,16). Es por todo lo anterior y entendiendo la dinámica subjetiva que se desarrolla dentro de cada proceso, que surge la presente investigación en donde se busca describir a profundidad las experiencias de los trabajadores con trastorno mental en el proceso de rehabilitación profesional en Colombia.

Material y Métodos

El presente estudio se llevó a cabo siguiendo los criterios Consolidados para la Presentación de Investigación Cualitativa (COREQ)⁽¹⁷⁾ y los Estándares para la Presentación de Investigación Cualitativa (SRQR)⁽¹⁸⁾.

Diseño de estudio

Corresponde al tipo fenomenológico que incluye un grupo reducido de participantes con el fin de detallar el proceso de experiencia y comprender la visión de un fenómeno en particular. El paradigma investigativo usado fue planteado desde la visión interpretativa de aspectos particulares.

Equipo investigativo

Cuatro investigadores participaron en este estudio. De ellos 2 terapeutas ocupacionales (LF y AO), un terapeuta ocupacional con experiencia en investigación epidemiológica (JM) y una doctora PhD experta en el tema (OG). El posicionamiento de los investigadores se estableció a través de las fases de desarrollo del presente estudio incluyendo planteamiento, recolección de información, verificación y referencia, análisis y resultados. Los autores partieron con un supuesto acerca de la dificultad de la recolección de muestra debido a que la información personal está protegida por las leyes de tratamiento de datos en consonancia a la condición de salud, la estigmatización social, la escasa participación institucional y la tendencia a no querer ser expuestos laboralmente.

Participantes

Población definida bajo los siguientes criterios de inclusión: 1) adultos (>18 años), 2) caracterizados como trabajadores con vinculación laboral activa legal, 3) con diagnóstico de trastorno mental (cualquiera de ellos) de origen laboral debidamente corroborado por historia clínica con evolución superior a 2 años, 4) participación previa o en desarrollo en un proceso de rehabilitación laboral durante los periodos 2015-2020.

Estrategia de muestreo

Se planteó un método de muestreo intencional basado en la relevancia del objetivo del estudio y no en la representatividad de la muestra. Teniendo claro lo anterior, se realizó una aproximación con tres de ocho Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) en Colombia que aceptaron participar en el estudio, las cuales invitaron por alrededor de 2 meses a sus afiliados a participar voluntariamente. Para la elección de los participantes se rectificaron y verificaron los criterios de inclusión con debido permiso de los posibles candidatos. Esta estrategia de muestreo arrojó una población inicial de 14 potenciales; sin embargo, sólo una participante cumplió los criterios de inclusión, decidió participar voluntariamente y aceptó las condiciones del estudio. Para este punto los autores ratificaron su suposición y buscaron otras fuentes de población (bases de datos de salud) siendo estas infructuosas.

Recopilación de los datos

Los datos fueron recopilados durante el mes de enero de 2020. La recopilación inició con una entrevista semiestructurada que contemplaba información sociodemográfica y preguntas temáticas específicas (Tabla 1). Es importante mencionar que dichas preguntas fueron validadas con relación a contenido + criterio y simuladas en un piloto previo realizado con docentes del Área de Salud Mental y simuladas en un piloto previo realizado con expertas en Salud Mental y Laboral.

La entrevista fue realizada de manera presencial y personal acordada de esta manera con la participante. Adicionalmente, fue grabada (de duración 180 minutos) y transcrita textualmente.

Confiabilidad

Para asegurar este proceso, se confrontó con la participante la información en dos ocasiones temporalmente apartadas; con permiso de la participante se corroboraron datos a partir de la historia laboral y clínica proporcionados por ella. Finalmente, los apartados de resultados de la presente investigación fueron discutidos con la participante con el fin de asegurar por última vez lo contemplado en esta investigación.

Análisis de datos

Para el análisis se utilizó el software cualitativo Nvivo 12⁽²²⁾ donde se inició con una codificación de primer nivel a través de la creación de categorías, seguido de interpretación de los datos, desarrollo de temas y patrones.

Consideraciones éticas

El presente estudio contó con aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia con código 021-244 del 07 de Noviembre de 2019. Adicionalmente, se contó con el consentimiento informado por parte de la participante.

Resultados

En concordancia con el supuesto metodológico, la recolección de la muestra y las dificultades allegadas a la condición de salud de la población, se contó como muestra para el presente estudio con una trabajadora de 54 años, residente en Bogotá - Colombia, de ocupación abogada con estudios posgraduales, quien cuenta con alrededor de 30 años de experiencia profesional especialmente en investigación criminal y dirección jurídica.

Contexto

Vinculada a una reconocida empresa y ubicada en uno de los sectores identificados con alta exposición a factores de riesgo psicosocial, lleva alrededor de 23 años trabajando en esta empresa siendo responsable de diferentes procesos administrativos, judiciales y de representación.

Por medio de la información recolectada es posible establecer las siguientes categorías que para los autores resultan relevantes y permiten una mirada global de la situación en estudio. Cada categoría se encuentra relacionada teniendo en cuenta lo establecido en el *Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales*⁽¹⁹⁾. Estas se dividieron de la siguiente manera:

- 1) De la salud mental y personal, respondiendo al conjunto de situaciones que involucran al

TABLA 1. GUÍA DE CATEGORÍA Y PREGUNTA PARA LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA. ELABORADA POR AUTORES.

Categorías	Preguntas	Fundamento teórico
Información Sociodemográfica	Se indaga sobre: edad, nivel de estudios, actividad económica, lugar de nacimiento y residencia, cargo desempeñado y reconocimiento de la enfermedad de origen laboral.	
Proceso de Rehabilitación profesional	<p>¿Cómo fue su experiencia desde el momento en que fue reconocido el diagnóstico como de origen laboral?</p> <p>¿Cómo fue el proceso de valoración y tratamiento por parte del equipo de rehabilitación?</p> <p>¿Cuáles fueron las condiciones con las que usted se reintegró laboralmente?</p> <p>¿Cómo se sintió con las tareas asignadas en su nuevo y/o mismo puesto de trabajo?</p>	Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales ⁽¹⁹⁾
Redes de apoyo	Desde que fue emitido su diagnóstico: ¿La relación con sus compañeros / jefe cambió de alguna manera?	Soporte social y salud mental ^(20,21)

trabajador con su salud mental y la manifestación del trastorno que afecta su ocupación. Se incluye aquí la Etapa I del Manual con respecto a la identificación del caso.

- 2) Proceso de rehabilitación profesional con dos temas específicos, antes y después de la calificación de origen. Esto responde a las Etapas II y III del proceso en relación con la evaluación del caso; y el plan de rehabilitación incluyendo la rehabilitación funcional y profesional.
- 3) Finalmente, se incluye la categoría sobre las redes de apoyo como constructoras de la rehabilitación en el entorno de trabajo.

De la salud mental y personal

La salud mental eje principal del estudio fue abordado teniendo en cuenta las principales manifestaciones y síntomas que expresó la trabajadora identificando problemas de sueño, sensación de agotamiento y aumento de peso. El conjunto de sintomatología

obliga a la trabajadora a consultar a los servicios de salud y, posterior a la valoración por psiquiatría, la trabajadora fue diagnosticada con episodio depresivo recurrente (F33.1 según CIE-10), hospitalización abierta en el programa hospital día con duración de un mes e intervención por Terapia Ocupacional y Psicología. Una vez cumplió con el tratamiento propuesto (inicialmente por su Entidad Promotora de Salud (EPS)), fue remitida a medicina laboral con el fin de iniciar el proceso de rehabilitación profesional, determinar el origen de la enfermedad con el fin de recibir las prestaciones correspondientes desde su ARL., y posteriormente iniciar el proceso de Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional (PCL)⁽²³⁾.

Proceso de rehabilitación profesional

Antes de la calificación del origen.

La trabajadora retorna a la empresa luego de recibir el alta de la primera etapa de la rehabilitación funcional

enmarcado en los servicios de atención en salud a través de su EPS, en donde recibe atención por parte de Psiquiatría, Psicología y Terapia Ocupacional. Durante este proceso realizó diferentes actividades enmarcadas en el modelo psicoterapéutico como pintura, proyección personal, dibujo y escultura; estas actividades son reconocidas por hacer parte de los planes de intervención en el área psicosocial desde la Terapia Ocupacional⁽²⁴⁾. Adicionalmente la trabajadora enfatiza el rol que cumplieron las diferentes disciplinas en su proceso de rehabilitación funcional pues le brindaron diferentes estrategias para retomar su rol laboral.

Posteriormente retoma a su trabajo encontrándose con cambios informados a través de talento humano: *“Talento humano: “Solo te llamo porque ya se te va a vencer la incapacidad, entonces... ¿Será que te lo prorrogan más?”, le respondí (la trabajadora): no, yo creo que ya toca intentar un reintegro pero pues obviamente no sé qué harán ustedes, porque en mis intentos anteriores, no se ha logrado de manera exitosa (...) o sea, no se ha activado ningún protocolo. - Responde Talento humano: “asumo que te vamos a reubicar”.*

Durante el proceso de adaptación paralelamente inició el proceso para calificar y/o determinar el origen de la alteración mental diagnosticada, por lo tanto y entendiendo el proceso, es posible evidenciar situaciones en donde se presentan tensiones e incertidumbre por parte de la trabajadora, tal como: *“por el proceso de calificación se empezó a poner tensa la situación, porque se hicieron las entrevistas con mi hermana y con mi mejor amiga, ellas dos por mi lado y por el lado de la empresa, mis jefes inmediatos anteriores y todos los funcionarios”.* Cabe mencionar que los servicios de atención y rehabilitación funcional siguen ofreciéndose a lo largo del reintegro profesional. Estos servicios en esta etapa previa al reconocimiento del origen son asumidos por la EPS correspondiente y por la trabajadora de forma voluntaria. Al reconocerse el trastorno como de origen laboral, la EPS realiza un proceso de recobro a la ARL correspondiente por los servicios de atención prestados de acuerdo con las disposiciones del Artículo 5º del Decreto 1295 de 1994⁽²⁵⁾.

Después de la calificación del origen

Posteriormente, se reconoció el trastorno mental como de origen laboral por parte de la ARL, es a partir de allí que empezó a recibir servicios asistenciales de psiquiatría y psicología a través de la red asistencial correspondiente: *“decido continuar con mis atenciones particulares ya que siento desconfianza con los procedimientos de la ARL, ya me valoró el psiquiatra y acepté el manejo de medicamentos por parte de ellos (la ARL)”.*

En el transcurso del proceso de rehabilitación teniendo en cuenta las características de la población en estudio puede existir la probabilidad que se presenten nuevas crisis, incapacidades u hospitalizaciones, en el caso de la trabajadora ella lo relata: *“Hubo un momento que me desencadenó una crisis, porque, un día cité a unas personas, coordiné con el jefe de ellas la necesidad de una capacitación (...), y la anterior encargada de este trabajo se sintió invadida y fue a quejarse con el jefe, él me llamó y al final, no entendíamos ¿cuál era el problema? Pero causó en mí una crisis.”* Como se evidencia en el relato, se presentaron crisis asociadas a las características del grupo social de trabajo y las condiciones de la tarea, cualidades que como es de esperarse se relacionan a factores de riesgo psicosocial.

Como parte del protocolo establecido en el *Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales*, su ARL realizó la prueba de trabajo buscando establecer el desempeño del trabajador en el puesto seleccionado, la verificación de los estándares propios del puesto y la percepción del trabajador⁽¹⁹⁾. Como resultado de esta prueba, se emiten una serie de recomendaciones tanto para la trabajadora como para el empleador pero que a la trabajadora no son expuestos, así pues relata: *“Hablé con la gerente de talento humano, le pedí una cita para saber del análisis de puesto de trabajo, quien me dice que no lo tiene. Empiezo a indagar y la ARL me envía a mi empresa, la empresa a la persona quién me valoró y esta a su vez a la ARL. Era un círculo sin saber cuáles fueron las recomendaciones que dieron”.*

Redes de apoyo

Posterior a un diagnóstico de trastorno mental y durante el proceso de rehabilitación, las relaciones sufren transformaciones generalmente con el fin de apoyar el proceso que se está llevando a cabo, el apoyo familiar es un pilar del proceso psicosocial teniendo en cuenta que el mismo es una estrategia individual y particular que se configura de formas específicas de acuerdo a las condiciones sociales e históricas presentes, tal como relata la trabajadora: *“entre ellas (grupo de amigas) siento que hicieron un acuerdo, así como cuando he tenido momentos en donde se enfermó mi papá y mi hija al tiempo, entonces ellas llegaron, -¿Quién va a acompañar a (la trabajadora) y quién a la niña?- ese apoyo tan importante, siento que entre ellas, no me lo han confirmado pero yo sé que sí, hicieron como un pacto de no decirme sus cosas, de no cargarme con sus cosas (...) entonces todo el mundo ha tratado de descargarme, en mi familia también, con mi papá cuando estaba enfermo yo lo llevaba yo era la responsable y yo también he tomado consciencia de que pues no puedo cargar todo, entonces voy a cargar lo que puedo... y eso les ha permitido a ellos empoderarse”*.

Para comprender las redes de apoyo que se pueden presentar en un caso de diagnóstico de origen laboral, es necesario incluir aquellas que se brindan en el ambiente laboral, no se puede desconocer que la persona pasa gran parte de su tiempo en el trabajo y su círculo social es influenciado por este contexto. Según la trabajadora: *“a la final mi relación con este equipo ya se murió, entonces yo ya organizaba todo con talento humano, ellos no me volvieron a hablar para nada, creo que se les dio la orden de que no me hablaran (...)”*. Aquí se evidencia la imposibilidad de establecer una red de apoyo que beneficie el proceso de rehabilitación dentro del ámbito laboral, lo cual posiblemente traerá como consecuencia sentimientos encontrados o de inferioridad en los trabajadores puesto que pueden ser aislados o verse expuestos a los diferentes estigmas sociales.

Discusión

En el presente estudio fue posible evidenciar los diferentes retos que se presentan a lo largo de un proceso de rehabilitación profesional, en donde interfieren diferentes estamentos, organizaciones y personas que pueden facilitar y/o constituirse como una barrera para el proceso. En el caso de los trabajadores con trastornos mentales indistintamente del origen establecido el proceso puede demandar largos periodos de tiempo, enfrentamientos, estigmas sociales y situaciones que influyen en el resultado final del proceso de rehabilitación profesional. Este estudio cumplió con el objetivo planteado pues la participante permitió describir la experiencia de un trabajador con trastorno mental de origen laboral durante el proceso de rehabilitación profesional en Colombia.

Los trastornos mentales como la ansiedad y depresión son algunas de las causas frecuentes de ausencia por enfermedad y discapacidad en el ámbito laboral^(9,14,26); así mismo, el desarrollo de estrategias que mitiguen y controlen los factores de riesgo psicosocial son determinantes para identificar y modificar conductas que atentan contra el bienestar de los trabajadores dentro del ámbito laboral⁽⁷⁾. Desafortunadamente, estas estrategias son insuficientes o no son consideradas importantes dentro de algunas organizaciones y a largo plazo desencadenan ambientes laborales insanos, que afectan tanto a los trabajadores, empleadores, entre otros; un reflejo de esto es la ausencia de estructuras básicas como el comité de convivencia de la empresa. Dentro de las posibles estrategias de prevención e intervención dentro del ámbito laboral con trabajadores con trastornos mentales, Joyce, et al. (2016) da cuenta del poder transformador que tiene la ejecución y seguimiento de diversas estrategias entre las cuales se destaca la reducción de la carga de ansiedad y depresión en el trabajo, la disminución del ausentismo y aumento de la productividad⁽²⁶⁾.

Por otro lado, es necesario identificar y visibilizar las diferentes actitudes que se presentan antes, durante y después del proceso de rehabilitación profesional entre los trabajadores, su ambiente laboral, sus

familiares y la red de prestación de servicios, pues en algunos casos y como se evidenció en el presente estudio, estas actitudes limitan, restringen y en algunos casos obstaculizan el resultado esperado del proceso de rehabilitación. Las situaciones de discriminación aún se presentan en los escenarios laborales limitando el proceso de reincorporación laboral y afectan el sentido de capacidad del trabajador, su percepción personal, la percepción de la empresa y en última instancia deteriora trascendentalmente las relaciones humanas que son transversales al ámbito laboral^(11,27).

Es así como se hace necesario durante los procesos de rehabilitación profesional no solo tener en cuenta al trabajador como variable central, sino influenciar en su ambiente laboral y extralaboral. Las organizaciones tienen diferentes retos por delante con el fin de superar las brechas que se presentan en sus ambientes laborales, es necesario establecer estrategias que permitan acercar la salud mental a las organizaciones, acercar los procesos de rehabilitación, brindar estrategias puntuales para romper con las barreras actitudinales y organizacionales con el fin de potenciar los procesos de rehabilitación profesional y para esto es necesario que todos los actores involucrados, es decir, trabajador, empleador y ARL cumplan con sus responsabilidades y trabajen en conjunto (20,28).

Sobre el proceso de rehabilitación establecido en el *Manual de Procedimientos para la Rehabilitación y Reincorporación Ocupacional de los Trabajadores en el Sistema General de Riesgos Profesionales*, se constituye como una herramienta útil y confiable que permite a los diferentes profesionales y estamentos guiar el proceso de rehabilitación considerando las diferentes variables que pueden interferir. A pesar que se conoce este manual y que se ha intentado en varias ocasiones reglamentarlo normativamente, no es posible establecer si todas las ARL del país lo utilizan para guiar sus programas de rehabilitación, ocasionando procesos confusos y poca sinergia entre todos los actores involucrados. Así mismo, a pesar que el Manual cuenta con las características y herramientas para ser usado en trabajadores con enfermedades de origen común, se desconoce la

aplicación de este y el proceso que se lleve a cabo con dicha población.

Para finalizar, es necesario establecer la importancia que juegan las redes de apoyo tanto en el ámbito laboral como extralaboral, en el presente estudio la red de apoyo extrafamiliar desempeñó un papel clave para la recuperación de la trabajadora, apoyando positivamente el ambiente extralaboral facilitando su proceso de recuperación (20). Contrariamente, la ausencia de red de apoyo dentro del ámbito laboral, desencadenó barreras dentro del proceso de rehabilitación profesional; la ausencia de mecanismos de acompañamiento, educación y control dentro del ámbito laboral generó nuevas crisis, episodios de tensión dentro de la ejecución de funciones laborales y la imposibilidad de generar una nueva red de apoyo en el nuevo puesto de trabajo.

La experiencia de la trabajadora se reconoce como valiosa, pues acerca las realidades diversas del Sistema General de la Seguridad y Salud en el Trabajo a los entes que participan en la creación de normas y procesos, haciendo visible las dificultades y oportunidades de cambio que surgen de la práctica profesional. Así mismo interroga la facilidad de acercarse a la población pues esto se constituye como una de las limitaciones del presente estudio; las diferentes dificultades que surgen para tener acceso a la población, la falta de datos concretos y actualizados frente a los trabajadores que hacen parte de los programas de rehabilitación profesional. Las variables anteriores se constituyen como una barrera para el acceso a la información y la imposibilidad de registrar y sistematizar las experiencias consolidando acciones de mejora.

Conclusiones

La relación trabajo-salud es determinante en la calidad de vida de los trabajadores, muestra de ello es lo narrado por la participante en donde enfatiza cómo la falta de canales de comunicación y acciones previas en su sitio de trabajo desencadenaron en ella problemas de salud; adicional, resalta la importancia de tener un proceso de rehabilitación en donde la rehabilitación funcional pueda potenciar la

rehabilitación profesional y viceversa. Así mismo, es necesario acercar los procesos de rehabilitación profesional a los escenarios cotidianos de los trabajadores, es decir, vincular a su ambiente laboral activamente durante el proceso de reincorporación brindando estrategias para potenciar el reintegro del trabajador sin omitir los factores extralaborales que deben ser integrados en el proceso adaptativo.

Es necesario implementar estrategias focalizadas dentro de las organizaciones que promuevan la salud mental y el bienestar organizacional con el fin de mitigar actitudes que influyen en el desarrollo de los trastornos mentales o en el agravamiento de síntomas, producto de situaciones reiterativamente estresantes. El Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación se configura como una de las herramientas útiles que debe ser reglamentada con el fin de asegurar la accesibilidad y aplicabilidad a toda la población trabajadora independientemente a la determinación del origen de la enfermedad que está afectando el desempeño ocupacional del trabajador y por ende invita a visibilizar abordajes distintos que a posteriori se aparten de los enfoques puramente coloniales.

Agradecimientos

A la trabajadora quien prestó su narrativa para el presente estudio cualitativo y a las ARL participantes.

Financiación

Ninguno.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Silva G, Mujica A. Salud Mental en Chile lo cotidiano, generación de redes y lazo: experiencias en salud mental comunitaria, comunidad terapéutica de Peñalolén. In: *Questoes Contemporaneas Da Terapia Ocupacional Na America Do Sul*. 2014. p. 169-84.
2. Ramírez AO, Martínez AOR. Salud mental y calidad de vida: Su relación en los grupos etarios. *Psencia Rev Latinoam Cienc Psicológica*. 2017;9(2):1-16.
3. Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA. The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interes*. 2014;15(2):37-70.
4. Mur de Víu C, Maqueda Blasco J. Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión .Vol. 57, *Medicina y Seguridad del Trabajo* . scieloes ; 2011. p. 1-3.
5. Vieco Gómez GF, Abello Llanos R. Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Psicol desde el Caribe*. 2014;31(2):354-85.
6. Charria VH, Sarsosa K V, Arenas F. Factores de riesgo psicosocial laboral: métodos e instrumentos de evaluación. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2011;29(4):380-91.
7. Murillo KDM, Suárez OBG, Moreno-Chaparro J. Estrategias de intervención de los factores de riesgo psicosocial de origen laboral: una visión desde terapia ocupacional .Vol. 28, *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* . scielo ; 2020. p. 436-51.
8. Gutiérrez-Bolaño EN, Bermúdez-Lugo M, Moreno-Chaparro J, Guzmán-Suárez OB. Estrategias de transformación en organizaciones saludables. *Rev Bras Med do Trab*. 2019;17(3):394-401.
9. Ministerio del Trabajo. Gobierno de Colombia. Informe Ejecutivo de la Segunda Encuesta Nacional de Condiciones de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Sistema General de Riesgos Laborales de Colombia. Bogotá D.C.; 2013.
10. Henao S, Quintero S, Echeverri J, Hernández J, Rivera E, López S. Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2016;34(2):175-83.
11. Elraz H. Identity, mental health and work: How employees with mental health conditions recount stigma and the pejorative discourse of mental illness. *Hum Relations*. 2018;71(5):722-41.
12. Mingote Adán JC, Pino Cuadrado P del, Sánchez Alaejos R, Gálvez Herrero M, Gutiérrez García MD. El trabajador con problemas de salud mental: Pautas generales de detección, intervención y prevención .Vol. 57, *Medicina y Seguridad del Trabajo* . scieloes ; 2011. p. 188-205.

13. Trujillo Rojas A, Sanabria Camacho L, Carrizosa Ferrer L, Parra Esquivel E, Rubio Viscaya S, Uribe Sarmiento J, et al. Ocupación: sentido, realización y libertad. *Dialogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Ter Ocup. 2011;
14. Garrido Larrea P, Ansoleaga Moreno E, Tomicic Suñer A, Domínguez Valverde C, Castillo Vergara S, Lucero Chenevard C, et al. Afecciones de Salud Mental y el Proceso de Retorno al Trabajo: Una Revisión Sistemática. *Cienc Trab*. 2013;15(48):105-13.
15. Tomicic A, Martínez C, Ansoleaga E, Garrido P, Lucero C, Castillo S, et al. Reintegro laboral en trabajadores con problemas de salud mental: la perspectiva de los tratantes. *Cienc Trab*. 2014;16(51):137-45.
16. Saint-Arnaud L, Saint-Jean M, Damasse J. Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems. *Can J Community Ment Heal*. 2007;25(2):303-15.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Heal care*. 2007;19(6):349-57.
18. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51.
19. Ministerio de la Protección social. Gobierno de Colombia. Manual de procedimientos para la rehabilitación y reincorporación ocupacional de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales. 3er ed. Bogotá: Ministerio de Protección Social. Gobierno de Colombia; 2010.
20. Harandi TE, Taghinasab MM, Nayeri TD. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron physician* [Internet]. 2017 Sep 25;9(9):5212-22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29038699>
21. Bronowski P, Sawicka M, Rowicka M, Jarmakowicz M. Social networks and social functioning level among occupational therapy workshops and community-based support centers users. *Psychiatr Pol*. 2017;51(1):139-52.
22. QSR International Pty Ltd. NVivo 12 (released in March 2020) [Internet]. Author Doncaster, Victoria, Australia; 2020. Available from: <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
23. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1507 de 2014. Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional [Internet]. Colombia; 2014. Available from: <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/51963/Manual+Unico+de+Calificaciones+Decreto.pdf/7d224908-ef78-1b90-0255-f62a3e409e4c>
24. Rodríguez ÓS. Terapia Ocupacional en salud mental. Dimensiones ocupacionales en el funcionamiento psicosocial y en los procesos de rehabilitación. *Rev electrónica Ter Ocup Galicia, TOG*. 2014;(9):5.
25. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1295 de 1994. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Colombia: Obtenido de <https://legislacion.vlex.com.co/vid/determina-sistema-general...>; 1994.
26. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*. 2016 Mar;46(4):683-97.
27. Brouwers EPM, Mathijssen J, Van Bortel T, Knifton L, Wahlbeck K, Van Audenhove C, et al. Discrimination in the workplace, reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional study in 35 countries. *BMJ Open* [Internet]. 2016 Feb 1;6(2):e009961. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e009961.abstract>
28. Reims N, Bauer U. Labour Market Status and Well-Being in the Context of Return to Work After Vocational Rehabilitation in Germany. *J Occup Rehabil*. 2015 Sep;25(3):543-56.