

# Efectividad de la intervención de Terapia Ocupacional en la reinserción laboral de pacientes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) de origen laboral

## Effectiveness of Occupational Therapy Intervention for Work Reintegration of Patients with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) of Occupational Origin

Patricia León Munar<sup>1</sup>

Recibido: Abril 4 2013 • Enviado para modificación: Mayo 23 2013 • Aceptado: Mayo 30 2013.

León, P. Efectividad de la intervención de Terapia Ocupacional en la reinserción laboral de pacientes con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) de origen laboral. *Revista Ocupación Humana*, 13 (1), pp. 54-63.

**Resumen:** El presente estudio de tipo descriptivo llevado a cabo desde el año 2007 a la fecha en una clínica de salud mental especializada en crisis, pretende mostrar la efectividad de la intervención en el servicio de Terapia Ocupacional en la reinserción al trabajo en una cohorte de pacientes adultos con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) desencadenado por una prolongada exposición a riesgos psicosociales de origen laboral. La intervención terapéutica incluyó: Evaluación diagnóstica; entrevista para ampliación de los datos de la historia clínica ocupacional y descripción de las tareas asignadas en cumplimiento del puesto de trabajo; desarrollo del plan de tratamiento a nivel individual y grupal que favoreciera el incremento y mantenimiento de habilidades, los aspectos volitivos, los procesos mentales y la graduación constante del ambiente, generando situaciones de estrés que requirieran de ajustes adaptativos y solución de problemas de manera inmediata. El incremento de la jornada, la inclusión de funciones de mayor responsabilidad diferentes al cargo para el cual se fue contratado, el maltrato verbal y psicológico, la disminución de tiempos de esparcimiento, el pobre reconocimiento del esfuerzo y del trabajo realizado, fueron identificados como desencadenantes del TEPT en la población a estudio. La intervención de Terapia Ocupacional para lograr la reintegración laboral debe ir más allá de la exposición a estresores ambientales; el incremento de procesos de adaptación, los aspectos volitivos, el acompañamiento permanentemente promoviendo la rehabilitación funcional y la simulación de tareas propias del puesto, incrementan la funcionalidad y minimizan la condición de discapacidad.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, Reinserción al trabajo, Trastorno de estrés postraumático.

**Abstract:** This descriptive study aims to show the effectiveness of work reintegration after an intervention at an occupational therapy service, in a cohort of adult patients with Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) triggered by a prolonged exposure to psychosocial occupational risks. This study has been conducted since 2007 in a mental health facility focused on acute interventions. Therapeutic intervention included diagnostic evaluation; an extensive interview on the occupational history and the description of assigned duties to be achieved at the workplace; the development of an individual and group treatment plan for

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional. Magíster en Bioética. Clínica Campo Abierto - Organización Sanitas Internacional. patrillion@hotmail.com

the increasing and maintenance of skills around: volitional aspects, mental processes and environmental constant graduation. The intervention involved strategies such as the creation of stressful situations requiring immediate problem solving and adaptation adjustments. The increase of working hours, the inclusion of higher responsibility tasks beyond the contract agreement, verbal and psychological abuse, reduced time for leisure, poor recognition of the effort and work done were identified among the PTSD triggers. As a conclusion the occupational therapy intervention must go beyond exposure to environmental stressors; it should increase adaptation processes and volitional aspects, provide long-term support promoting functional rehabilitation and simulation of job tasks which increase functionality and minimize disabling condition to achieve labor integration.

**Key words:** Occupational Therapy, Work reintegration, Post-traumatic stress disorder.

---

## Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define, en la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 10, el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como:

“Trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen)”. (OMS, 1999).

En otro apartado de la clasificación, se menciona que una de las características claras de este diagnóstico es la “falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que re-

cuerdan o sugieren el trauma” (OMS, 1999; p. 117).

El incremento paulatino de los casos atendidos en una institución de salud mental como consecuencia del acoso laboral, ha ocasionado periodos incapacitantes para los pacientes y un consecuente deterioro de las funciones y los roles asumidos dentro de la sociedad. Frente a este tema, Moreno, *et al.* (2006) plantean:

“Las víctimas de mobbing<sup>2</sup> pueden padecer trastorno por estrés postraumático (TEPT). Diversos estudios han señalado que entre las víctimas de acoso, la probabilidad de padecer TEPT es elevada (Mikkelsen y Einarsen, 2002; Tehrani, 2004). Basándose en observaciones clínicas, Leymann y Gustafsson (1996) encontraron que el TEPT constituía el diagnóstico adecuado de aproximadamente el 90% de una muestra de 64 víctimas de acoso”.

Según el Diario El Tiempo (2012), la Asociación Colombiana de Psiquiatría “estima que alrededor del 19% de los trabajadores del país (uno de cada cinco) estarían siendo víctimas

---

<sup>2</sup> El término *mobbing* se considera como una forma característica del estrés laboral y se define como una situación en la que una persona o grupo de personas ejercen una presión psicológica extrema, de forma sistemática (al menos una vez por semana) durante un tiempo prolongado (más de seis meses) sobre otra persona en el lugar de trabajo (Prevención Trabajo y Salud, 2001).

de presiones de este tipo". Adicionalmente, el diario menciona que "desde el 2006 el Ministerio del Trabajo ha abierto 4.849 investigaciones por esta causa. En el primer semestre de este año se registraron 655, más de la mitad del 2011".

El evidente incremento de riesgos psicosociales a nivel laboral ha generado aumento de discapacidad laboral como consecuencia de la exposición de los trabajadores a estos riesgos, casos que han llegado al servicio de Terapia Ocupacional.

El presente estudio tiene como objetivo evidenciar la efectividad clínica en la remisión de los síntomas y la funcionalidad del rol en el proceso de reinserción laboral en pacientes que han sido intervenidos por Terapia Ocupacional y que no presentaban funcionamiento adaptativo a los requerimientos del puesto por estrés dentro del ámbito laboral.

La intervención realizada fue dirigida a minimizar el deterioro y la disfunción del rol laboral en los pacientes, para lo cual se plantearon estrategias terapéuticas que favorecieran los niveles de productividad, sentido de la causalidad personal, la reinserción socio-laboral y la funcionalidad de los roles ocupacionales.

### **Materiales y métodos**

El estudio se realizó en una cohorte de pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico de TEPT y otros remitidos por consulta externa al servicio de Terapia Ocupacional al evidenciar sintomatología depresiva y relacionada con una disfunción marcada en el desempeño del rol laboral.

La información se obtuvo mediante la utilización de instrumentos diseñados en este estudio para la obtención de datos sociodemográficos, elaboración de la historia ocupacional, revisión de la historia clínica psiquiátrica y verificación del diagnóstico clínico confirmado por CIE-10.

El proceso de intervención de Terapia Ocupacional inicia con el establecimiento de la relación terapéutica y continúa con la evaluación diagnóstica especializada (funcional y ocupacional), descrita a continuación:

1. Entrevista al usuario. El proceso incluyó información relevante sobre la distribución de tiempos productivos (trabajo, tiempo libre, descanso y sueño y actividades de la vida diaria) e intereses relacionados y finalmente ampliación de las funciones y tareas a cargo en el puesto de trabajo.

2. Aplicación del Modelo Integral de Evaluación Ocupacional (MIEO). Modelo que incluye el levantamiento del perfil del usuario y la calificación del puesto de trabajo por parte del paciente mediante aplicación de la escala establecida en el modelo (Duque y López, 1998). El modelo fue aplicado una vez los pacientes presentaban una remisión sintomática significativa, permitiéndoles incrementar el nivel de desempeño y la funcionalidad de su comportamiento ocupacional. Los resultados obtenidos en una primera evaluación, fueron comparados durante el seguimiento realizado a los pacientes a nivel intrahospitalario y al asumir las funciones de tipo laboral al reintegrarse al puesto de trabajo.

3. La intervención realizada incluyó el incremento de estresores ambientales, el incremento paulatino

del nivel de exigencia, la delegación de funciones al interior del grupo en la organización y método de trabajo, asignación de tareas, manejo de personal a cargo (aproximadamente 30 a 40 personas) sin asistencia del terapeuta quien se retira por espacio de 10 minutos del sitio donde se desarrolla la actividad y regresa a asumir las funciones terapéuticas correspondientes y recibir del paciente las responsabilidades inmediatas en la supervisión de personal, incremento de los niveles de responsabilidad e información relacionada a la actividad (para manejo de datos). Dentro del proceso se favorece de manera simultánea el causamiento personal, los valores, procesos mentales superiores, las condiciones ambientales, socio organizacionales (jornada, distribución de tiempo en jornada laboral y responsabilidad), hábitos de trabajo y en general las habilidades de ejecución.

Una vez el paciente se reintegró al puesto de trabajo se realizó acompañamiento, retroalimentación y soporte terapéutico cada vez que asistió a consulta externa por Psiquiatría.

## Resultados

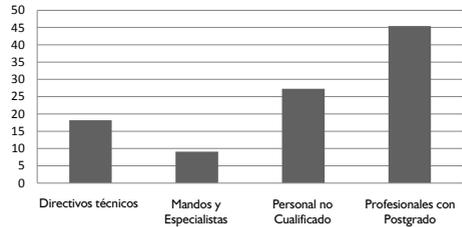
Se evaluaron los casos de 11 mujeres cuyas edades oscilan entre los 20 y los 51 años, con un promedio de 41 años. Las características del grupo en términos de nivel de escolaridad y puestos de trabajo se muestran en los gráficos 1, 2 y 3.

Los datos analizados muestran una proporción mayor de casos de acoso laboral en pacientes con un grado de formación académica alto.

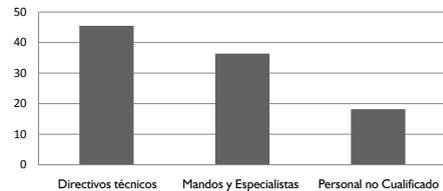
El acoso laboral se presenta con mayor frecuencia en puestos de traba-

jo de responsabilidad, exigencia y con personas a cargo.

**Gráfico 1.** Nivel de escolaridad (%).



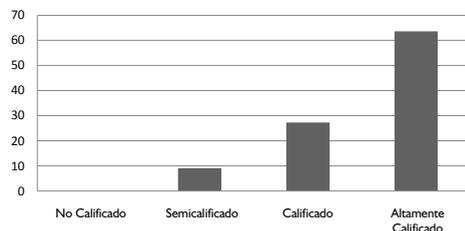
**Gráfico 2.** Clasificación funcional del puesto de trabajo (%).



El acoso laboral se presenta en individuos que tienen una formación educativa de alto nivel y que por este motivo se les exige un rendimiento superior en el quehacer de una función específica dentro del puesto de trabajo.

Los puestos en los cuales se desempeñaron los pacientes hasta la presentación del episodio, se caracterizaron por ser altamente calificados, con sobrecarga de trabajo, alto sentido de responsabilidad, cumplimiento de

**Gráfico 3.** Tipo de puesto de trabajo (%).



metas organizacionales, manejo de dinero y operarios a su cargo.

Durante el proceso de entrevista se observó en los pacientes un discurso caracterizado por el incremento de la sintomatología ansiosa y depresiva, con evidente respaldo afectivo.

La disfunción ocasionada por el TEPT de origen laboral es incapacitante. La población seleccionada, posterior a la intervención en crisis a nivel hospitalario, evidenció dificultad para iniciar y mantenerse en el puesto de trabajo una vez asumía el reintegro, en varias oportunidades requirieron reingreso a la institución por recaída sintomática y bajo rendimiento en su rol laboral.

La efectividad de la intervención realizada por Terapia Ocupacional se evidencio, al iniciar la reinserción laboral, en los perfiles de desempeño del usuario elaborados en diferentes momentos (hospitalario y seguimientos) y en los perfiles del puesto de trabajo, los cuales mostraron:

– Reintegro con buenos procesos de adaptación y cumplimiento de exigencias del puesto de trabajo luego de la intervención: 45,45% (Figura 1).

– Reintegro con persistencia de síntomas de diferentes niveles de severidad: 36,36%. Intervenciones prolongadas, reubicación/reorientación laboral, persistencia de sintomatología ansiosa y trastornos de pánico pero se niegan a ser trasladadas de puesto de trabajo, sensación de “no hacer el esfuerzo necesario para ser capaz de cumplir” con los requerimientos del puesto (Figura 2).

En la figura 2 se puede apreciar el deterioro en las capacidades de una paciente debido a la persistencia de síntomas y su negativa constante a ser

trasladada del puesto o renunciar al trabajo, esto pese a las múltiples intervenciones realizadas tanto por Terapia Ocupacional como por otros profesionales del equipo interdisciplinario. Luego de tres años, la paciente fue incapacitada de forma permanente por más de 180 días con miras a lograr la pensión por invalidez; durante la incapacidad se realiza proceso de re-orientación ocupacional buscando alternativas de tipo productivo que satisficieran sus intereses, la remuneración permanente y le permitieran mantener las capacidades evitando un mayor deterioro.

– No recuperación de síntomas: 18,18% (Dos casos de simulación por ganancia secundaria).

## Discusión

El acoso laboral se presenta frecuentemente en el entorno laboral y se encuentra ligado al incremento de riesgos psicosociales que inciden como desencadenantes del TEPT. En el año 2012 el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) menciona que existen cinco categorías de riesgos que se relacionan con los síntomas de la muestra seleccionada para el presente estudio. Las categorías son:

1. Exceso de exigencias psicológicas (exige trabajar rápido o de forma irregular, pobre expresión de sentimientos y opiniones, presión para toma de decisiones ágilmente).
2. Falta de influencia y de desarrollo (pobre autonomía en la realización de tareas asignadas, pobre adaptación de horarios para suplir necesidades familiares, o disminución de los tiempos de descanso).
3. Falta de apoyo y de calidad de liderazgo (trabajo aislado,

ASPECTOS	FACTORES	GRADOS					% DEL ASPECTO
		0	1	2	3	4	
PROCESOS MENTALES	Comprensión						96.42 %
	Atención						
	Memoria						
	Observación						
	Decisión						
	Adaptación						
SENSOPERCEPCION	Iniciativa						100 %
	Visión						
	Percepción de color						
	Percepción de forma						
	Percepción de tamaño						
	Percepción Temporal						
	Relaciones Espaciales						
	Audición						
	Ubicación de fuente sonora						
	Discriminación auditiva						
	Sensibilidad Superficial						
	Esterognosia						
	Barognosia						
	Propiocepción - Sentido kinético						
MOTRICIDAD GRUESA	Olfato						80,76 %
	Desplazamiento						
	Transportar Peso						
	Alcanzar						
	Halar						
	Empujar						
	Levantar						
	Rapidez de Reacción						
	Posición Sedente						
	Posición de pie						
	Posición de rodillas						
	Agacharse						
	Inclinarse						
	Equilibrio Estático						
MOTRICIDAD FINA	Exactitud						100 %
	Agilidad						83.33 %
	Armonía						
COMUNICACION	Oral						100 %
	Gestual						100 %
CONOCIMIENTO ACADEMICO	Lectura						100 %
	Escritura						100 %
	Matemáticas						
CONDICIONES AMB. ORG. Y SOC.	Jornada						100 %
	Distribución de tiempo en jornada laboral						
	Responsabilidad						91.66 %
HABITOS DE TRABAJO	Cuidados de elementos de Trabajo						100 %
	Relación con autoridad						
	Relación con compañeros						
	Tolerancia a la jornada						
	Presentación personal						
	Asistencia						
	Puntualidad						
	Velocidad						
	Calidad						
	Organización y métodos de Trabajo						
	Seguimiento de normas						

PERFIL DEL TRABAJADOR  
 PERFIL DEL PUESTO DE TRABAJO

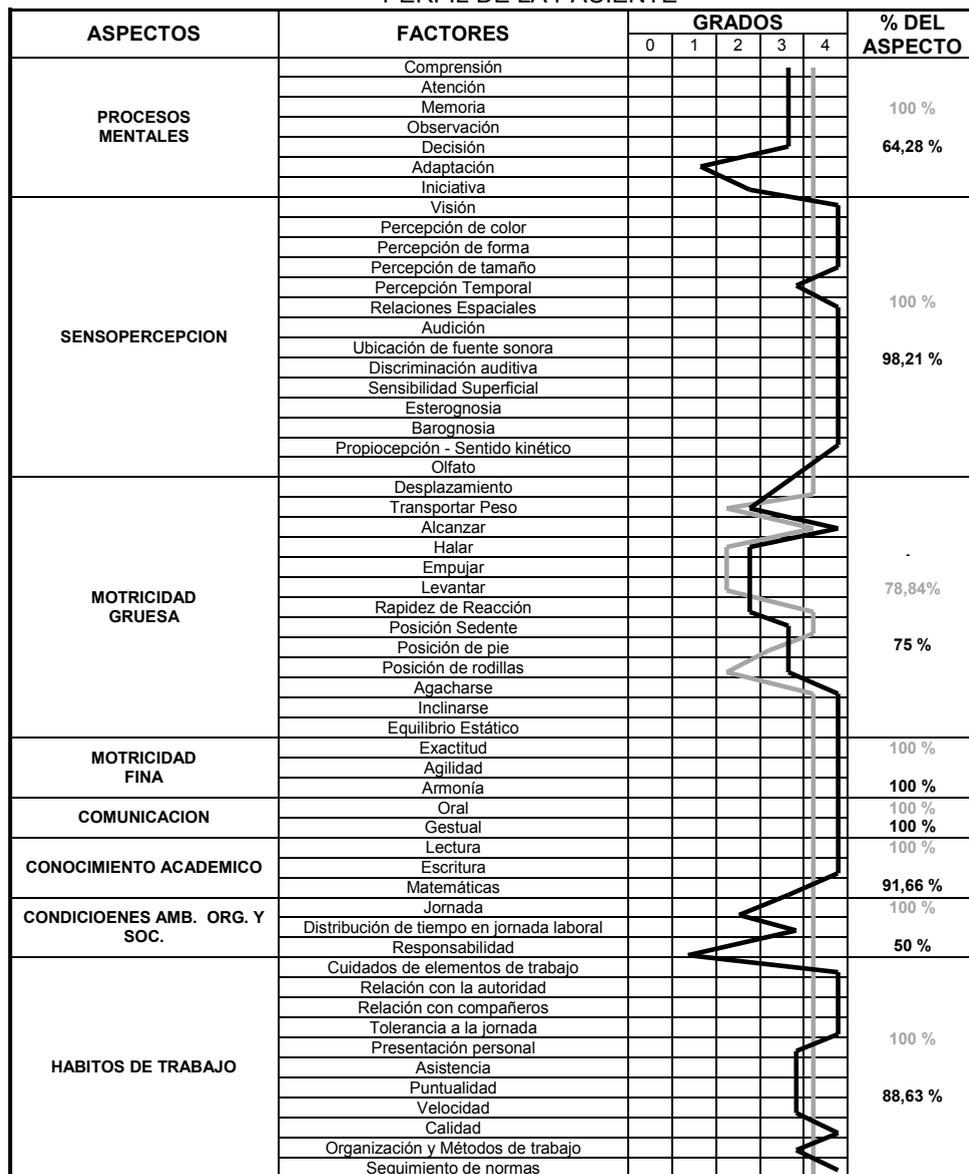


Figura 1. Perfil de desempeño evaluado posterior a intervención de Terapia Ocupacional y reintegro al puesto de trabajo.

sin apoyo de superiores o compañeros en la realización del trabajo, con las tareas mal definidas o sin la informa-

ción adecuada y a tiempo). 4. Escasas compensaciones (falta al respeto, se provoca la inseguridad contractual,

PERFIL DE LA PACIENTE



Perfil de la paciente 2009   
 Perfil de la paciente 2012 

Figura 2. Perfil de desempeño evaluado posterior a intervención de Terapia Ocupacional y reintegro al puesto de trabajo.

cambios de puesto o servicio contra nuestra voluntad, trato injusto, pobre reconocimiento del trabajo, salario que no compensa, etc.). 5. Doble presencia (el trabajo doméstico y familiar supone exigencias cotidianas que deben asumirse de forma simultánea a las del trabajo remunerado). La doble presencia es más prevalente en mujeres.

De los hallazgos es posible inferir que el TEPT se desencadena posterior a una prolongada exposición a riesgos psicosociales tales como el incremento en la jornada de trabajo, la sobrecarga laboral con inclusión de funciones de mayor responsabilidad y diferentes al cargo para el cual se fue contratado, maltrato verbal y psicológico, la disminución paulatina de tiempos libres y de descanso por incremento de los tiempos de trabajo para cumplir con los requerimientos exigidos por jefes inmediatos, y el pobre reconocimiento del esfuerzo y del trabajo realizado por los trabajadores en los puestos. Así mismo, las actividades propias del hogar, que pueden ser consideradas como un trabajo no remunerado, y que deben desarrollarse en el poco tiempo libre restante con el fin de responder a las exigencias del funcionamiento propio del hogar (compra de víveres, realización de servicios generales, supervisión de tareas escolares, pago de servicios, etc.), disminuyen la incumbencia percibida, la satisfacción personal y el reconocimiento del quehacer a nivel laboral y familiar.

Durante la revisión de literatura relacionada a la atención brindada por los terapeutas ocupacionales, se encontró que esta ha sido encaminada a terapias de desensibilización en vivo (Di Nasso, 2009), salidas a vía públi-

ca y exposición graduada a síntomas ansiógenos (Carbonell, 2002), y reintegro paulatino al puesto de trabajo (Carvajal, 2006).

La intervención de Terapia Ocupacional en el presente estudio se encaminó a fortalecer las capacidades generales de las personas afectadas con el TEPT, centrando el trabajo terapéutico hacia la volición de los usuarios. De acuerdo con Kielhofner (2004) “cada persona tiene sentimientos y pensamientos distintos que se relacionan con tres aspectos fundamentales: a) Sentido de eficiencia o de capacidad personal, b) Importancia o valor que se da a lo que uno hace y c) Goce o satisfacción que uno experimenta al hacer las cosas” (p. 17). En este sentido se realizaron actividades dirigidas a desarrollar aspectos relacionados con la comunicación proyectiva, la reeducación cognitiva, la psicoeducación, el entrenamiento en habilidades sociales, actividades productivas (tipo proyecto) y el manejo del tiempo libre. En el desarrollo de estas se incrementaron los niveles de exigencia, los estresores ambientales, la delegación de funciones y el rol de liderazgo, favoreciendo procesos de adaptación básicos para la reintegración laboral.

## Conclusiones

La intervención de Terapia Ocupacional en pacientes que presentan TEPT debe ir más allá de la exposición a estresores ambientales. Para lograr la reintegración laboral exitosa (en el cumplimiento de los requerimientos del puesto de trabajo y funcionalidad del desempeño) de los pacientes, es indispensable incrementar los procesos de adaptación, encausamiento personal

y la incumbencia percibida en forma considerable.

El acompañamiento permanente y el desarrollo de actividades que promuevan la rehabilitación funcional a nivel grupal e individual mediante la simulación de tareas propias del puesto de trabajo, permiten al paciente incrementar la creencia en la eficacia de sus habilidades y por lo tanto verse como ente cambiante del entorno para minimizar la condición de discapacidad generada por el TEPT.

Los equipos de trabajo interdisciplinario conformados para el manejo de pacientes con TEPT aportan elementos de intervención para favorecer la recuperación y la funcionalidad de los mismos. Sin embargo, no existen hallazgos de trabajos investigativos relacionados con este tema en el que la Terapia Ocupacional tiene un gran campo de acción y puede potenciar su quehacer profesional al intervenir, no solo la funcionalidad del comportamiento ocupacional del individuo, sino aportar elementos de liderazgo y lineamientos que orienten el plan de acción que debe llevarse a cabo con los pacientes.

Es el terapeuta ocupacional quien en la mayor parte de las intervenciones lidera el proceso de reintegración laboral dentro del equipo interdisciplinario; no solo al intervenir al paciente para lograr la funcionalidad en el desempeño ocupacional, sino a través de las recomendaciones que realiza al empleador y al Comité Paritario de Salud Ocupacional, encargados de verificar las recomendaciones realizadas, promover el reintegro del trabajador y, de ser necesario, la modificación del puesto de trabajo.

Este estudio permite señalar la necesidad de iniciar acercamientos, más allá del ámbito hospitalario, a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), los servicios de Medicina Laboral e incapacidades médicas y las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL), en aquellos casos que ameritan la reubicación laboral, la justificación real de la condición médica del paciente y por lo tanto, de su pronóstico ocupacional.

## Referencias

- Carbonell, C. (2002). *Trastorno por estrés postraumático: clínica y psicoterapia*. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272002000600006](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600006)
- Carvajal, C. (2006). *Trastorno por estrés postraumático (TEPT) en pacientes con traumatismo encéfalo craneano (TEC)*. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272006000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272006000300003&script=sci_arttext)
- Di Nasso, P. (2009). *Trastorno por estrés postraumático*. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1527/4/Trastorno-por-estres-postraumatico>
- Duque, M.; López, B. (1998). *Punto de partida de la formación laboral: Evaluación de ingreso*. Serie integración Normalizada en la formación para el trabajo, un proceso de inclusión social. Recuperado de [http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file\\_publicacion/2.pdf](http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/2.pdf)
- El Tiempo.com (2012). *El matoneo laboral, un fenómeno creciente en Colombia*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/el-matoneo-laboral-un-fenomeno-creciente-en-colombia-12252565-4>
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (2012). *Riesgos psicosociales*. Recuperado de <http://istas.net/web/index.asp?idpagina=3185>

- Kielhofner, G. (2004). *Modelo de la ocupación humana*. Teoría y Aplicación. 3a. Ed. Buenos Aires. Médica Panamericana.
- Moreno, B., Rodríguez, A., Morante M.; Garrrosa E. (2006). Estrés postraumático en víctimas de acoso psicológico en el trabajo: la influencia de las creencias. *Consejo General de la Psicología de España. Infocop On line*. 29/05/2006 6:37:00. Recuperado de [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=839](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=839)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1999). *Trastornos Mentales y de Comportamiento de la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades CIE 10*. Recuperado de <http://feafes.org/publicaciones/TrastornosmentalescomportamientoCIE10.pdf>
- Prevención, Trabajo y Salud. (2001). *El hostigamiento psicológico en el trabajo: Mobbing*. Fichas prácticas No. 15. Recuperado de [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/FichasNotasPracticas/Ficheros/fp\\_rev\\_15.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/FichasNotasPracticas/Ficheros/fp_rev_15.pdf)