



Universidad del
Rosario

La resiliencia en un trabajador con discapacidad motora permanente de origen laboral, y su reincorporación a la vida laboral - Estudio de un caso clínico.

Investigador principal

Paula Fernanda Ramírez González

Patricia Isabel Pimentel Navarro

**Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Salud ocupacional
Universidad del Rosario**

Bogotá 26 de noviembre, 2020

La resiliencia en un trabajador con discapacidad motora permanente de origen laboral, y su reincorporación a la vida laboral - Estudio de un caso clínico.

Estudiante(s):

Paula Fernanda Ramírez González

Patricia Isabel Pimentel Navarro

Asesor metodológico:

Gloria Helena Villalobos Fajardo

**Especialización en Salud Ocupacional
Universidad del Rosario**

Bogotá D.C. **26 de noviembre**, 2020

La resiliencia en un trabajador con discapacidad motora permanente de origen laboral, y su reincorporación a la vida laboral - Estudio de un caso clínico.

The Resilience in a worker with labor related permanent motor loss, aimed at social and labor reincorporation - A Case report.

Autores

Patricia Isabel Pimentel Navarro

Paula Fernanda Ramírez González

Soporte de tutor temático

Gloria H. Villalobos F.

Resumen

Introducción: la resiliencia son las fortalezas internas de la mente y el carácter, tanto innatos como desarrollados, que le permiten al ser humano responder bien a la adversidad, incluidas las capacidades para prevenir condiciones relacionadas con el estrés, como depresión o ansiedad o su recurrencia, recuperarse más rápido y optimizar el estado mental y el funcionamiento en las diversas áreas de la vida.

Objetivo: identificar los factores de los procesos de resiliencia en un trabajador con discapacidad motora permanente.

Materiales y métodos: a través de un caso clínico se realizó la evaluación de los posibles factores de resiliencia, ausentes o presentes basados en la revisión de literatura científica. Se realizó un estudio del tema con artículos médicos identificados a través de bases de datos. Se describió cuadro clínico de un paciente que presentó pérdida de la mano dominante, y que además tenía pocas herramientas psicosociales, condición que dificultó su proceso de rehabilitación. Se identificaron en la historia clínica los factores resilientes y no resilientes en el paciente y su impacto para el proceso de rehabilitación y reincorporación socio laboral.

Conclusión: la ausencia de factores de resiliencia determina el avance de los procesos de rehabilitación, así como la importancia de detectarlos tempranamente, para incluirlos como objetivos a desarrollar en el plan de manejo del paciente.

Palabras Clave

Resiliencia, accidente de trabajo, Reinserción al trabajo, Evaluación de la discapacidad, Evaluación de capacidad de trabajo, dolor, reporte de caso.

Key Words: Resilience, Occupational Accident, Return to Work, Disability Evaluation, Work capacity evaluation, Pain, case report.

Introducción

El termino resiliencia ha venido tomando gran relevancia en la sociedad actual y aún más en el medio ambiente laboral, en donde los cambios y los nuevos retos que asumen trabajadores y compañías permiten que, a través de los procesos de resiliencia tengan la facilidad de adaptarse, para ser productivos en medio de una sociedad cambiante que cada día exige mejores competencias para el desempeño laboral.

Resiliencia viene del término latín resilio, «volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar» (Ackerman, 2019). Se encuentran múltiples definiciones como “las fortalezas internas de la mente y el carácter, tanto innatos como desarrollados que le permiten al ser humano responder bien a la adversidad, y prevenir la recurrencia de condiciones relacionadas con el estrés, como depresión o la ansiedad, recuperarse más rápido y más completamente, optimizar el estado mental y el funcionamiento en las diversas áreas de la vida” (Schiraldi, 2017).

Según datos actuales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente dos millones de personas mueren cada año a causa de una enfermedad o accidente relacionado con el trabajo, se producen 160 millones de casos nuevos de enfermedades relacionadas con el trabajo en el mismo lapso de tiempo (World Health Organization, 2005). Acorde con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), alrededor de 7.500 personas mueren cada día debido a accidentes o enfermedades laborales, se calcula que mueren diariamente 1.000 personas en el mundo por accidentes de trabajo, otras 6.500 por enfermedades laborales, “es decir 2,78 millones de trabajadores mueren cada año como consecuencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de los cuales 2,4 millones están relacionados con enfermedades y 374 millones con accidentes del trabajo no mortales”, el 5% y el 7% del total de las muertes registradas a nivel mundial por enfermedades y accidentes. Los días de trabajo perdidos representan cerca del 4% del PIB mundial y en algunos países hasta el 6% o más” (*La OIT analiza presente y futuro de la Seguridad y Salud laboral con motivo del centenario de su fundación*, s. f.)

Según Fasecolda en Colombia se presentaron 655.570 accidentes laborales y se calificaron 9.690 enfermedades de origen laboral en el año 2017, cifras que se afirma disminuyeron con respecto al año 2016, (*Balance del seguro de riesgos laborales en el 2017*, s. f.).

Así mismo, Fasecolda reporta 10.4 millones de trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Laborales en el 2018. En los últimos ocho años, el número de trabajadores afiliados a este sistema se ha incrementado en un 53.9%. En el 2018, de cada 100 trabajadores afiliados, 6.2 sufrieron un accidente de trabajo. A 99.6 de cada 100 mil trabajadores les fue diagnosticada una enfermedad de origen laboral (*seminario-riesgos-laborales.pdf*, s. f.)

Según el censo realizado por el DANE en el 2005, se estimaba que para el año 2016 en Colombia vivirían aproximadamente 1.265.328 personas en situación de discapacidad, esto equivale al 2% de la población total, el 50% de estas personas son de sexo masculino. Para el rango de 20 a 59 años, en donde se concentra el grueso de las personas en edad productiva, las cifras oficiales calculan la existencia de 542.381 personas en situación de discapacidad, quienes representan el 43% de la población con esta condición. («Cómo le fue a Colombia en accidentalidad, enfermedad y muerte laboral en 2018», s. f.)

Es por ello, que este estudio se convierte en una base fundamental para que los equipos de rehabilitación evalúen una nueva estrategia para acercarse a los trabajadores afectados por accidentes laborales, que además presentan dificultades para reincorporarse social y laboralmente. Mediante la identificación de factores de resiliencia se pueden generar planes de manejo con objetivos concretos que permitan que el paciente adquiera la capacidad de adaptarse a la nueva condición, en la que sus fortalezas lo lleven a desarrollar nuevos talentos y ocupar nuevos cargos para reincorporarse a la vida laboral contando para ello con el apoyo de programas de reincorporación.

La resiliencia es un pilar en el proceso de recuperación, debido a que si se tiene en cuenta dentro de los planes de manejo temprano se reducen los tiempos de recuperación y reintegro, permitiendo así disminución de costos y evitando un sinnúmero de terapias y manejos médicos, incluyendo cuadros de dolor no tratable, que en muchas ocasiones terminan siendo inútiles para el objetivo que se quiere lograr con el trabajador, no obstante la importancia que tiene para un país que un trabajador joven continúe siendo productivo.

Por lo anterior, es de importancia conocer los factores protectores de resiliencia, para fomentar los procesos de reincorporación laboral en Colombia con el enfoque de capacidad laboral residual y no de discapacidad.

El trabajador objeto del estudio de caso es de relevancia clínica por su difícil proceso de rehabilitación y adecuada adaptación al estado secular, a pesar de todos los esfuerzos del equipo médico tratante, los cuales se vieron afectados por su condición social e intelectual y por ideas y pensamientos poco ajustadas a la realidad.

Metodología

El estudio presenta una descripción de caso apoyado en la literatura científica. El estudio del caso se orientó por el check list de CARE (*CARE-checklist-English-2013.pdf*, s. f.) publicada por The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development.

La revisión del caso se realiza mediante consulta de historia clínica previo consentimiento informado del paciente.

Los artículos científicos se identificaron a través de las bases de datos Scielo, EBSCO y google scholars. Se descartaron los artículos que hacían asociación de patologías generales y no laborales con resiliencia, y se incluyeron todos los artículos que tenían asociación entre alguna patología laboral, así como trauma y la recuperación con resiliencia desde el 2005 en adelante, en idiomas español e inglés. También se incluyeron artículos y revisiones que incluyeran los procesos de reincorporación socio laboral. Los términos MESH empleados fueron resiliencia, accidente de

trabajo, reinserción al trabajo, evaluación de la discapacidad, evaluación de capacidad de trabajo, dolor y reporte de caso

Consideraciones Éticas

El equipo investigativo del presente trabajo está conformado por dos médicos generales con una experiencia de aproximadamente 10 años en proceso de formación de Especialización en Salud ocupacional, una de ellas con una amplia trayectoria en la atención asistencial de accidentes y enfermedades laborales en una ARL en Colombia. El rol de los investigadores fue la revisión de caso clínico y de la literatura científica con enfoque en los factores de resiliencia. El presente trabajo contó con la autorización de la aseguradora donde es tratado el paciente siempre y cuando se omitan los datos de su identidad.

Los investigadores acataron las normas vigentes sobre investigación en seres humanos, contempladas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, y además declaran que no se presentaron conflictos de intereses para desarrollo de la investigación.

Descripción del caso

Se trata de un paciente que presentó accidente a los 19 años edad al estar ejerciendo su actividad laboral como operador de prensado de máquina de Hilandería. En el historial clínico se encuentra que por orden de su jefe directo se le solicita traer placa de plástico, la cual estaba saliendo torcida, por lo que el trabajador decide introducir un madero de aproximadamente 1 metro de longitud, apoyada por su mano derecha, con el fin de extraer el material, a la vez se activa la máquina ocasionando trauma por atrapamiento, amputando segundo, tercer y cuarto dedo de la mano derecha, dominante. Es trasladado al servicio de urgencias ortopédicas, donde es intervenido quirúrgicamente y se documenta amputación a nivel metacarpiano de segundo al cuarto dedo, y amputación parcial del quinto dedo con integridad del primer dedo, sin lograr manejos de salvamento estructural por el estado de los tejidos. Se realiza manejo por equipo multidisciplinario de manera temprana con seguimientos a los dos días por el área de salud mental a través de psicología, fisioterapia y cirugía de mano, documentando desde un inicio gran dolor, insomnio, dolor miembro fantasma, con dificultades en las consultas por la poca colaboración del paciente por su actitud abúlica y mutista sin intención comunicativa, posterior evolución con ideas suicidas no estructuradas, disminución del apetito y actitud agresiva con sus familiares. No se registran antecedentes patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ni de consumo de sustancias psicoactivas.

En las consultas se realiza orientación y externalización de emociones, con ideas sobrevaloradas de desesperanza y minusvalía, ánimo triste, anhedonia, hiporexia e ideas de muerte. Se inició manejo con Escitalopram que el paciente suspendió por decisión propia, argumentando "que no veía resultados", con actitud hostil marcada, manifestando en las consultas que el tratamiento "no es efectivo", a lo que se suman actitudes y expresiones agresivas, con lenguaje altisonante sin establecer contacto visual con los entrevistadores, verbalizando su rabia continuamente durante las entrevistas. Siempre se muestra orientado globalmente, pensamiento de origen lógico y coherente, sin delirios, sin fenómenos sensorio-perceptivos, sin actitud alucinatoria y prospección incierta. Se considera en varias de las consultas por parte de psiquiatría y psicología internar al paciente para manejo hospitalario por el servicio de salud mental, sin embargo, esto molesta aún más al paciente,

siendo agresivo con el personal asistencial de los centros de atención. Se documenta red de apoyo a través de sus padres, pero la actitud de familiares del paciente muestra una postura pasiva y contemplativa con su hijo, sin aportar positivamente a su recuperación.

Seis meses después del accidente laboral, se realiza la primera visita domiciliar por parte de trabajo social, con el fin de analizar los factores contextuales que incluye la identificación de las barreras o los facilitadores que puedan obstaculizar o favorecer la rehabilitación y la participación del trabajador en el entorno familiar, sociocultural, ambiental y ocupacional, con el fin de suministrar información requerida para el equipo encargado del programa de rehabilitación. Dentro de los antecedentes personales y familiares se encuentra escolaridad a nivel bachiller. Familia de tipo nuclear, producto de hogar biparental de origen urbano, tercer hijo de su madre, único hijo de su padre, figuras parentales presentes. Hermanos de 32 y 30 años de edad que no viven con él. Estado civil soltero, con un hijo de un año y 7 meses de quien no tiene información. Madre empleada de servicios varios, padre vendedor ambulante. La solvencia económica depende del pago de sus incapacidades; la mamá realiza aporte económico para cubrir los gastos del hogar, mientras el padre realiza los acompañamientos requeridos en el proceso asistencial del paciente. Tipo de vivienda, casa de propiedad de los padres, barrio con vías pendientes y destapadas. La vivienda se encuentra en obra gris (paredes en ladrillo, piso en cemento). No hay disposición de zonas comunes definidas de sala ni comedor, en la parte anterior se ubican dos sillas, una mesa en un espacio amplio y en la parte posterior cocina, dos habitaciones y baño. Se perciben condiciones habitacionales básicas para la permanencia del paciente y su familia. Cuenta con los servicios públicos de agua, luz y alcantarillado. El transporte público – paradero de buseta intermunicipal cercano, es aproximadamente a 7 minutos caminando de la casa del paciente, este transporte baja a las personas del barrio hasta la zona donde se puede tomar transporte tipo colectivo o transmilenio para el resto de la ciudad (aproximadamente 30 minutos de recorrido).

El servicio de Trabajo Social no considera pertinente insistir en actividades de tipo comunitario o social por la negativa del paciente y su poca actitud de realizar actividades de inclusión social o alternativas motivacionales.

En posteriores seguimientos y juntas medicas interdisciplinarias, se encuentra que la actitud del paciente imposibilita opciones de manejo para mejorar funcionalidad, continuando con actitud apática y pésima adherencia al tratamiento ofertado, encontrando un nuevo hallazgo de pensamientos mágicos con solicitudes al personal médico de recuperación completa de su mano, como “algún medicamento o algún procedimiento que le haga crecer los dedos”, siempre con objetivos no centrados en su realidad, con la esperanza de volver a tener su mano “normal”. Evidenciando un desajuste en la aceptación de los sucesos y su estado actual, dificultando así cualquier esfuerzo del equipo médico tratante en mejorar desde el punto de vista anatómico los muñones para optimizar funcionalidad para agarres, con posibles alargamientos, y otras opciones quirúrgicas planteadas, las cuales por la negativa y poca adherencia al tratamiento, fueron descartados.

Después de varios meses de seguimiento, manejo de dolor con intervencionismo analgésico, terapia multimodal, rehabilitación física con terapia ocupacional y física, sin lograr avances en el patrón funcional, sin cambios en su actitud y conductas en el tratamiento ofertado durante año y

medio, se define mejoría médica máxima alcanzada, y se realiza calificación de pérdida de la capacidad laboral, la cual termina en una pensión por invalidez.

Posterior a este proceso administrativo según la normatividad colombiana que a da lugar a prestaciones económicas, el paciente presenta un ajuste emocional con mejoría en la actitud en las consultas, realizando contacto visual y mejor actitud con los entrevistadores. Es explícito en no desea manejos adicionales, pues sus expectativas de mejora superan la realidad y los manejos a ofertar por el equipo médico. Es claro en afirmar que el dolor nunca le va a mejorar y su mano jamás será como antes.

Para la ejecución de este trabajo previo consentimiento informado, se realiza entrevista directa al paciente, y se solicita nuevamente información desde un inicio. El paciente se muestra colaborador, sin embargo, se perciben sentimientos de rabia y rencor. En el relato de descripción del mecanismo del trauma, el paciente describe que la actividad realizada en la jornada laboral durante el accidente no hacía parte de sus labores y es enfático e insistente que su jefe directo lo envió hacer dicha actividad porque desde que inició a laborar en la empresa siempre ha tenido dificultades de relacionamiento con él. Describe el accidente en compañía de una persona nueva a la cual estaba entrenando, la maquina prensadora de plástico se traba y el por liberarla ingresa en esta un madero y sufre atrapamiento de la mano derecha dominante, refiere que grita en múltiples ocasiones de manera desgarradora por dolor intenso, realiza múltiples pausas en la entrevista mientras cuenta el relato, expresando con rabia y asegurando era escuchado por su jefe y aseverando que se alegraba por lo que le estaba ocurriendo. Comenta que nadie lo auxilió, y por decisión propia decide halar de manera fuerte la mano donde ve la amputación de sus dedos. En este punto de la entrevista se interroga por la persona que estaba entrenando, y refiere estaba más cerca que el jefe. Se le pregunta si acudió a su auxilio y afirma no podía escucharlo porque “estas máquinas suenan muy duro”.

En este punto de la entrevista, se realiza cuestionamiento de sus conclusiones. Se interroga: ¿Qué le hace pensar que su jefe debía escucharlo y no la persona que entrenaba que estaba más cerca?, para lo que el paciente se muestra desconcertado. Refiere nadie le había preguntado tan explícito y al detalle que ocurrió en el evento, refiere de manera despectiva que solo se limitan a leer lo que escriben los reportes, y que las pruebas de las cámaras de la empresa fueron borradas para perjudicarlo, lo anterior expresado con lenguaje vulgar y soez, intentando evadir y desviar la pregunta realizada. Se realiza contención de la situación y se retoma con cautela la pregunta, para lo cual responde de manera incoherente, que su jefe debía escucharlo y que todo esto ocurrió por su culpa. Actualmente no desea manejos adicionales, le molesta asistir a citas médicas porque siempre concluye que nadie le va a “hacer crecer su mano”, ni le realizan pagos de transporte para el traslado de sus citas. Así mismo refiere sentirse insatisfecho con la pensión generada sobre un salario mínimo en Colombia, del cual le realizan los descuentos de ley y finalmente concluye que “esto no le alcanza para vivir”. Manifiesta sentirse desamparado, después de haber sido pensionado, porque nadie le genera algún subsidio o transporte para sus citas médicas, manifiesta dificultades de tipo económico. Es insistente relatando sus inconformidades desde el punto de vista económico.

Se indaga sobre expectativas del manejo ofertado, con referencia de no interés en manejos adicionales, sin embargo, no hay pensamientos de muerte, se detecta creencias religiosas como red

de apoyo en el último periodo que ha generado cambios en el pensamiento y conductas con tendencia positiva, se encuentra aún pensamientos contradictorios. Refiere que su proyección de vida se vio afectada por el accidente, pues su expectativa era entrar al ejército y hacer carrera militar. Así mismo manifiesta que nadie va a quererlo así y se describe como “un monstruo”, comenta fue dejado por la pareja con la que tiene un hijo, la cual asocia fue motivada por la secuela del accidente. Se intenta ondear en el tema, pero refiere no desea hablar al respecto. Es claro su postura frente a no desear más relacionamiento con su expareja, se niega a la posibilidad de iniciar una nueva relación, por su imagen y secuela actual.

Se interroga por relacionamiento con su familia y red de apoyo, refiriendo de manera reciente, se está “acercando a Dios” a través de una iglesia, manifestando que esto le genera tranquilidad y pensamientos de perdón, que aún no ha logrado establecer, lo cual expresa con gran sentimiento y sobrecarga por su situación. Refiere le es difícil perdonar. Así mismo se cataloga como jefe de hogar, porque sus padres viven de la informalidad, pues se dedican a la venta ambulante, la cual ha sido difícil de ejercer por la pandemia Covid 19. Además, dice responder por su hijo después de la pensión adquirida. Menciona sus padres brindan consejos en especial para regular sus estallidos emocionales.

Por el momento manifiesta de manera contradictoria su interés de alguna ocupación que mejore su ingreso económico, refiere tiene que estudiar, pero se cataloga como mal estudiante. Sin embargo, al interrogar ¿que le gustaría aprender?, expresa interés por alguna carrera técnica, como mecánica automotriz, robótica o administración de bodega. Menciona se presentó al SENA para administración de bodega, pero al parecer no paso, reconociendo y recalando su bajo gusto por el estudio, sin embargo, no se niega, si se llegase a presentar alguna oportunidad. Afirma con seguridad el apoyo de su familia para cualquier decisión o emprendimiento.

Actualmente refiere estar solo en controles con psiquiatría cada dos meses, donde es formulado con neuromoduladores para dolor, con alivio parcial, sin signos de dependencia, pues lleva más de dos meses sin este tipo de soporte analgésico. Es enfático en el requerimiento de manejo de dolor con aines tópicos u orales de manera intermitente, pues en los episodios de agudización de dolor, le genera estado de irritabilidad y mal humor.

Al interrogar como se describe, se reconoce como una persona explosiva, de mal humor, y continuo discurso realizando conexión con lo ocurrido en el accidente, “yo no puedo olvidar eso”, relacionando su emocionalidad actual al accidente. No ha logrado hacer el proceso de elaboración de duelo, con gran resentimiento por la persona que estuvo involucrado en el accidente, y su narrativa contempla detalles de lo ocurrido en dicho momento, ya descritos. Refiere con expresiones de disgusto y rabia que la pérdida de su mano no fue lo único que alteró su diario vivir, sino en el estilo de vida, dado que afecto su situación económica y algunas proyecciones que pretendía desde el contemplarse trabajando. Manifiesta sentirse acongojado, asociado a la imagen corporal, y expresa “vivo ofendido por lo que me paso”, describiendo sus dificultades en el afrontamiento en el ámbito social, aspecto que también opera con relación a la ampliación de red, esto asociado al área laboral y académica tanto el paciente como su familia.

Discusión

Al realizar una evaluación retrospectiva de los sucesos del caso, se logran percibir todos los sentimientos y frustración del paciente. En la evaluación de la historia clínica de psicología desde el evento agudo, es evidente lo difícil del abordaje del caso, por limitantes propias del paciente, como por su personalidad y actitud poco colaboradora, no obstante, los antecedentes familiares y las condiciones sociales que dificultan aún más los objetivos de rehabilitación.

Así mismo se encuentra y se percibe en la familia una actitud hermética ante la información, donde se podrían evaluar factores negativos para el proceso de rehabilitación y proyección de objetivos a desarrollar que impacten de manera positiva en la rehabilitación del paciente. Si bien es cierto hay factores de riesgo detectados, como la zona de vivienda que predispone a condiciones sociales precarias, adicionalmente con una red social fundamentada en la sobreprotección por parte de los padres, frente al ocultar información y permitir el tratamiento médico ofertado, que hubiera sido relevante para el caso, lo que limita la independencia y desarrollo personal del paciente y su reincorporación socio laboral.

En este caso, sobreabundan la ausencia de factores resilientes, teniendo en cuenta que la resiliencia es descrita por distintos autores, como la capacidad de afrontar, resistir ante la adversidad, de continuar desarrollándose y aumentando competencias ante la adversidad (Fernandes de Araújo & Bermúdez, 2015). Los factores resilientes son además aquellas fortalezas de la mente y del carácter, tanto innato como adquiridas, que nos llevan adaptarnos a una situación (Schiraldi, 2017). Para el caso del trabajador del estudio se observa que se vio enfrentado a un impacto crítico en su vida en el que evidentemente se encontró no solo un daño físico, sino también un gran daño psicológico que le ha generado un trastorno adaptativo, donde aún el trabajador no ha resuelto el duelo por la pérdida de las estructuras físicas ya descritas, situación que lo ha llevado a un aislamiento social.

Se destacan en la literatura múltiples factores relacionados con la resiliencia dentro de los que se describen, el afrontamiento (Castaño, 2010) el cual en este caso abarca diferentes escenarios propios del individuo, en el que a pesar de que en el historial no se define un diagnóstico de personalidad según el DSM V, es claro como sus rasgos de personalidad, por conductas pasivas descritas como conformismo, y conductas agresivas, lo caracterizan como un ser muy emocional, situación que dificulta el desarrollo de procesos de afrontamiento.

De acuerdo con Bandura (1997), se establece la relación de resiliencia y autoeficacia. La autoeficiencia es descrita como la seguridad y confianza que tienen algunas personas que pueden alcanzar el éxito que se proponen. La autoeficacia depende del juicio que el individuo se otorga a sí mismo, de las capacidades o cualidades que posee, teniendo claro las fortalezas y debilidades en la personalidad, permitiendo ser estratégico en el momento de toma de decisiones para alcanzar las metas propuestas (Meneghel et al., 2013).

En el caso clínico, se identificaron las fortalezas y debilidades de la personalidad del trabajador, sin embargo, no se plantearon de manera oportuna para tenerlas en cuenta como limitantes en la rehabilitación, ni para incluirlas como uno de los objetivos a desarrollar en el plan de manejo. La ausencia de resiliencia produjo en el trabajador falta de motivación para alcanzar las metas, miedos

al enfrentar su situación actual y ante nuevos retos, falta de compromiso en proceso de rehabilitación y pensamientos de derrota.

La resiliencia se asocia con el desarrollo personal dentro de un contexto familiar y social sano (Hamilton I. McCubbin & Marilyn A. McCubbin, 1988). El proceso de rehabilitación debe considerar la historia y dinámica familiar, el entorno de crecimiento del paciente y las relaciones interpersonales entre los miembros del hogar. En el caso en estudio se lograron percibir y analizar las vulnerabilidades sociales a las cuales ha estado expuesto el paciente a lo largo de su vida gracias a la visita realizada por el servicio de Trabajo Social. Así mismo, a pesar de la poca información aportada por sus padres en las que generalmente describían a su hijo con contemplación, e idealismo, es evidente la falta de autoridad y valores como familia, que se reflejan en ser padre a tan corta edad. La descripción de la vivienda y el barrio donde habita el paciente permiten claramente tener una representación de la vida social y dificultades asociadas, situaciones determinantes para entender las limitantes observadas en el proceso de rehabilitación del caso.

Es de mencionar, que el perdón puede contribuir a la resiliencia (Pell et al., s. f.), siendo una estrategia que reduce los riesgos para la salud y que promueve la misma. Este factor, es considerado determinante para este caso, debido a que ha sido una constante en el discurso en las entrevistas con el paciente, incluso fue detectado por el mismo en la actualidad, a través de sus acercamientos espirituales que han permitido los pequeños avances observables hasta el momento, sin embargo, el sentimiento de rencor y de odio han limitado la canalización de estos sentimientos y expresándolos como culpa de terceros.

Kim y Esquivel (Kim & Esquivel, 2011), describen la espiritualidad como un factor de resiliencia, considerando la importancia de esta en la vida, al punto que se definen como recurso de afrontamiento ante situaciones de gran adversidad.

A pesar de que en la historia clínica inicial y de seguimiento no se describe este aspecto, se interrogó en la entrevista realizada con el paciente, situación en la que fue evidente que este ha sido un factor motivador, que ha permitido los avances de externalización de la información habida cuenta que el paciente se mostró inicialmente con actitudes mutistas. En esta oportunidad se logró completar mucha información, así como conocer un poco más a fondo su sentir. A través de sus creencias y su espiritualidad ha sido posible que se aborde el tema del perdón y así avanzar y proyectarse en la vida.

Otros factores de resiliencia, encontrados en la literatura son la introspección o insight, el optimismo, la independencia, la actividad física, tener proyectos y metas, poner el foco en el presente y redescubrirse así mismo (Fernandes de Araújo & Bermúdez, 2015, Ackerman, 2019), los cuales están ausentes en el desarrollo del caso en estudio; es de notar que en la última entrevista realizada para el desarrollo de este trabajo, la proyección del paciente, aunque manifestada de manera insegura, podría ser la base para un acompañamiento positivo del equipo rehabilitador.

Es de gran importancia para este caso el apoyo social formal como factor de resiliencia (Norris et al., 2008), el cual es descrito como el acceso a los servicios de salud y la comunidad. Son evidentes las múltiples manifestaciones de desamparo que refiere el paciente al mencionar los bajos ingresos económicos que recibe, su estado de discapacidad que limita su rol laboral, y sus dificultades por el transporte para movilizarse hacia la ciudad, lo cual dificulta una actitud resiliente en su vida.

Por último, además de los factores de resiliencia, se ha buscado identificar lo que Rutter, denominó factores impulsores de la resiliencia (Lightfoot, 1999). En este sentido son de relevancia los puntos de inflexión que permiten a las personas cortar con el pasado y buscar nuevas oportunidades. Este elemento tampoco fue detectado en el paciente a estudio, incluso es de considerar como uno de los factores a desarrollar, debido a que podría ser la base del factor resiliente a trabajar en el plan de rehabilitación, y es además un factor motivador en un caso de gran adversidad como este, teniendo en cuenta que abarca otros constructos mediadores de resiliencia como el perdón.

Conclusiones

Se puede concluir del caso en particular el difícil abordaje por las características propias de personalidad del paciente y su familia que dificultan cualquier esfuerzo del equipo médico para su progreso físico y de adaptación sociolaboral. El predisponente en su historia familiar en el que no le crearon bases para construir un plan de vida con metas e ideales de progreso introspectivo. Así mismo la no aceptación de su imagen corporal y el rencor, han limitado los proyectos que se había propuesto a mediano plazo.

Sin embargo, los investigadores consideran que este es un caso retador, teniendo en cuenta las tantas descripciones del valor de resiliencia en la literatura en las que se refiere como aquellas capacidades innatas o adquiridas para afrontar la adversidad, de allí que se considera que es de suma importancia entrenar al equipo médico en casos complejos como éste para no rendirse ante las diferentes dificultades en casos de pacientes de difícil recuperación, y por el contrario desarrollar estrategias de rehabilitación que superen las limitaciones de las actividades puramente diagnosticadas y que se centren en opción este acompañamiento y desarrollo de los factores resilientes. Así mismo, se requiere de parte de los servicios de psicología el desarrollo de un acompañamiento integral y el uso de terapias motivacionales y de superación del duelo y el trauma, que superen los manejos tradicionalmente ofertados por los servicios de psiquiatría.

Por lo anterior puede concluirse que deben evaluarse y reconocerse desde el inicio del proceso de rehabilitación los factores resilientes protectores presentes o ausentes, con el fin de enfocar el tratamiento de forma integral y desde la perspectiva de la rehabilitación funcional, ocupacional y psicosocial. Uno de los objetivos que debe alcanzarse con los procesos de rehabilitación es el fomento de la resiliencia, entre los cuales cabe mencionar el perdón y el aprendizaje basado en los puntos de inflexión de cada caso. Así mismo, el enfoque del tratamiento debe reconocer las características socioculturales del grupo familiar y social cercano y reforzar todas las formas de apoyo social que fortalezcan la autonomía y el crecimiento personal.

Una reflexión que se suscita a la luz del estudio del caso, en la necesidad de formar a los equipos de rehabilitación en estrategias de intervención psicosocial que superen el cumplimiento estricto de un plan de atención médica y que consideren el desarrollo de capacidades de los individuos como un elemento central en el proceso de readaptación a la vida productiva y social. La incorporación del grupo familiar al transcurso de la rehabilitación es igualmente un elemento fundamental en la atención de discapacidades generadas por accidentes de trabajo.

Otro de los aprendizajes que surgen del caso descrito en la importancia de evitar prácticas de atención en salud que contribuyan a la red victimización, y por el contrario el fomento de estrategias de apoyo grupal que faciliten la adaptación ante las secuelas derivadas del accidente.

Se concluye que para este tipo de casos de gran complejidad por los pocos factores resilientes detectados, se debe trabajar con el equipo interdisciplinario de rehabilitación de manera integral y con una comunicación asertiva entre el equipo, con un enfoque centrado en el paciente y el agotamiento de posibilidades terapéuticas existentes.

Bibliografía

- Ackerknecht, C. (2014). Huella de la accidentabilidad humana, reintegro laboral, conocimientos de mutualidades y clima organizacional. *Ciencia & trabajo*, 16(51), a01-a01.
<https://doi.org/10.4067/S0718-24492014000300001>
- Ackerman, C. E. (2019, enero 3). *What is Resilience and Why is It Important to Bounce Back?* PositivePsychology.Com. <https://positivepsychology.com/what-is-resilience/>
- Alva, C. A. C., & Mejía, D. R. (s. f.). *Factores asociados a la reincorporación laboral temprana después del primer evento vascular cerebral*. 6.
- Botero, P. A. (2013). Discapacidad y estilos de afrontamiento: Una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica: Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), 196-214.
- CARE Checklist. (s. f.). CARE Case Report Guidelines. Recuperado 28 de octubre de 2020, de <https://www.care-statement.org/checklist>
- Castaño, E. F. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology*, 13.
- Ceballos Granados, C., Yepes Delgado, C. E., & Jiménez Oyuela, C. (2019). Experiencias En Reconversión Laboral: Trabajadores Que Asisten a Un Consultorio De Seguridad Social En Colombia. *EXPERIENCES IN LABOR RECONVERSION: WORKERS ATTENDING A SOCIAL SECURITY OFFICE IN COLOMBIA.*, 24(2), 75-90. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2019.24.2.7>
- Cerezo, J., Bernabé, M., Lisbona, A., & Palací, F. j. (2017). La socialización de los profesionales sanitarios y el papel de la resiliencia en el desarrollo de conductas de bienestar en el trabajo. *Health personnel*

socialization and the role of resilience in the development of occupational well-being (English), 32(1), 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.004>

Consejo Colombiano de Seguridad. (s. f.). *Cómo le fue a Colombia en accidentalidad, enfermedad y muerte laboral en 2018*. Recuperado 26 de junio de 2020, de <https://ccs.org.co/como-le-fue-a-colombia-en-accidentalidad-enfermedad-y-muerte-laboral-en-2018/>

Díaz, M. G., & García, M. J. (2018). Emotional intelligence, resilience and self-esteem in disabled and non-disabled people. *Inteligencia emocional, Resiliencia y Autoestima en personas con discapacidad física y sin discapacidad.*, 17(2), 274-283. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.291381>

Dinero. (2018, febrero 15). Accidentes y enfermedades laborales en 2017. *Dinero*. <https://www.dinero.com/edicion-impresia/pais/articulo/accidentes-y-enfermedades-laborales-en-2017/255313>

Edna Rabenu, & Eyal Yaniv. (2017). Psychological resources and strategies to cope with stress at work. *International Journal of Psychological Research*, 10(2), 8-15. <https://doi.org/10.21500/20112084.2698>

Fernandes de Araújo, L., & Bermúdez, M. de la P. (2015). Resiliencia en adultos: Una revisión teórica. *Terapia psicológica*, 33(3), 257-276. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300009>

Fernández M., S., Tapia Z., L., Meneses D., M. I., Miranda Z., O., & López de Santa María F., M. (2009). Evaluación del proceso de reintegro socio-laboral en personas que han sufrido accidentes del trabajo que fueron atendidas en terapia ocupacional del Hospital del Trabajador Santiago. *Ciencia & Trabajo*, 33, 123-123-129. PSICODOC.

Freitas Gouveia De Vasconcelos, I. F., Cyrino, A. B., Araújo De Carvalho, L., & D'oliveira, L. M. (2017). Organizações pós-burocráticas e resiliência organizacional: A institucionalização de formas de comunicação mais substantivas nas relações de trabalho. (Portuguese). *Post-bureaucratic*

organizations and organizational resilience: institutionalization of more substantive forms of communication in working relations. (English), 15, 377.

García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, Á., López-Sánchez, C., & Dias, P. C. (2016).

CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA DE LA RESILIENCIA PSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD.
Health and Addictions, 16(1), 59-68.

García-Vesga, M. C., & Domínguez-de la Ossa, E. (2013). Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica / The Theoretical Development of Resilience and its Application in Adverse situations: An analytical review / Desenvolvimento teórico da Resiliência e sua aplicação em situações adversas: Uma revisão analítica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11(1), 63-63-77.* SciELO.

Garzón Ruiz, carolina. (2013). *Análisis, presupuestos y mecanismos de garantía en la protección laboral re...: Sistema Integrado de Búsqueda.*

<http://eds.b.ebscohost.com.ez.urosario.edu.co/eds/detail/detail?vid=27&sid=2532ba04-8c4f-45b8-88d8-03da1f106656%40sessionmgr103&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSzy29wZT1zaXRI#AN=94513681&db=edb>

Gómez, I. C. (2007). Salud laboral: Una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo / Occupational health: A review trough the new working conditions. *Universitas Psychologica, 6(1), 105-105-114.* SciELO.

Hamilton I. McCubbin, & Marilyn A. McCubbin. (1988). Typologies of Resilient Families: Emerging Roles of Social Class and Ethnicity. *Family Relations, 37(3), 247-247-254.* JSTOR Journals.

<https://doi.org/10.2307/584557>

Hymel, P. A., Loeppke, R. R., Baase, C. M., Burton, W. N., Hartenbaum, N. P., Hudson, T. W., McLellan, R. K., Mueller, K. L., Roberts, M. A., Yarborough, C. M., Konicki, D. L., & Larson, P. W. (2011).

Workplace health protection and promotion: A new pathway for a healthier--and safer--workforce.

Journal of occupational and environmental medicine, 53(6), 695-702.

<https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e31822005d0>

Ingrid Vergara Calderon. (s. f.). *Seminario-riesgos-laborales.pdf*. Recuperado 27 de octubre de 2020, de

<https://fasecolda.com/cms/wp-content/uploads/2019/09/seminario-riesgos-laborales.pdf>

Kim, S., & Esquivel, G. B. (2011). Adolescent Spirituality and Resilience: Theory, Research, and Educational Practices. *Psychology in the Schools*, 48(7), 755-755-765. ERIC.

Kotliarenco, M. A. (s. f.). *PROCESOS DE RESILIENCIA FAMILIAR ANTE LA ADVERSIDAD SOCIAL: RELACIÓN, ORGANIZACIÓN Y JUEGO*. Recuperado 18 de octubre de 2020, de

https://www.academia.edu/1492145/PROCESOS_DE_RESILIENCIA_FAMILIAR_ANTE_LA_ADVERSIDAD_SOCIAL_RELACION_ORGANIZACION_Y_JUEGO

Krakowiak Piotr, & Fopka-Kowalczyk Małgorzata. (2015). Faith and Belief, Importance, Community, Address in Care spiritual history tool by C. M. Puchalski as an instrument for an interdisciplinary team in patient care. *Journal for Perspectives of Economic Political and Social Integration*, 21(1-2), 117. RePEc.

Lightfoot, C. (1999). *Psychosocial disturbances: Let's take a closer look at the beast: Rutter, M. (Ed.)*

Psychosocial Disturbances in Young People: Challenges for Prevention New York: Cambridge University Press; 1997 425 pp. ISBN (hardback) 0-521-46187-1, \$45.95; ISBN (paper) 0-521-59873-7, \$24.95 (S0193397399800100; Número 1). ScienceDirect.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edselp&AN=S0193397399800100&site=eds-live>

López Fuentes, I., & Calvete Zumalde, E. (2016). Desarrollo del Inventario de factores de resiliencia ante la adversidad. *Ansiedad y Estrés*, 22, 110-110-117. PSICODOC.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2016.10.003>

- Meneghel, I., Salanova, M., & Martínez, I. M. (2013). El camino de la Resiliencia Organizacional – Una revisión teórica. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 31(2), Article 2. <http://www.revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/197>
- Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41(1-2), 127-127-150. Springer Nature Journals. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6>
- Organización Internacional del Trabajo. (s. f.). *SEGURIDAD Y SALUD EN EL CENTRO DEL FUTURO DEL TRABAJO Aprovechar 100 años de experiencia*. Recuperado 27 de octubre de 2020, de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_686762.pdf
- Pell, A. F. L., Kasanzew, A., & Fernández, M. S. (s. f.). *Los efectos psicoterapéuticos de estimular la connotación positiva en el incremento del perdón*. 16.
- Rook, C., Smith, L., Johnstone, J., Rossato, C., López Sánchez, G. F., Díaz Suárez, A., & Roberts, J. (2018). Reconceptualising workplace resilience—A cross-disciplinary perspective / Reconceptualización de la resiliencia en el lugar de trabajo—Una perspectiva interdisciplinar. *Anales de Psicología*, 34(2), 331-338. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.2.299371>
- Schiraldi, G. R. (2017). *The Resilience Workbook: Essential Skills to Recover From Stress, Trauma, and Adversity* (1483595). eBook Academic Collection (EBSCOhost). <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=1483595&site=eds-live>
- Stephanie Pino, G. P. (s. f.). *Balance del seguro de riesgos laborales en el 2017*. Recuperado 26 de junio de 2020, de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PA1qseJrSXcJ:https://revista.fasecolda.com/index.php/revfasecolda/article/download/404/436/+&cd=3&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>

Surmay Angulo, O. L., & Arrieta Cardenas, E. D. (2009). *Caracterización demográfica, clínica y ocupacional de trabajadores con discapacidad osteomuscular; procesos de “inserción –reinserción laboral”, en un centro comercial de Bogotá DC 2009*. Universidad del Rosario.

Teresa Fiorentino, M. (2008). LA CONSTRUCCIÓN DE LA RESILIENCIA EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA Y LA SALUD. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-95-113. Fuente Académica.

World Health Organization. (2005). *OMS | El número de accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo sigue aumentando*. WHO; World Health Organization.
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr18/es/>