

# Accidentes Ocupacionales: Aspectos Psicosociales

## OCCUPATIONAL ACCIDENTS: PSYCHOSOCIAL ASPECTS

Dr. Policarpo Rebolledo Marchesini

Médico Psiquiatra. Servicio de Salud Mental, Hospital del Trabajador de Santiago. Santiago, Chile.

### RESUMEN

Los accidentes son sucesos vitales imprevistos e inesperados que interrumpen en forma súbita y generalmente traumática el curso de la vida normal de un individuo, afectando predominantemente a personas jóvenes, sanas, en plena actividad productiva y especialmente a hombres más que a mujeres.

La interrupción del curso vital en estos pacientes, sobre todo aquéllos gravemente lesionados, a menudo genera pérdidas significativas en todos los aspectos de su vida, las cuales pueden ser permanentes y definitivas. Así, además de las consecuencias físicas, las alteraciones emocionales y psicosociales se encuentran entre las variables más importantes que influyen en los resultados de la rehabilitación de estos pacientes.

Este trabajo revisa la respuesta emocional y las complicaciones psiquiátricas y psicosociales que pueden presentar los individuos que sufren un accidente ocupacional.

(Rebolledo P. 2005. Accidentes Ocupacionales: Aspectos Psicosociales. Cienc trab Abr-Jun; 7(16): 61-66).

Descriptores: ACCIDENTES DE TRABAJO-PSICOLOGÍA; CONSECUENCIAS DE ACCIDENTES; TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO; DEPRESIÓN; TRAUMA CRANEOCEREBRAL; DOLOR; TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN; TRASTORNOS DE ESTRÉS TRAUMÁTICO AGUDO.

### ABSTRACT

Accidents are vital unforeseen and unexpected occurrences that break into the course of normal life of an individual usually in a traumatic way, affecting mainly young and healthy people who are at the height of their productive capacity and specially men rather than women.

The interruption of the vital course of these patients, specially those seriously injured, often produces significant losses in all aspects of their lives, which may be permanent and definitive. Thus, besides the physical consequences, the emotional and psychosocial disorders are among the most important variables that have an influence on the rehabilitation of these patients.

This paper reviews the emotional response and the psychiatric and psychosocial complications that may appear on individuals suffering an occupational accident.

Descriptors: ACCIDENTS, OCCUPATIONAL-PSYCHOLOGY; ACCIDENTS CONSEQUENCES; STRESS DISORDERS, POST-TRAUMATIC; DEPRESSION; CRANIOCEREBRAL TRAUMA; PAIN; ADJUSTMENT DISORDERS; STRESS DISORDERS, TRAUMATIC, ACUTE.

### INTRODUCCIÓN

Los accidentes son sucesos vitales imprevistos e inesperados que interrumpen en forma súbita y generalmente traumática el curso de la vida normal de un individuo, afectando predominantemente a personas jóvenes, sanas, en plena actividad productiva (Fig. 1), especialmente a hombres más que a mujeres (Fig. 2).

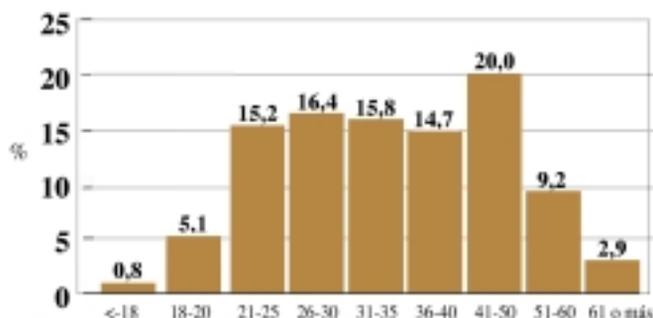
Se entiende por "Accidente de Trabajo es toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte" (Ley N° 16.744, Art. 5°).

Accidente del Trayecto: "Son también accidentes del trabajo los ocurridos en el trayecto directo, de ida o regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo" (Ley N° 16.744, Art. 5°).

Accidentes Ocupacionales: "Estos se refieren a ambos tipos de accidentes, de trabajo y de trayecto" (Asociación Chilena de Seguridad 2004).

Figura 1.

Accidentados según rango de edad en accidentes ocupacionales en empresas afiliadas a ACHS durante 2003.



Correspondencia:

Dr. Policarpo Rebolledo Marchesini

Servicio de Salud Mental, Hospital del Trabajador de Santiago.

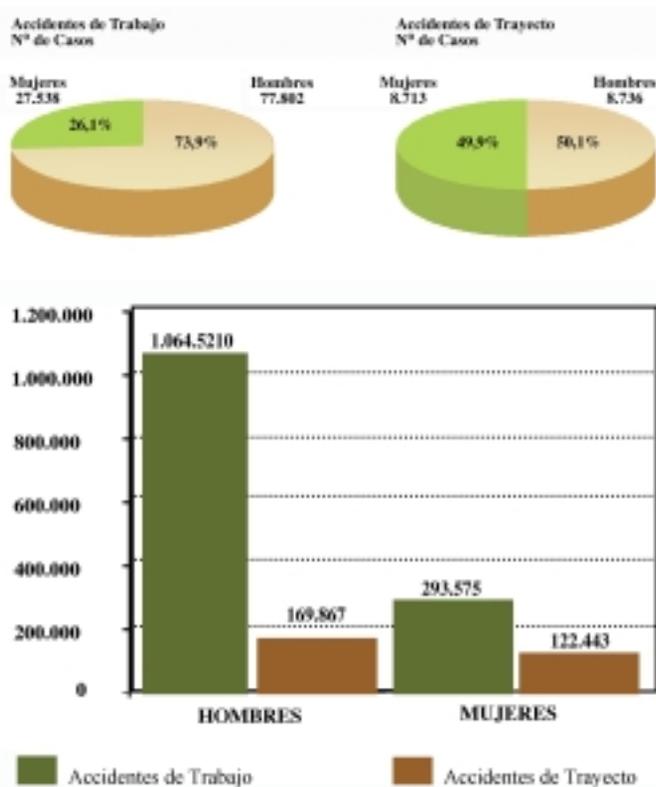
Vicuña Mackenna 200, Santiago, Chile.

Tel: (56-2) 6853722 • Fax: (56-2) 2441670

e-mail: prebolledo@hts.cl

Recibido: diciembre 2004 / Aceptado: enero 2005

Figura 2. Accidentes ocupacionales en empresas afiliadas a ACHS en 2003.



Los accidentes pueden representar una fuerte agresión a la integridad física y/o psicológica de una persona, como también una interrupción inesperada y brusca de sus actividades personales, familiares, profesionales y sociales.

Una vez accidentado, el individuo se enfrenta a la inactividad laboral, a la disminución de sus ingresos económicos, a las repercusiones en distintos ámbitos y a la posibilidad de presentar posibles secuelas y a cómo ellas influirán en el futuro.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) señala que anualmente los trabajadores sufren aproximadamente 270 millones de accidentes de trabajo (mortales o no) y se producen unos 160 millones de casos de enfermedades profesionales. En un tercio de estos casos, la enfermedad provoca la pérdida de, al menos, cuatro días de trabajo (Michaels et al 1998).

La OIT estima que cada año se producen unas 350.000 muertes debido a accidentes del trabajo, la mitad de ellas en la agricultura, sector que emplea a la mitad de los trabajadores del mundo. Los expertos de la Organización consideran que, de todas maneras, las estadísticas no alcanzan a reflejar la realidad, debido a que en muchos países falta información sobre este tema (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo 2002).

En nuestro país, de acuerdo a las estadísticas de la Asociación Chilena de Seguridad, durante el año 2003 se produjeron 122.923 accidentes ocupacionales a un promedio mensual de 1.435.478 trabajadores afiliados a esta mutual de seguridad. Se incluyen los accidentes fatales, tanto de trayectos como de trabajo (Fig. 2).

## ASPECTOS PSIQUIÁTRICOS

La interrupción del curso vital en estos pacientes, especialmente aquéllos gravemente lesionados, a menudo genera pérdidas significativas en todos los aspectos de su vida, las cuales pueden ser permanentes y definitivas. Así, además de las consecuencias físicas, las alteraciones emocionales y psicosociales se encuentran dentro de las variables más importantes que influyen en los resultados de la rehabilitación de estos pacientes. El evento traumático amenaza la integridad física y emocional del individuo, amenaza su posición dentro del grupo social y ocasiona la vuelta a etapas de dependencia previa, generando aprehensión y ansiedad.

El impacto psicológico que vive el paciente casi siempre involucra una condición de pérdida, al menos inicialmente, acompañada de sufrimiento que trasciende a su grupo familiar, el cual también puede experimentar síntomas o enfermar.

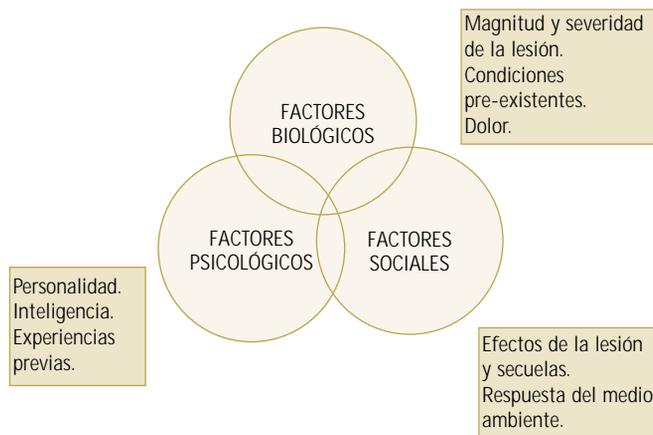
El compromiso emocional va a guardar relación con la gravedad del accidente, aunque no es necesariamente proporcional a la magnitud de la lesión (Mason et al 2002). La severidad de la reacción emocional y el cómo el individuo logre un nuevo nivel de adaptación, dependerá de múltiples factores:

**Factores Biológicos:** La magnitud y severidad de las lesiones influyen en forma significativa en la evolución de una determinada lesión, pero también otros factores como complicaciones médicas asociadas, la presencia de dolor, las infecciones, la condición médica previa, la abstinencia de alcohol y/o drogas, la vulnerabilidad individual, etc.

**Factores Psicológicos:** La inteligencia, el estilo de personalidad, los mecanismos defensivos, los eventos concomitantes, el estilo de afrontamiento, las experiencias previas, el significado que la lesión tiene para el paciente en cuanto a autoimagen, las expectativas, etc.

**Factores Sociales:** Las consecuencias del accidente para su capacidad de cumplir roles, tanto laborales como familiares, así como la respuesta del medio ambiente: Aceptación, sobreprotección o rechazo (Fig. 3) (Stoddard y Saxe 2001).

Figura 3. Factores determinantes del impacto psicológico.



Posterior a un evento traumático puede ocurrir una serie de respuestas emocionales, que van desde la respuesta normal esperable hasta constituir cuadros psiquiátricos propiamente tales que requieren manejo y tratamiento adecuado.

Las reacciones psicológicas normales ante el trauma ocurrido son evolutivas y pueden distinguirse tres fases:

### 1.- Aguda o de Shock

Coincide con el periodo de máximo impacto fisiológico del trauma, con los procedimientos médicos y quirúrgicos de urgencia, es decir, con el tratamiento intensivo. El paciente puede parecer sorprendentemente sereno y tranquilo, incluso eufórico; o bien, indiferente y desconectado del medio ambiente; otras veces, perplejo y confundido. En los casos de Traumatismo Encéfalo Craneal (TEC), coincide con el periodo de inconciencia. Su duración es variable, pero suele ser breve, generalmente por pocos días. Las complicaciones psiquiátricas más frecuentes son las Reacciones Traumáticas Agudas y los cuadros confusionales.

### 2.- Intermedia o Crítica

Estabilizado en sus funciones vitales, el paciente comienza a cobrar conciencia de la magnitud de las lesiones y de las consecuencias para su recuperación y readaptación. En estas circunstancias, los individuos responden con conductas y emociones intensas, reflejándose predominantemente el conjunto de características que hemos incluido bajo el factor personalidad. En esta etapa suelen presentarse las mayores dificultades de manejo de los pacientes, puesto que durante este periodo se ponen de manifiesto en forma exagerada algunos de los rasgos más acentuados del carácter individual.

Las alteraciones psiquiátricas más frecuentes en esta etapa son los Trastornos de Adaptación, que consisten en reacciones emocionales intensas, como respuesta a una situación estresante. Los síntomas son excesivos respecto a una reacción normal y esperable. Su duración puede ser de días, semanas o meses, siendo lo habitual que remitan en la medida que se supere o desaparezca la situación precipitante. Es importante considerar no sólo el accidente como un factor de estrés sino también el significado de la hospitalización, la separación de la familia, los procedimientos, la persistencia del dolor, etc.

### 3.- Etapa de Reintegración

Suele coincidir con ciertos hitos en la evolución clínica tales como la recuperación de la marcha, o de la autonomía en el desplazamiento, el comienzo de la rehabilitación física y laboral, el regreso a la casa. El paciente emprende la tarea de recuperar sus habilidades laborales o de adquirir otras nuevas. O bien, intenta adaptarse a un nivel funcional más limitado y, por lo tanto, a un rol social disminuido. Esta etapa suele ser la más prolongada, pudiendo tardar en completarse meses o años.

En esta etapa, el factor social juega un papel de gran trascendencia. La conducta del individuo y el resultado final del proceso de reintegración dependerán en importante medida del grado de aceptación o rechazo que el paciente perciba y encuentre en su medio familiar, laboral y social.

Desde el punto de vista psiquiátrico, las complicaciones más severas en este periodo son los cuadros depresivos, que dificultan la rehabilitación, crean serias tensiones en el hogar del paciente e, incluso, ponen en peligro su vida debido a las ideas e intentos suicidas.

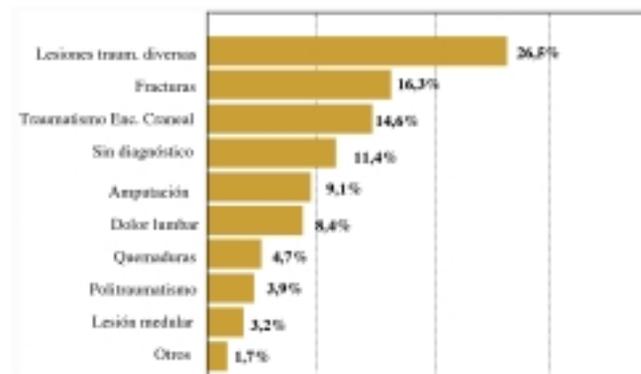
Muchos de los pacientes que sufren un accidente menor son atendidos en el servicio de urgencia o en los policlínicos de atención primaria y, si bien presentan algún tipo de respuesta emocional, no requieren una derivación al especialista. En estos

casos, además de la atención médica precisa, el uso de analgesia, la información adecuada acerca del diagnóstico y pronóstico, como también la explicación de algunos aspectos médico-legales (reposo, subsidio) pueden tranquilizar al paciente y favorecer el retorno a sus actividades normales. En los casos de mayor gravedad, en que haya compromiso vital prolongado, complicaciones o bien lesiones de mayor severidad, tanto la evolución inicial como a largo plazo puede ser muy diferente (Mason et al 2002, Mayou y Bryan 2001, Mayou y Farmer 2002).

Considerando los pacientes accidentados del trabajo que ingresaron al Servicio de Salud Mental del Hospital del Trabajador de Santiago entre 1999 al 2003, es decir en los últimos 5 años y que suman un N = 6050, los diagnósticos médicos de ingreso de los accidentados y los cuadros psiquiátricos más frecuentes se detallan en Fig. 4 y 5, respectivamente.

Figura 4.

Diagnóstico de lesiones con el cual el médico hace la derivación a Psiquiatría, en accidentados del trabajo, entre los años 1999 y 2003. Se excluyen los pacientes que ingresaron por una enfermedad profesional (N =1739) en el mismo período y que sumados nos entrega el N total de 6.050 pacientes.



Éstos son los cuadros que se derivan más frecuentemente al servicio de salud mental, ya sea para evaluación diagnóstica, apoyo psicoterapéutico o tratamiento farmacológico. Un porcentaje que varía entre 10-12%, con un promedio en los 5 años de 11,4% de los pacientes, no tiene diagnóstico médico debido a que no presenta lesiones como, por ejemplo, en el caso de asaltos o abusos sexuales.

## LOS TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

Corresponden al desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un factor estresante psicosocial identificable y cuya expresión clínica consiste en la presencia de diferentes síntomas y/o un deterioro significativo de la actividad social o profesional (DSM IV) (American Psychiatric Association 1994).

El factor estresante en estos pacientes es el accidente. En nuestra casuística representan las alteraciones emocionales más frecuentes y ascienden al 43% de los ingresos o casos nuevos. Los síntomas pueden ser de tipo ansioso, depresivo o mixto; incluso, con alteración de la conducta. En algunos casos el cuadro también puede presentarse con síntomas de un estrés

**Figura 5.**  
Diagnósticos psiquiátricos efectuados al ingreso al Servicio de Salud Mental en accidentados entre los años 1999 y 2003.

Diagnóstico Psiquiátrico de Ingreso N=6.050				
Diagnóstico	Hombres	Mujeres	Todos	%
Trastornos de adaptación	1.424	1.178	2.602	43,0
Neurosis laborales en estudio	361	631	992	16,4
Trastorno agudo de estrés	220	304	524	8,7
Sin diagnóstico de la especialidad	299	217	516	8,5
Daño cerebral traumático	307	51	358	5,9
Trastorno de estrés postraumático	141	135	276	4,6
Depresión	69	100	169	2,8
Síndrome post TEC	91	62	153	2,5
Otros	262	198	460	7,6
Total			6.050	100

postraumático, pero que desaparecen en las primeras semanas, no logrando constituir el trastorno de estrés postraumático propiamente tal (American Psychiatric Association 1994).

La sintomatología tiende a desaparecer en la medida que las lesiones se resuelven y el individuo recupere su nivel de funcionamiento habitual. También puede ocurrir que la sintomatología se haga persistente o crónica, en la medida que la evolución de las lesiones se complique, se desarrollen dificultades sociales, laborales, económicas, familiares o que se genere una secuela.

### Trastorno por Estrés Agudo

Se caracteriza por la presencia de síntomas que tienen lugar después de la exposición a un acontecimiento traumático de carácter extremo.

Durante o después del accidente en el cual la persona ha estado involucrada, puede presentar síntomas ansiosos, embotamiento o ausencia de reactividad emocional, amnesia de parte de los hechos, etc. El accidente es reexperimentado persistentemente en forma de imágenes, sueños, pensamientos y con intenso malestar al exponerse a situaciones que recuerdan el evento. También pueden aparecer conductas de evitación frente a estímulos que recuerden el trauma y síntomas de ansiedad y un aumento de la activación, como por ejemplo irritabilidad, insomnio, inquietud psicomotriz, hipervigilancia. Toda esta sintomatología interfiere con la capacidad del individuo para desarrollar sus actividades individuales y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático. De acuerdo a la clasificación, estas alteraciones duran un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas.

### Trastorno de Estrés Postraumático

Se define por la presencia de síntomas que siguen a la exposición a un acontecimiento traumático y donde el individuo se ve envuelto en una situación que representa un peligro real para su vida o para su integridad física o al ser testigo de acontecimientos violentos donde se producen muertes, heridos o existe

una amenaza para la vida de otras personas. El individuo responde con temor u horror intenso frente al evento. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente con recuerdos del acontecimiento, sueños, pesadillas, ansiedad al exponerse a estímulos que simbolizan o recuerdan el accidente, esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas como pensamientos o conversaciones sobre el suceso traumático. También pueden presentarse síntomas de activación como insomnio, irritabilidad, respuestas exageradas de sobresalto e hipervigilancia. Estas alteraciones se prolongan más allá de un mes y provocan limitaciones en el funcionamiento o en la actividad habitual del individuo. Se habla de cuadro agudo cuando los síntomas duran menos de tres meses y crónico cuando la duración es mayor.

Tanto los trastornos agudos como los TEPT pueden ocurrir en víctimas de asaltos, violaciones, accidentes graves con quemaduras, amputaciones traumáticas, politraumatismos, etc., como también en personas que presencian un evento e incluso informarse acerca de un hecho traumático y no necesariamente presentar lesiones físicas.

En un estudio efectuado por Carvajal y cols en una revisión de 173 fichas clínicas, el acontecimiento traumático ocurrió en el lugar del trabajo en un 40% de los casos, y un 60% en el trayecto (accidente de tránsito en 24%, agresión o asalto en 27% y violación en el 9%). También es importante destacar que en el 22,5% de la muestra, el solo hecho de estar expuesto a la situación traumática bastó para desencadenar el cuadro, sin que sufrieran lesiones físicas (Carvajal 2002, Carvajal et al 1999).

Las conductas de evitación pueden generar un problema a la rehabilitación de estos pacientes debido a que al enfrentar el lugar del accidente pueden reexperimentar la vivencia del trauma o evento y prolongar en muchas ocasiones el reintegro laboral.

### Depresión

El episodio depresivo mayor se caracteriza por un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y una pérdida en la capacidad para el placer y/o una disminución del interés. Además de estos síntomas principales, pueden estar presentes alteraciones del apetito y del peso, trastornos del sueño, agitación o entecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad, de minusvalía, sentimientos de culpa, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o bien tentativas o planes de suicidio. Los pacientes pueden presentar algunos síntomas depresivos transitorios de carácter leve, o bien, configurar un trastorno de adaptación depresivo o un episodio depresivo mayor propiamente tal. La respuesta depresiva en muchos casos obedece a la pérdida de un órgano o una función o a las limitaciones y/o secuelas que pueden ocurrir tras un accidente. Por ello es importante estar atento a estas manifestaciones que tienden a aparecer en etapas intermedias o avanzadas de la evolución. En un estudio de seguimiento, Mason detectó depresión en 3,4% al inicio, 8,3% a las 6 semanas y 9,2% a los 6 meses en un grupo de 210 accidentados (Mason et al 2002).

### Síndrome Post TEC

El hecho esencial en este cuadro es un deterioro en el funcionamiento cognitivo, asociado a síntomas específicos neuroconductuales, que ocurren como consecuencia de un traumatismo encefalocraneano de suficiente severidad como para producir una contusión cerebral significativa. La sintomatología se inicia habitualmente

poco después del trauma y/o dentro de los tres primeros meses, pudiendo permanecer por meses o años, es decir, evolucionando en forma crónica.

Los síntomas más frecuentes del síndrome postcontusional son cefalea, fatigabilidad, trastorno del sueño, irritabilidad, labilidad emocional, ansiedad, depresión, dificultades para fijar la atención, olvidos frecuentes, apatía o falta de espontaneidad. Todas estas alteraciones pueden provocar un deterioro significativo en la actividad global del individuo. En un estudio efectuado por el autor en 1997, el 76% de los pacientes que habían ingresado al servicio de salud mental con este diagnóstico fueron dados de alta a los tres meses y reincorporados al trabajo habitual (Rebolledo et al 2000).

### **Daño Cerebral Traumático**

Los traumatismos encéfalo-craneanos pueden ocasionar daños neuronales focales, difusos o ambos a la vez y pueden generar déficit físicos, cognitivos y psicosociales, incluyendo los trastornos emocionales y del comportamiento. Inicialmente en estos pacientes pueden presentarse cuadros contusionales, delirium, cuadros psicóticos o síndromes de abstinencia por alcohol o droga. Posteriormente, puede quedar daño cerebral más permanente y existe una amplia gama de alteraciones cognitivas. Las que se dan con mayor frecuencia son las alteraciones de la memoria, de la atención, lentitud general y de las funciones ejecutivas que pueden significar un problema para la rehabilitación y el reintegro laboral del paciente. Por otra parte, durante la evolución también pueden ocurrir alteraciones emocionales, como cuadros ansiosos o depresivos, alteraciones de la conducta y cambios de la personalidad que se caracterizan por cambios del humor, pasividad, conductas agresivas, pérdida del control emocional, etc. En una de las formas más graves un traumatismo encéfalo-craneal puede conducir a una demencia con amnesia postraumática, deterioro permanente de la memoria y alteraciones conductuales.

Tanto las alteraciones emocionales como las alteraciones cognitivas posteriores a un TEC pueden ocasionar dificultades en forma significativa a nivel familiar y social.

### **Dolor Crónico**

El dolor representa una de las experiencias humanas más complejas, constituye uno de los síntomas más comunes de enfermedad y puede ser la manifestación ya sea de una enfermedad orgánica como también de un trastorno emocional.

La definición más aceptada ha sido la propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) y lo define como: "Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a daño tisular y/o que describimos en términos del tejido dañado".

Esta forma de conceptualizar el dolor enfatiza la complejidad de la experiencia dolorosa, implica que el dolor es mucho más que un fenómeno sensorial y explícitamente nos hace considerar los aspectos psicológicos. Al reconocer la dimensión emocional, determina desde ya la participación de psiquiatras y psicólogos, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del paciente con dolor.

Al ser el dolor una experiencia emocional, su intensidad puede ser modificada por múltiples factores ajenos al daño físico: el temor a la enfermedad, la angustia, la depresión, las experiencias personales previas, el rol de la familia, el estilo expresivo propio

de la cultura a la cual pertenece el individuo, todas ellas influyen sobre la experiencia, significado y la manifestación del dolor.

Así, la respuesta al dolor dependerá fundamentalmente del significado que tenga para el individuo, de los antecedentes biográficos y de las circunstancias en que éste ocurre. El dolor crónico, definido como aquél de ocurrencia diaria, que persiste más allá de seis meses, habitualmente exhibe síntomas neurovegetativos, incluyendo trastornos del ánimo, apetito, sueño y libido.

El dolor conduce al humor depresivo, abandono de actividades y roles, lo que a su vez reduce el acceso a fuentes de refuerzo social, cayendo en un círculo vicioso de depresión y dolor.

De acuerdo a diferentes investigaciones, el 30% y 90% de los pacientes lesionados medulares experimentan dolor posterior a la lesión y en un tercio de ellos la intensidad del dolor es severa. En una investigación efectuada en lesionados medulares accidentados del trabajo en el Hospital del Trabajador en el 2001, se detectó una prevalencia de dolor de más de un año de duración de 77,8% (Rebolledo 1997).

Maturana et al, en un estudio de seguimiento, detectaron la presencia de dolor fantasma en 42% de un grupo de 130 pacientes amputados, evaluados 5-7 años después del accidente. Así, el dolor se suma a las alteraciones tanto físicas como emocionales que deben enfrentar estos pacientes, contribuyendo a que su calidad de vida sea aun más deficiente (Maturana y Carbonell 2001).

## **ASPECTOS PSICOSOCIALES**

Tanto las consecuencias físicas como psicológicas de pacientes gravemente traumatizados, tales como lesionados medulares, traumatizados de cráneo, quemados y amputados, pueden generar una alteración de la imagen corporal que afecta tanto la autoestima como la autoimagen.

Así, el paciente debe tolerar en forma obligada una continua condición de cambio al enfrentar la situación de pérdida presente, sufriendo emociones y sentimientos de diversa naturaleza: miedo, rabia, angustia, impotencia, tristeza, etc. que incluyen una disminución de las expectativas de su proyecto vital.

A nivel psicosocial, los principales problemas que el paciente debe enfrentar están relacionados con la interacción familiar, la dirección del hogar y las dificultades económicas.

Un factor de vital importancia en la rehabilitación del paciente es la participación de la familia, que también se ve afectada por un proceso psicológico similar al que vive el paciente en forma individual.

La familia también se resiente, se enfrenta a la situación de pérdida, se siente insegura y habitualmente debe adaptarse a nuevos roles y organizaciones.

En las relaciones conyugales se asiste a una disfunción de la relación, ya que el paciente tiende a reaccionar con temor y debe aprender un nuevo estilo de acercamiento global, que le genera inseguridad y desconcierto. Se teme de la fidelidad de la pareja, aspecto que se mantiene por todos los cambios vividos específicamente en la sexualidad, en la autoestima y en la autoimagen que vive el paciente, principalmente en pacientes lesionados medulares, quemados y amputados.

En un programa de tratamiento grupal efectuado a esposas de pacientes lesionados medulares efectuado en 1996, se pudo demostrar la sintomatología ansiosa-depresiva registrada en las

señoras, lo que da cuenta del sobreesfuerzo físico y emocional constante al que se ven expuestas (González y Rebolledo 1999). En la mayoría de los casos se produce un cambio de roles en la organización familiar, en el cual el paciente asume un rol más pasivo. Los hijos perciben este cambio de roles y de relaciones conyugales como una modificación en la jerarquía habitual de la organización de la familia, generando reacciones emocionales que se vinculan con sus propios sentimientos de pérdida y ambivalencia.

En el ámbito laboral se asiste a las dificultades para la reinserción o bien para asumir un trabajo competitivo y en el aspecto social es frecuente el aislamiento.

En una investigación de seguimiento, 5-9 años en promedio después del accidente, efectuada en el Hospital del Trabajador para evaluar adaptación psicosocial en sujetos que habían sufrido un TEC, se observó que los individuos más graves en un inicio mostraron mayores complicaciones a largo plazo, mientras los sujetos que lograron reinsertarse laboralmente y que mantuvieron su nivel previo fueron los de menor gravedad inicial. De 155 individuos, el 55% de los pacientes volvió al trabajo después del alta y sólo un 44% mantenía el trabajo en el momento del seguimiento. Sólo un tercio de los pacientes con secuelas severas estaba trabajando. El ajuste psicosocial era mejor en aquéllos que permanecían en una actividad laboral (Organización Internacional del Trabajo).

Pacientes que han sufrido una amputación por un accidente del trabajo muestran en el seguimiento a los 5-7 años una razonable adaptación laboral que es dependiente del nivel de la amputación. También muestran índices mayores que la población general en los niveles de angustia y depresión y viven una vida de mayor aislamiento social (Maturana et al 1994).

En este contexto, desde el momento del accidente el paciente debe recibir atención psiquiátrica y psicológica que le permitan la elaboración y aceptación tanto de sus déficit y limitaciones como del impacto que ellas han generado en su entorno (Holbrook et al 1998, Rebolledo et al 2004, Richmond et al 1998). Estos cambios obligan a un esfuerzo significativo del paciente y su familia para poder lograr un esquema nuevo de adaptación personal y sociofamiliar, el que se adquiere en un largo y variable periodo de tiempo. De este modo, el trabajo psicológico intenta recuperar la condición laboral y el rol social del paciente, enfrentándolo gradualmente a las tareas y exigencias que estos requieren, evaluando capacidades remanentes, aspectos vocacionales, habilidades interpersonales y sociales que lo llevarán a una mejor integración.

Así, el objetivo de la rehabilitación integral es la reintegración al mundo sociolaboral del individuo y su familia para una vida productiva.

Si bien habitualmente la rehabilitación ha estado referida al paciente accidentado, se ha detectado la necesidad de otorgar atención psicoterapéutica a los cónyuges e hijos utilizando técnicas de atención individual y grupal, con el objeto que reciban e integren al paciente en su nueva condición y facilitar los cambios al interior de la familia (González y Rebolledo 1999). Este modelo de atención contribuye a disminuir los tiempos de evolución, complicaciones y secuelas, tanto médicas como psicosociales.

Un aspecto psicosocial importante de mencionar se refiere al deseo de algunas víctimas de accidentes de obtener reconocimiento de su situación por medio de una compensación financiera. Esta situación puede retardar el tratamiento, la rehabilitación y el retorno al trabajo.

## REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. 2002. Inventario de los Costes Socioeconómicos de los Accidentes de Trabajo. Disponible en internet: <<http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/27/es/>>.
- American Psychiatric Association. 1994. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC.: American Psychiatric Press.
- Asociación Chilena de Seguridad. 2004. Anuario Estadístico 2003. Santiago, Chile: Gerencia de Prevención, ACHS.
- Carvajal C. 2002. Trastorno por estrés posttraumático: aspectos clínicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 40 (Suppl 2):20-34.
- Carvajal C, Carbonell CG, González M, Trucco M. 1999. Trastorno de estrés post traumático; experiencia clínica del Hospital del Trabajador 1987-1994. *Bol Cient Asoc Chil Segur* (1):13-6.
- González X, Rebolledo P. 1999. Programa de tratamiento grupal a esposas de pacientes lesionados medulares. *Bol Cient Asoc Chil Segur* (1):42-4.
- Holbrook T, Anderson J, Sieber W, Browner D, Hoyt D. 1998. Outcome after Major Trauma: Discharge and 6-Month Follow-up Results from the Trauma Recovery Project. *J Trauma* 45(2):315-24.
- Mason S, Wardrope J, Turpin G and Rowlands A. 2002. The Psychological burden of injury: an 18 month prospective cohort study. *Emerg Med J* 19:400-4.
- Maturana R, Carbonell CG. 2001. Adaptación Psicosocial en pacientes Amputados: Un Seguimiento. *Rev Chil Ortop Traumatol* 42(1):22-8.
- Maturana R, Soto M, El-Far S, La Rivera C, Vega J, Cumsille M. 1994. Factores Psicosociales Relacionados con Accidentes del Trabajo. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 32:279-84.
- Mayou R, Bryan B. 2001. Outcome in Consecutive emergency department attenders following a road traffic accident. *Br J psychiatry* 179:528-34.
- Mayou R, Farmer A. 2002. Trauma. *BMJ*; 325:426-9.
- Michaels A, Michaels C, Moon C, Zimmerman M, Peterson C, Rodríguez J. 1998. Psychosocial Factors Limit Outcomes after Trauma. *J Trauma* 44(4):644-8.
- Organización Internacional del Trabajo. Información sobre Trabajo sin Riesgo. Disponible en Internet: <<http://www.ilo.org/public/spanish/protection/safework/facts.pdf>>
- Rebolledo P. 1997. El Síndrome Postcontusional: Estudio Retrospectivo. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 35: 481-7.
- Rebolledo P, González X, Valenzuela P, Larraguibel F, Mujica A. 2004. Dolor en lesionados medulares. *Cienc Trab* 6(12):73-8.
- Rebolledo P, Horta E, Carbonell C, Trucco M. 2000. Traumatismo encefalocraneano: adaptación psicosocial. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 38: 104-11.
- Richmond T, Kauder D, Schwab W. 1998. A Prospective Study of Predictors of Disability at 3 Months after Non-Central Nervous System Trauma. *J Trauma* 44(4): 635-43.
- Stoddard F, Saxe G. 2001. Ten Year review of Physical Injuries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr*.40(10):1128-45.
- Trucco M. 1994. Aspectos psiquiátricos y psicológicos de los accidentes. En: *Temas de Salud Mental*. ACHS:33-48.