

Tiempo de recuperación de un accidente laboral y factores psicosociales al inicio de la hospitalización

Time of recovery from a work accident and psychosocial factors at the onset of hospitalization

Francisco Díaz Valenzuela¹ y Enrique Barra Almagiá²

RESUMEN

En el presente estudio se analizó la relación entre algunos factores psicosociales medidos al inicio de la hospitalización y el tiempo que tardó en recuperarse completamente un grupo de 25 pacientes varones que habían sufrido accidentes laborales. Durante los primeros días de hospitalización se evaluó en los pacientes el estrés percibido, el ánimo depresivo, el apoyo social percibido y la satisfacción con la atención médica recibida, y posteriormente se registró el tiempo transcurrido hasta ser dados de alta. Se encontró una diferencia significativa en el tiempo de recuperación entre los pacientes que evaluaron inicialmente la atención médica recibida de modo más favorable y menos favorable; en cambio, las diferencias en el tiempo de recuperación asociadas a los otros factores psicosociales no fueron estadísticamente significativas. Se proponen diversas explicaciones de los resultados obtenidos.

Palabras claves: Accidente laboral; Tiempo de recuperación; Factores psicosociales.

ABSTRACT

This study examined the relationship between some psychosocial factors assessed at the onset of hospitalization and the length of total recovery following a work accident in a sample of 25 male workers. Perceived stress, depressive mood, perceived social support and satisfaction with medical care were evaluated during the first days in the hospital and then it was recorded the time required for total recovery and return to work. It was found a significant relationship between the initial patient evaluation of the medical care received and the length of recovery. The other psychosocial factors did not produce significant differences in the time of recovery. Diverse explanatory factors for the obtained results are proposed.

Key words: Work accident; Time of recovery; Psychosocial factors.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos remotos se tiene conciencia de la relación de interdependencia que hay entre la salud física y los diversos aspectos psicosociales de las personas (Rodríguez y Frías, 2005). Se ha establecido, por ejemplo, el importante papel que cumple el estrés en la génesis y mantenimiento de múltiples enfermedades y dolencias físicas. También hay abundante evidencia de la relación que tienen los

¹ Hospital del Trabajador de Concepción, Cardenio Avello 36, Concepción, Chile, correo electrónico: jfdiaz@achs.cl. Artículo recibido el 31 de julio de 2006 y aceptado el 3 de enero de 2007.

² Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Casilla 160-C, Concepción, Chile, correo electrónico: ebarra@udec.cl.

aspectos emocionales con muchas enfermedades, así como del trascendente rol que tienen las relaciones interpersonales en el bienestar físico (Barra, 2003a). Considerando el inmenso impacto social y económico que tienen los problemas de salud de las personas en el funcionamiento de las organizaciones, el mundo del trabajo no es ajeno a este fenómeno. La prolongación del reposo laboral de los trabajadores accidentados tiene importantes consecuencias negativas, tanto para los individuos involucrados como para las organizaciones y los sistemas de salud en general (Armentano y Beckett, 2001; Asociación Chilena de Seguridad [ACHS], 2002; Compolieti, 2000; DeWitt, 1999; Kaye, 2003; Smith, 1997). En el ámbito individual, el reposo laboral implica un menoscabo económico (los subsidios suelen ser menores que el ingreso habitual), pérdida de posicionamiento del sujeto en su medio laboral por alejamiento y reemplazo, pérdida de actualidad y competencia laboral, alteración de la dinámica familiar y conyugal y trastornos en general de la vida personal. En el plano organizacional, pérdidas por la necesidad de reemplazar al trabajador accidentado por otro trabajador sin la misma experiencia en el cargo y aumento en la tasa de cotización de seguro de accidentes y enfermedades profesionales (ACHS, 2002). En el ámbito de los sistemas de salud, enormes gastos para el pago de subsidios laborales y el otorgamiento de beneficios médicos y de apoyo (transporte, alimentación, etc). El tiempo que un trabajador tarda en recuperarse luego de un accidente laboral no depende exclusivamente del tipo y la magnitud de la lesión sufrida (Aronoff y Feldman, 2000; Caldwell, 2001; DeWitt, 1999; Foreman y Murphy, 1996; Kaye, 2003). Se ha encontrado que las variables propias del trabajador (edad, género, ingreso, status laboral, familia, aspectos psicológicos) explican más varianza del tiempo perdido después de un accidente de trabajo que las características de la lesión (tipo de lesión, ubicación, causa, etc.) (Foreman y Swerissen, 2001).

En un área relacionada, la de las patologías cardíacas y las subsecuentes dificultades de los pacientes para reintegrarse activamente al mundo laboral, se ha observado que el control percibido sobre la recuperación y las eventuales recaídas es importante para el grado de ajuste personal y para las conductas de autocuidado necesarias (Livneh,

1999). En la misma línea de investigación, los pacientes que padecen estrés emocional muestran asimismo un aumento en el tiempo de recuperación luego de la cirugía coronaria (McMurray, 1998). También se ha observado que el éxito de la recuperación de cirugía cardíaca depende en parte de la presencia de redes de apoyo social adecuadas y de prestar atención a las necesidades psicológicas del paciente. En relación con esto último, se ha informado que los médicos que mantienen una comunicación verbal positiva con sus pacientes —como por ejemplo reafirmarlos, apoyarlos y alentarlos— tienen más éxito en cuanto al grado de adherencia a las indicaciones del tratamiento de parte de estos (McMurray, 1998).

Por lo tanto, se puede suponer que en el complejo proceso de rehabilitación de una persona que sufre una lesión temporalmente invalidante existen factores personales que pueden actuar como facilitadores o entorpecedores de dicho proceso. Dentro de estos factores merecen especial atención aquellos que corresponden a las características psicológicas modificables de los pacientes, ya que pueden ser intervenidas oportunamente dentro del proceso de rehabilitación y contribuir de esa forma a mejorar el proceso de recuperación. Algunos factores que parecen ser importantes para el restablecimiento de la salud en general y que podrían estar involucrados en el tiempo de recuperación de una lesión o accidente laboral son el nivel de estrés experimentado, el estado emocional, el apoyo social percibido y la satisfacción con la atención médica recibida.

Respecto al estrés, se considera que existen tres mecanismos a través de los cuales éste afecta la salud de las personas: efectos psicofisiológicos directos, conductas que afectan la salud y reacciones frente a la enfermedad (Barra, 2003a). En cuanto a los efectos psicofisiológicos directos, los más relevantes se refieren a los cambios producidos en los sistemas inmunológico y cardiovascular que aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades. En relación con las conductas que afectan la salud, las personas sometidas a estrés presentarán comportamientos, hábitos y estilos de vida que pueden afectar negativamente su salud, como por ejemplo hábitos alimenticios, actividad física, consumo de sustancias adictivas y otros. Y en lo referente a las reacciones frente a enfer-

medad, la forma personal en que el individuo evalúa el proceso de enfermedad o patología que padece determinará en gran medida la manera y las estrategias que utilizará para afrontarla, pudiendo éstas ser más o menos efectivas para lograr una adecuada recuperación.

El estado emocional puede influir en la salud por sus efectos en el funcionamiento fisiológico, el reconocimiento selectivo de síntomas, la búsqueda de atención médica, la ejecución de conductas saludables o poco saludables, la regulación emocional o la relación entre apoyo social y salud (Barra, 2003b). Un paciente con predominio de un estado emocional negativo o un ánimo depresivo no estará en condiciones favorables para el proceso de recuperación de una lesión, pues tendrá mayor propensión a sufrir infecciones y retardos en la cicatrización, tenderá a amplificar la percepción de síntomas, estará menos dispuesto a seguir las indicaciones médicas, se involucrará con mayor probabilidad en conductas desfavorables para su salud y disminuirá su capacidad para generar redes de apoyo social y beneficiarse de ellas.

En cuanto al apoyo social, este puede contrarrestar o reducir los efectos negativos del estrés (Barra, 2004; Gracia, Herrero y Musitu, 2002), con una importante influencia sobre la morbilidad y mortalidad. Hook (1997) plantea que cuando el paciente siente el apoyo y compromiso de parte del equipo tratante y de su lugar de trabajo, los resultados tienden a ser mejores, con importantes consecuencias en el tiempo que tarda en reinserarse al mundo laboral. A su vez, Power, Hershenson y Fabian (1991) destacan la importancia de la participación y compromiso de la familia del paciente en el proceso de rehabilitación, encontrando que se logran mejores resultados si este cuenta con el apoyo familiar. Sin embargo, según Ferrer (1995), el apoyo social podría afectar de forma positiva o negativa el cumplimiento de indicaciones, haciéndolo positivamente cuando el paciente se ve alentado por su grupo de apoyo a seguir las indicaciones y abandonar hábitos o conductas desfavorecedoras; en cambio, podría ser desfavorable en cuanto al cumplimiento de indicaciones cuando éstas son poco compatibles con las activida-

des de intercambio social propias del grupo de apoyo del paciente, cuando es evidente y molesto para este último el contraste entre su condición de enfermo y la condición sana de su grupo de apoyo social, o cuando las prescripciones médicas atentan de alguna forma contra el sistema de valores del grupo familiar y social del paciente.

Respecto de la satisfacción con la atención médica, también es importante el rol que desempeña la relación que se establece entre el paciente y los profesionales de la salud que lo atienden, más allá de los aspectos estrictamente técnicos y los procedimientos médicos a los que sea sometido. Hay elementos propios de la interacción interpersonal entre los sujetos involucrados en el proceso curativo que desempeñan un rol preponderante en dicho proceso, como las creencias, expectativas, estilos personales, forma de comunicación verbal y no verbal y varios más.

La relación entre el paciente y los profesionales que lo tratan es de vital importancia ya que entran en juego aspectos tales como la comprensión y aceptación de las indicaciones médicas, el compromiso y la participación activa de parte del paciente en las actividades necesarias para su recuperación y rehabilitación, e igualmente el compromiso y posterior monitoreo por parte del equipo médico de los avances logrados por el paciente (Barra, 2003a).

Considerando lo anterior, se puede esperar que la capacidad de una persona para recuperarse luego de sufrir una lesión física dependa no sólo de las características de la lesión sino también de algunos factores individuales. Debido a la escasez de evidencias específicas existentes, el presente estudio tuvo como objetivo examinar la relación entre el tiempo que demoran en recuperarse los pacientes que han sufrido un accidente de trabajo y los factores de estrés percibido, ánimo depresivo, apoyo social percibido y satisfacción con la atención médica recibida. Para ello, se utilizó un diseño prospectivo con el fin de poder establecer la relación temporal entre las variables independientes medidas al inicio de la hospitalización y la variable dependiente, que fue el número de días transcurridos hasta el alta médica.

MÉTODO

Sujetos

Los participantes en el estudio fueron 25 pacientes varones accidentados en el trabajo, internados en el Hospital del Trabajador de Concepción, Chile, con diagnóstico de fractura de extremidad superior o inferior no complicada, con un pronóstico de tiempo de recuperación no inferior a dos meses y no superior a tres. La edad promedio de los sujetos fue de 37.2 años, con una desviación típica de 11.3 años y un rango de entre 18 y 62 años. Su nivel de escolaridad predominante fue el de educación básica completa (42%) y de educación media incompleta (30%).

Instrumentos

Para evaluar estrés percibido se utilizó la Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), que se basa en el modelo interactivo de estrés de Lazarus y Folkman. Está compuesta por catorce ítems que indagan el grado en que los sujetos han percibido su vida como impredecible, incontrolable y sobrecargada durante el último mes. Cada reactivo tiene cinco alternativas de respuesta, que van desde nunca o casi nunca (1) a siempre o casi siempre (5). En este estudio se obtuvo un coeficiente alfa de consistencia interna de 0.71.

Para evaluar el ánimo depresivo se utilizó la escala CES-D del Centro de Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos, destinada a medir la frecuencia de sintomatología y ánimo depresivo durante la última semana. Consta de veinte ítems con cuatro opciones de respuesta, con recorrido de A, rara vez, o ninguna vez, a D, la mayor parte del tiempo. Los diferentes estudios internacionales realizados hasta la fecha reportan índices de confiabilidad alfa en torno a 0.85 en la población general y de 0.90 en muestras clínicas, al tiempo que se ha acumulado una amplia evidencia sobre la validez concurrente de la escala respecto del diagnóstico clínico de depresión (Gempp, Avenaño y Muñoz, 2004). El coeficiente alfa de consistencia interna obtenido en este estudio fue de 0.91.

Para evaluar el apoyo social se utilizó el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (Gracia y cols., 2002), el cual intenta medir diversas dimensiones

de apoyo de una forma distinta a la mayoría de los instrumentos existentes. En este caso, los participantes deben indicar las personas más significativas para ellos (hasta un máximo de diez) y para cada una de esas personas deben responder nueve ítems (dos referidos al apoyo emocional, dos al apoyo de consejo, dos al apoyo instrumental y tres a la reciprocidad del apoyo percibido). Cada reactivo posee cinco opciones de respuesta, que varían entre nunca o casi nunca (1) y siempre o casi siempre (5). Toda vez que la mayoría de los estudios utilizan una medición global de apoyo percibido y no incluyen el factor reciprocidad, en este estudio las puntuaciones de apoyo social corresponden al promedio de las respuestas a los ítems de apoyo emocional, de consejo e instrumental. El coeficiente alfa de consistencia interno obtenido fue de 0.99.

Finalmente, para evaluar la satisfacción con la atención médica recibida se utilizó la Encuesta de Satisfacción al Paciente Hospitalizado (ACHS, 2004), un instrumento breve compuesto de tres ítems en que se solicita evaluar con una escala de 1 a 7 la atención recibida de parte del personal médico, de enfermería y auxiliar durante la estancia en el centro hospitalario.

Procedimiento

El periodo de recogida de datos se prolongó por seis meses, registrándose sólo 26 ingresos con las características previamente definidas en la sección de Sujetos. Uno de los pacientes fue descartado por no poder responder los instrumentos debido a serias dificultades comprensivas. La aplicación de los instrumentos se realizó durante los primeros días de hospitalización mediante una entrevista en la sala de hospitalización de cada paciente, la que era compartida por un total de cuatro personas. A partir de entonces, se hizo un seguimiento con el fin de constatar el número de días que demoró cada paciente en recuperarse y obtener el alta para reintegrarse a su trabajo.

RESULTADOS

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el contraste no paramétrico U de Mann-Withney

debido a las características de la muestra, la cual fue no probabilística, de tamaño reducido y con una distribución de la variable dependiente alejada de la normalidad. Para llevar a cabo el contraste, se agrupó a los participantes de acuerdo a

si se hallaban bajo la mediana y sobre ella en cada variable independiente, evaluándose la diferencia entre ambos grupos respecto de la variable dependiente, que fue, como ya se ha dicho, el tiempo de recuperación.

Tabla 1. Promedios de días de recuperación de los pacientes por encima y por debajo de la mediana en las diversas variables.

	Estrés percibido	Ánimo depresivo	Apoyo social percibido	Evaluación atención médica	Edad
> mediana	120.30	124.80	104.80	96.000	138.300
< mediana	110.50	104.80	126.40	139.600	93.800
Diferencia	9.80	20.00	21.60	43.600	44.500
Significación	0.27	0.22	0.23	0.027*	0.046*

Tal como se observa en la Tabla 1, sólo se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de recuperación entre los pacientes que evalúan por encima y por debajo de la mediana la atención médica recibida durante la primera semana de hospitalización. La diferencia observada es en el sentido de que los pacientes que evalúan mejor la atención recibida tardaron menos tiempo en recuperarse. Respecto de las otras variables, se aprecia que tuvieron un mayor tiempo de recuperación aquellos pacientes que estaban sobre la mediana en estrés percibido y en ánimo depresivo, y bajo la mediana en apoyo social percibido; sin embargo, tales diferencias no alcanzan a ser estadísticamente significativas. En la Tabla 1 también se observa que hay una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo de recuperación entre los pacientes que están sobre o bajo la mediana en cuanto a la edad.

DISCUSIÓN

El presente estudio intentó determinar si algunos factores psicosociales considerados en general importantes para el tratamiento de una enfermedad podrían también relacionarse con el mayor o menor tiempo que tarda la recuperación de una lesión o accidente laboral. Los resultados obtenidos revelan que la satisfacción de los pacientes en cuanto al tratamiento médico recibido al comienzo del proceso de recuperación fue el único factor que marcó una diferencia significativa en el

tiempo que tardaron en recuperarse de su lesión, lo que sería consistente con lo que plantea la literatura, en el sentido de que la satisfacción del paciente con la atención de salud que recibe desempeña un rol muy importante en su recuperación, pues determina aspectos como la aceptación de las indicaciones médicas y un mayor compromiso y participación en el proceso terapéutico (Barra, 2003a; Pegg, Auerbach, Seel y cols., 2005). Desde esta perspectiva, es muy probable que la forma en que el paciente percibe inicialmente la atención que se le brinda influya en la posterior relación que se establece con el equipo de salud y la confianza que tendrá en su recuperación.

Tanto el mayor estrés percibido como el mayor ánimo depresivo al inicio de la hospitalización se relacionaron con un mayor tiempo de recuperación, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas, lo que podría explicarse tanto por el tamaño reducido de la muestra como porque la evaluación de dichas dimensiones se refiere a un marco temporal reciente (último mes y última semana). Lo anterior puede ser importante en virtud de que los participantes comparten la experiencia de haber sufrido un evento traumático durante los días previos a la evaluación, lo que podría influir fuertemente en sus respuestas y hacer que lo que ellos reportan esté probablemente reflejando fundamentalmente el impacto emocional de haber sufrido un accidente, una condición similar en todos ellos. Además, la variable dependiente en este estudio se refiere a la recuperación de una lesión física (fractura no complicada de extremidad superior

o inferior), proceso en el cual los factores psicosociales o emocionales tienen un menor peso en comparación con los de índole biológica. Esto se vería apoyado por el hecho de que en el presente estudio los pacientes de mayor edad mostraron un tiempo de recuperación significativamente mayor que los pacientes más jóvenes.

La diferencia en el tiempo de recuperación de los pacientes con mayor o menor nivel inicial de apoyo social percibido tampoco es estadísticamente significativa, lo cual puede tener otra explicación adicional, además del reducido tamaño de la muestra y del hecho de tratarse de un accidente más que de una enfermedad propiamente. Si bien en general se acepta que la presencia de una adecuada red de apoyo social es un aspecto relevante en el mantenimiento y recuperación de la salud (Barra, 2004; Gracia y cols., 2002; Hook, 1997; Sherman, DeVinney y Sperling, 2004), puede haber algunos factores que intervienen en la relación entre apoyo social y la recuperación de pacientes que han sufrido una lesión laboral. Ferrer (1995) plantea que la influencia de la red de apoyo social no necesariamente acelerará la recuperación del paciente, ya que entran en juego variables idiosincrásicas del grupo de apoyo, como por ejemplo su sistema de valores y otras posibles interferencias de la condición de convaleciente

para las actividades de intercambio social. Esto último puede cobrar especial relevancia en el grupo de pacientes participantes en el estudio, pues la lesión ocurre en directa relación con el desempeño de un trabajo, por lo que podría ocurrir que el grupo de apoyo del paciente asuma una postura de cierta confrontación hacia el empleador, e inclusive hacia el centro hospitalario, que tiene el deber de otorgarle todas las prestaciones médicas y económicas que establece la ley (ACHS, 2002).

Para futuros estudios de esta naturaleza se pueden formular las siguientes sugerencias. En primer lugar, realizar más de una medición de las variables independientes, de forma que se pueda hacer un seguimiento de dichas variables durante el periodo de tratamiento, lo que permitiría tener una visión más completa de la relación que tienen dichas variables con la recuperación de los pacientes. En segundo lugar, incluir la percepción que tiene el paciente de la actitud de su empleador ante el accidente, grado de apoyo y compromiso para la posterior reinserción laboral, incluyendo además indicadores objetivos de dicha actitud (visitas, llamadas, compromisos y apoyo concreto). Por último, utilizar muestras de mayor tamaño que permitan realizar análisis más amplios de los datos y extraer conclusiones más precisas.

REFERENCIAS

- Armentano, V. y Beckett, D. (2001). Empowering employees to manage their own return to work. *Risk Management*, 48, 30-38.
- Aronoff, G. y Feldman, J. (2000). Preventing disability for chronic pain: A review and reappraisal. *International Review of Psychiatry*, 12, 157-169.
- Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) (2002). *Normas legales sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales*. Santiago de Chile: Autor.
- Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) (2004). *Encuesta de satisfacción al paciente hospitalizado*. Concepción (Chile): Autor/Hospital del Trabajador.
- Barra, E. (2003a). *Psicología de la salud*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Barra, E. (2003b). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21, 55-60.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14, 237-243.
- Caldwell, B. (2001). Interview: Attention to non medical factors can facilitate return-to-work for workers' comp claimants. *Employee Benefit Plan Review*, 55, 10-12.
- Cohen, S., Kamark, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Compolti, M. (2000). The silent payer speaks: Workers' compensation boards and Canadian physicians. *Canadian Medical Association Journal*, 162, 1152-1153.
- DeWitt, M. (1999). Expose "hidden" costs of workers' compensation. *National Underwriter- Property & Casualty*, 103, 19-20.
- Ferrer, V. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y de salud: Concepto y factores psicosociales implicados. *Psicología de la Salud*, 7, 35-61.

- Foreman, P. y Murphy, G. (1996). Work values and expectancies in occupational rehabilitation: The role of cognitive variables in the return-to-work process. *The Journal of Rehabilitation*, 62, 44-48.
- Foreman, P. y Swerissen, H. (2001). *Occupational rehabilitation services: Market structure and policy options*. Sydney: Australian Institute for Primary Care/La Trobe University.
- Gempp, R., Avendaño, C. y Muñoz, C. (2004). Normas y punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población juvenil chilena. *Terapia Psicológica*, 22, 145-156.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis
- Hook, E. (1997). An injured workers' program. *Nursing Management*, 28, 62-65.
- Kaye, J. (2003). Fast track back to work. *Occupational Health*, 55, 24-27.
- Livneh, H. (1999). Psychosocial adaptation to heart diseases: The role of coping strategies. *The Journal of Rehabilitation*, 65, 24-32.
- McMurray, D. (1998). Psychological, social, and medical factors affecting rehabilitation following coronary bypass surgery. *The Journal of Rehabilitation*, 64, 15-17.
- Pegg, P., Auerbach, S., Seel, R., Buenaver, L., Kiesler, D. y Plybon, L. (2005). The impact of patient-centered information on patients' treatment satisfaction and outcomes in traumatic brain injury rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50, 366-374.
- Power, P., Hershenson, D. y Fabian, E. (1991). Meeting the documented needs of clients' families: An opportunity for rehabilitation counselors. *The Journal of Rehabilitation*, 57, 11-16.
- Rodríguez, M y Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: Una revisión. *Psicología y Salud*, 15, 169-185.
- Sherman, J. DeVinney D. y Sperling, K. (2004). Social support and adjustment after spinal cord injury: Influence of past peer-mentoring experiences and current live-in partner. *Rehabilitation Psychology*, 49, 140-149.
- Smith, S. (1997). Clamping compensation costs in 1998. *Occupational Hazards*, 59, 29-32.