

52237

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO POR CAUSAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO

ENERO – DICIEMBRE 2007

SHIRLY GARCIA
Optómetra

BLANCA DE LA HOZ
Psicóloga

JUAN ALGARIN
Médico

IVAN ALEXANDER RIBON
Abogado

ESPERANZA CASTRO
Trabajadora Social

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
ESPECIALIZACION EN SALUD OCUPACIONAL
BARRANQUILLA

2008

CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCION	8
1. PROPOSITO	9
2. OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GENERAL	10
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
3. MARCO CONCEPTUAL	11
3.1 ACCIDENTE DE TRABAJO	11
3.2 INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL	12
3.3 ESTADO DE INVALIDEZ	12
3.4 JUNTAS DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ	13
4 MARCO TEORICO	15
4.1 ESTRÉS	15
4.1.1 Signos y Síntomas	16
4.2 RELACIÓN DEL ESTRÉS LABORAL Y LA ENFERMEDAD	16
4.3 EL ESTRÉS LABORAL	17
4.4 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	18
4.5 CARACTERÍSTICAS SOCIOBIOLÓGICAS DEL TEPT	24
4.6 TRATAMIENTO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	25
4.7 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	28
4.8 CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICO DE POSTRAUMÁTICO	29
4.9 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO OCUPACIONAL	32
5. METODOLOGIA	35
5.1 TIPO DE ESTUDIO	35
5.2 POBLACION DE ESTUDIO	35

5.3	VARIABLES	36
5.4	RECOLECCION DE LA INFORMACION	39
5.5	DESARROLLO DE LA INVESTIGACION	39
5.5.1	Planificación del Trabajo	39
5.5.2	Ejecución del Trabajo	40
5.6	PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	40
5.7	PRESENTACION DE RESULTADOS	40
5.8	ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS	49
6.	DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	52
6.1	LIMITACIONES	55
6.2	RECOMENDACIONES	56
	BIBLIOGRAFIA	59
	ANEXOS	63

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Variables del estudio.	34
Tabla 2. Tipo de vinculación laboral con la empresa de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	38
Tabla 3. Actividad económica de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	38
Tabla 4. Clase de riesgo por actividad económica en pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	39
Tabla 5. Distribución por género de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo	39
Tabla 6. Distribución por rango de edades de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	40
Tabla 7. Distribución por escolaridad en pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	40
Tabla 8. Distribución por tipo de vinculación laboral en pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo	41
Tabla 9. Distribución por ocupación de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	41
Tabla 10. Distribución por tiempo de ocupación habitual de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	42
Tabla 11. Distribución por tipo de accidente de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	42
Tabla 12. Distribución por tipo de lesión de pacientes que padecen	43

Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo

Tabla 13. Distribución por parte del cuerpo afectada de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo. 44

Tabla 14. Distribución por consecuencias que producen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidente de trabajo. 45

Tabla 15. Distribución por comorbilidad en pacientes que padecen trastornos de estrés postraumático por accidentes de trabajo 46

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. Actividad Económica de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	38
Figura 2. Clase de riesgo por actividad económica de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo	39
Figura 3. Distribución por rango de edades de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo	40
Figura 4. Distribución por escolaridad en pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	41
Figura 5. Distribución por tipo de accidente de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	42
Figura 6. Distribución por tipo de lesión de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	43
Figura 7. Distribución por parte del cuerpo afectada de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo	44
Figura 8. Distribución por consecuencias en la salud del trabajador de accidentes que producen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidentes de trabajo.	45

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. FORMATO DEL DICTAMEN.	59
ANEXO B. CUESTIONARIOS DILIGENCIADOS.	60

INTRODUCCION

Solo en los recientes años ha comenzado la sociedad a prestar atención a la importante influencia que tiene el estrés en el ámbito laboral. La biología y la medicina han incorporado el término como el proceso o mecanismo general con el cual el organismo mantiene su equilibrio interno, adaptándose a las exigencias, tensiones e influencias a las que se expone en el medio.

El marco general de la organización actual del empleo y el trabajo se caracterizan principalmente por la aplicación progresiva de las innovaciones tecnológicas y el crecimiento del sector de los servicios, con implicaciones significativas en muchos puestos de trabajo y el incremento cuantitativo y cualitativo de nuevas demandas psicológicas a los trabajadores¹. Este nuevo escenario entraña factores de riesgo, con mayor incidencia de los psicosociales para las personas que trabajan en este contexto, entre ellos el riesgo de estrés laboral y el derivado de traumas que han tenido un origen ocupacional.

De manera específica, hoy día se tiene certeza de que el conjunto de los factores de riesgo ocupacionales, tienen concomitancia con enfermedades asociadas al estrés y entre estos, constituye un elemento predominante el de los casos de estrés posteriores a un accidente de trabajo, ámbito relativamente novedoso puesto que las historias clínicas de trabajadores que padecen el Trastorno de Estrés Postraumático ocupacional conforman un limitado número pero, no por ello, menos trascendente para quienes deben sobrellevar los síntomas, signos, etiologías y grados diversos de la afección cuyo análisis se persigue mediante el presente estudio.

¹ Siegrist, J (2002). Effort-Reward imbalance at Work and Health. En Pamela, L., Perrewe (2002), Historical and Current Perspective on Stress and Health. New Mexico: Elsevier Science.

1. PROPOSITO

En el presente trabajo se estudian los casos de Trastorno Estrés Postraumático ocupacional durante el año 2007, evaluados por la Junta de Calificación de Invalidez del Magdalena mediante el análisis de las situaciones particulares que lo generaron, siempre iniciados en un evento calificado como accidente de trabajo de acuerdo con la legislación vigente y se interpretan las variables estudiadas para reconocer los factores decisivos en la presentación de este trastorno.

La determinación de los factores asociados al desarrollo del síndrome de estrés postraumático secundario a un accidente de trabajo podrá servir como base para el establecimiento de un plan de mejoramiento en casos futuros similares a los estudiados y para la implementación de estrategias de tratamiento y control de los identificados en el estudio. También favorecerá el bienestar del trabajador y la disminución de los costos para las entidades a las cuales corresponde su atención.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el comportamiento del estrés post-traumático en la población trabajadora que ha sufrido accidente laboral.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características sociodemográficas de los individuos que padecen Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidente de trabajo en 2007 y calificados por la Junta de Invalidez del Magdalena.
- Determinar los factores que incidieron en el desarrollo de la enfermedad, identificando tipo de accidente, tipo de lesión, consecuencias del accidente y pérdida de capacidad laboral.
- Identificar las características de la patología en quienes padecen Trastorno de Estrés Postraumático presentado con posterioridad a un accidente de trabajo de acuerdo con la metodología aplicada para su diagnóstico, identificación de la sintomatología y tratamiento aplicado.
- Reconocer frente a la patología la relación entre el agente causante de el trastorno y los traumas asociados.

3. MARCO CONCEPTUAL

A pesar de la legislación laboral y las medidas de seguridad instruidas en cada empresa, el accidente del trabajo continúa ocurriendo. Cuando se da un accidente, casi siempre están presentes causas humanas, técnica y ambientales. No siempre es posible eliminar el factor técnico, pero se puede entrenar a los trabajadores desde su puesto de trabajo en la identificación y control de los factores de riesgo y en la prevención de los accidentes y traumatismos derivados de su desempeño laboral que de alguna manera pueden posteriormente influir en el desarrollo de un Trastorno por Estrés Postraumático con las consecuencias derivadas de esta afección.

3.1. ACCIDENTE DE TRABAJO

Es accidente de trabajo "todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte².

Es también accidente de trabajo aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

Igualmente se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador."

No se consideran accidentes de trabajo:

El que se produzca por la ejecución de actividades diferentes para las que fue contratado el trabajador, tales como labores recreativas, deportivas o culturales, incluidas las previstas en el artículo 21 de la Ley 50 de 1990, así se produzcan durante la jornada laboral, a menos que actúe por cuenta o en representación del empleador.

El sufrido por el trabajador, fuera de la empresa, durante los permisos remunerados o sin remuneración, así se trate de permisos sindicales³.

3.2 INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

Se considera como incapacitado permanente parcial, al afiliado que, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, presenta una disminución definitiva, igualo superior al cinco por ciento 5%, pero inferior al cincuenta por ciento 50% de su capacidad laboral, para lo cual ha sido contratado o capacitado.

La incapacidad permanente parcial se presenta cuando el afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales, como consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, sufre una disminución parcial, pero definitiva en alguna o algunas de sus facultades para realizar su trabajo habitual⁴.

3.3 ESTADO DE INVALIDEZ.

Para los efectos del Sistema General de Riesgos Profesionales, se considera inválida la persona que por causa de origen profesional, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el cincuenta por ciento (50%) o más de su

² Artículo 9 Decreto 1295 de 1994 (Junio 22)

³ Artículo 10 Decreto 1295 de 1994 (Junio 22)

capacidad laboral de acuerdo con el Manual Único de Calificación de Invalidez vigente a la fecha de la calificación.

En primera instancia, la calificación de los porcentajes de Pérdida de la Capacidad Laboral se hace por un equipo interdisciplinario de la E. P. S. y/o A. R. P., dentro del mes siguiente a la fecha en que hubiere concluido el proceso de rehabilitación integral, de existir discrepancias se acudirá a las Juntas de Calificación de Invalidez, quedando a cargo de la entidad de Seguridad Social correspondiente el pago de honorarios y demás gastos que se ocasionen.

El costo del dictamen será a cargo de la Administradora de Riesgos Profesionales, pero el empleador o el trabajador podrán acudir directamente ante dichas juntas⁵.

El pilar de esta Legislación es el Decreto Ley 1295 de 1994, cuyos objetivos buscan establecer las actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores, fijar las prestaciones de atención en salud y las prestaciones económicas derivadas de las contingencias de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, vigilar el cumplimiento de cada una de las normas de la Legislación en Salud Ocupacional y el esquema de administración de Salud Ocupacional a través de las A.R.P.

3.4 JUNTAS DE CALIFICACION DE INVALIDEZ

Las Juntas de Calificación de Invalidez son organismos de creación legal, autónomos, sin ánimo de lucro, de carácter privado, sin personería jurídica, cuyas decisiones son de carácter obligatorio. Sus integrantes son designados por el Ministerio de la Protección Social, de conformidad con lo señalado en el Artículo

⁴ Artículo 5 Ley 776 de 2002 (diciembre 17)

⁵ Artículo 9 Ley 776 de 2002 (diciembre 17)

17 del Decreto 2463 de 2001, no tienen el carácter de servidores públicos, no devengan salario ni prestaciones sociales, sólo tienen derecho a los honorarios por los dictámenes realizados.

Los dictámenes de las Juntas de Calificación de Invalidez no son actos administrativos y solo pueden ser controvertidos ante la justicia laboral ordinaria con fundamento en el artículo 2 del Código Procesal del Trabajo y de la Seguridad Social⁶

Las Juntas de Calificación de Invalidez no pertenecen a la estructura y organización del Ministerio de la Protección Social, en los casos de demandas, ésta debe ser contra los dictámenes de la Junta, no contra los miembros de las Juntas de forma particular.

Las Juntas de Calificación de Invalidez son organismos que cumplen una función de gran importancia social para la población colombiana, sus decisiones brindan elementos para el pago de beneficios, prestaciones asistenciales y económicas, por razón de la condición de discapacidad, sea ésta generada por razones comunes o profesionales.

El procedimiento técnico especializado de la calificación de pérdida de capacidad laboral, la determinación de su origen y la fecha de su estructuración, dependen no solo de la aplicación de los conocimientos de los profesionales integrantes de las juntas, sino en gran medida, de la interpretación de la normatividad vigente, del manejo administrativo en su aplicación y de la capacidad de trabajo en equipo de sus integrantes, con formación interdisciplinaria, para tomar una decisión que repercutirá en la vida de cada persona atendida y en la de sus familias.

⁶ VALLEJO, Fabián, Derecho Procesal de trabajo y de la seguridad social 3° Edición 2004, Editorial Librería Jurídica Sánchez., Bogotá 2004

4. MARCO TEORICO

4.1 ESTRES

El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas e internas que perturban el equilibrio fisiológico de la persona. El resultado de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.

El estrés produce cambios químicos en el cuerpo. En una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas (catecolamina y entre ellas, la adrenalina) en la glándula suprarrenal. Las hormonas inician una reacción en cadena en el organismo: el corazón late más rápido y la presión arterial sube; la sangre es desviada de los intestinos a los músculos para huir del peligro; y el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo metabolice más energía.

Estas reacciones permiten evitar el peligro. A corto plazo, no son dañinas. Pero si la situación persiste, la fatiga resultante será nociva para la salud general del individuo. El estrés puede estimular un exceso de ácido estomacal, lo cual dará origen a una úlcera. O puede contraer arterias ya dañadas, aumentando la presión y precipitando una angina o un paro cardíaco. Asimismo, el estrés puede provocar una pérdida o un aumento del apetito con la consecuente variación de peso en la persona.

Periodos prolongados de estrés pueden ser la causa de enfermedades cardiovasculares, artritis reumatoide, migrañas, calvicie, asma, tics nerviosos,

sarpullidos, impotencia, irregularidades en la menstruación, colitis, diabetes y dolores de espalda.

4.1.1 Signos y síntomas. El estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo. Los síntomas más comunes son depresión o ansiedad, dolores de cabeza, insomnio, indigestión, sarpullidos, disfunción sexual, nerviosismo, palpitaciones rápidas, diarrea o estreñimiento entre otras muchas.

4.2 RELACION DEL ESTRES LABORAL Y LA ENFERMEDAD

La naturaleza del trabajo cambia rápidamente y el estrés causado por las condiciones del trabajo o los factores de riesgo, representa una amenaza para la salud de los trabajadores y, en consecuencia, para la salud de las organizaciones. Los problemas de la salud están más fuertemente asociados con los problemas en el trabajo que con cualquier otra causa de estrés en la vida, incluso los problemas financieros y personales.

El estrés no es una enfermedad, es la manera como el cuerpo responde a ciertos estímulos, sin embargo cuando estas situaciones se vuelven constantes o son diarias, representan estímulos negativos a los que no se puede responder de manera positiva, en consecuencia se presenta cansancio, fatiga e irritabilidad, dolor de cabeza, problemas digestivos, alteración en el humor y el sueño, y las dificultades en las relaciones interpersonales, familiares y sociales, entre otras muchas causas.

El estrés hace que el cerebro se ponga en guardia. La reacción del cerebro es preparar el cuerpo para la acción defensiva. El sistema nervioso se despierta y las hormonas se liberan para avivar los sentidos, acelerar el pulso, profundizar la respiración, y tensar los músculos. Esta respuesta (a veces llamada la respuesta

de luchar o huir) es importante porque ayuda al ser humano a defenderse contra situaciones amenazantes. La respuesta se programa biológicamente.

El estrés en el trabajo se define como reacciones nocivas físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos y las necesidades del trabajador. Algunas personas lo confunden con desafío, lo que genera satisfacción y estímulo psicológico y físico pero cuando éste pasa de cierto nivel ya toma una connotación negativa.

La salud y la enfermedad relacionadas con el manejo del estrés tienen un impacto importante en lo laboral y este impacto se evalúa a través de múltiples escalas análogas que se han creado para medir la calidad de vida y el ausentismo. El impacto se ve reflejado en la limitación en cuando a actividades diarias, impacto en la productividad, en relaciones interpersonales, en la auto imagen, la autoestima y el proyecto de vida de las personas.

4.3 EL ESTRES LABORAL

Los episodios de estrés de duración menor o que son infrecuentes, representan poco riesgo. Pero cuando las situaciones estresantes continúan no resueltas, se queda el cuerpo en un estado constante de activación, lo que aumenta la tasa del desgaste a los sistemas biológicos. En última instancia, resulta la fatiga o el daño, y la habilidad del cuerpo de arreglarse y defenderse se puede comprometer seriamente. Como resultado, aumenta el riesgo de herida o de enfermedad.

Hace 20 años, muchos estudios han considerado la relación entre el estrés de trabajo y una variedad de enfermedades. Alteraciones de humor y de sueño, el estómago descompuesto y el dolor de cabeza, y relaciones alterados con la familia y los amigos son ejemplos de problemas relacionados con el estrés que se desarrollan rápidamente y se ven comúnmente en estos estudios. Estas señales

tempranas del estrés de trabajo usualmente están fáciles de reconocer. Pero los efectos del estrés de trabajo en las enfermedades crónicas son más difíciles de ver porque las enfermedades crónicas necesitan mucho tiempo para desarrollarse y se pueden influir por muchos factores aparte del estrés. Sin embargo, la evidencia rápidamente está acumulada y sugiere que el estrés tiene un papel importante en varios tipos de problemas crónicos de la salud particularmente la enfermedad cardiovascular, las afecciones músculos esqueléticas, y las afecciones psicológicas.

4.4 TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un tipo de problema de ansiedad. Se puede desarrollar después de que la vida de la persona es amenazada, o después que pasa por una experiencia traumática o la ve, de esta manera. Usualmente, el evento hace que la persona se sienta muy nerviosa o impotente. Algunos ejemplos de eventos traumáticos son un desastre natural, una violación, un accidente automovilístico grave, pelear en una guerra o cualquier otra experiencia emocional o afectiva intensa.

El término "Estrés postraumático" sé acuñó para definir y explicar esta condición, y apareció por primera ocasión en una clasificación, en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSMIII) en 1980. Esta categoría se conserva y perfecciona en las ediciones IIIR (1987), IV (1994) y, IVR (1999), aunque en estricto sentido de justicia debe señalarse que las descripciones de los cuatro documentos son bastante parecidas. Por lo que se refiere a la Organización Mundial de la Salud, la versión No. 10 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 1994) contiene ya un código denominado "Reacciones a estrés grave y Trastornos de adaptación".

La Organización Mundial de la Salud (OMS; CIE-10) define al Estrés postraumático como un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento o a una situación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, y que por si misma sería capaz de causar malestar generalizado en cualquier persona.

Que el sujeto desarrolle o no TEPT puede depender en parte de qué tan grave e intenso fue el trauma (cual es su personalidad, las experiencias vividas) y de cuánto tiempo duró. La gente con ansiedad, depresión u otros trastornos mentales tiene más probabilidad de desarrollar TEPT. Al igual que aquellas que han sido víctimas de traumas anteriores.

Los estudios sugieren que entre el 2 y el 9 por ciento de la población tiene cierto grado del trastorno. No obstante, la probabilidad de sufrirlo es mayor cuando la persona se ve expuesta a múltiples traumas o a eventos traumáticos durante su niñez y adolescencia, especialmente si el trauma dura mucho tiempo o se repite. Se ven más casos de este trastorno entre la población joven de las ciudades y entre personas que han inmigrado recientemente de países en donde han habido problemas. Estadísticamente se muestra que las mujeres sufren más del trastorno de estrés postraumático que los hombres.

Quizá el grupo de personas que se asocian más con este trastorno es el de los ex-combatientes; antes a este trastorno se le conocía como "neurosis o fatiga de guerra". La Asociación Americana de Trastornos de la Ansiedad observa que del 15 al 30 por ciento de los tres millones y medio de hombres y mujeres que combatieron en Vietnam han sufrido del trastorno de estrés postraumático.

El sujeto puede tener síntomas justo después del trauma o éstos pueden desarrollarse meses o incluso años después. Los síntomas del TEPT se dividen en tres grupos: revivir el trauma, tratar de dejar de pensar acerca del trauma,

cualquier cosa relacionada con éste y tener "los nervios de punta". En la mayoría de las personas, el TEPT comienza dentro de los primeros tres meses después del acontecimiento. En otras personas, las señales de TEPT tardan años en manifestarse. El TEPT puede ocurrir en personas de todas las edades. Hasta los niños lo pueden tener. Algunas personas mejoran en seis meses mientras que otras pueden tardar mucho más en mejorarse.

Sus síntomas pueden incluir:

- Tener escenas retrospectivas en la mente, pesadillas, malos recuerdos o alucinaciones
- Tratar de no pensar acerca del trauma o apartarse de la gente que se lo recuerda
- No ser capaz de recordar partes del evento
- No sentir nada o sentirse completamente "desprendido" de los demás.
- Tener dificultad para dormir
- Estar irritable, enojado o nervioso

"Una experiencia traumática genera una reacción de estrés. Evocar una experiencia traumática provoca una nueva reacción de estrés"

Las personas con TEPT con frecuencia se sienten deprimidas. Algunas veces tratan de sentirse mejor abusando del alcohol o drogas psicotrópicas. Esto puede ocasionar adicción a fármacos o problemas legales.

Los síntomas por lo general se incluyen en las tres categorías que luego de una experiencia traumática puede suceder lo siguientes:

Repetición de la vivencia. La persona frecuentemente tiene recuerdos o pesadillas repetidas sobre el evento que les causó tanta angustia. Algunos pueden

tener" "flashbacks", alucinaciones u otras emociones vívidas de que el evento está sucediendo o va a suceder nuevamente. Otros sufren de gran tensión psicológica o fisiológica cuando ciertos, objetos o situaciones les recuerdan el evento traumático.

Evasión. Muchas personas con Trastorno de Estrés Postraumático sistemáticamente evitan las cosas que les recuerdan el evento traumático. Esto puede llegar a causar evasión de todo tipo: pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el incidente y también actividades, lugares o personas que les recuerdan el incidente. Otras personas parecen no responder a las cosas o situaciones relacionadas con el evento y no recuerdan mucho sobre el trauma. Estas personas también podrían mostrar una falta de interés en las actividades que les eran importantes antes del evento, se sienten alejadas de los demás, sienten una gama de emociones más limitada y no tienen esperanzas sobre el futuro.

Aumento de excitación emocional. Los síntomas de las personas en las que se ve un aumento en la excitación emocional pueden incluir sentir dificultades en quedarse dormido o no poder despertar, irritabilidad o desplantes de rabia, dificultad para concentrarse, volverse muy alertas o cautelosos sin una razón clara, nerviosismo o facilidad para asustarse.

Existen muchos tratamientos disponibles. Los medicamentos para la depresión o la ansiedad pueden resultar útiles. Hablar con un profesional de salud mental y con los amigos y familiares acerca del evento y de sus sentimientos también le puede ayudar a quien lo padece. El TEPT puede causar depresión y abuso de sustancias. Estos problemas deben tratarse antes o durante el tratamiento del TEPT. Algunas opciones de tratamiento son:

- Terapia conductual cognitiva con un psiquiatra, psicólogo u otro profesional capacitado que pueda ayudar a cambiar las emociones, los pensamientos y los comportamientos asociados con TEPT y que pueda facilitar el manejo del pánico, la ira y la ansiedad. La terapia del comportamiento se concentra en aprender técnicas de relajación o para sobrellevar la situación. Con frecuencia, esta terapia hace que el paciente se exponga más a la propia situación que le causa miedo como forma de reducir gradualmente su reacción a ella. La terapia cognitiva es el tipo de terapia que ayuda a las personas que sufren del Trastorno de Estrés Postraumático a analizar más de cerca sus patrones de pensamiento y a aprender a dejar de pensar negativamente. La terapia de grupo ayuda a muchas personas con TEPT al ponerlas en contacto con otras personas que han pasado por una situación similar y al saber que sus miedos y emociones son comunes.

- Ciertos medicamentos pueden disminuir los síntomas tales como ansiedad, impulsividad, depresión e insomnio y reducir el deseo de usar alcohol y otras drogas.

- La terapia en grupo puede ayudar a los pacientes a aprender a comunicar sus sentimientos sobre el suceso traumático y puede crear una red de apoyo.

El TEPT puede tratarse con éxito. Sin embargo, sin tratamiento, puede durar desde varios meses hasta varios años, dependiendo del tipo de evento traumático y de sus sentimientos acerca de este⁷.

Aunque son limitados los estudios con respecto a esta afección, últimamente se han dado muy interesantes investigaciones, por ejemplo una que relaciona el

TEPT y la percepción del dolor. Los veteranos militares con trastorno de estrés postraumático tienen una menor sensibilidad al dolor debido a una alteración del mecanismo de procesamiento del dolor, indicó un nuevo estudio a un proceso adaptativo por exposición repetida que desensibiliza. El TEPT sería más conocido como una consecuencia de la exposición al combate, aunque las personas pueden desarrollar el desorden después de sufrir otros tipos de traumas, como un accidente automovilístico o un robo. Los síntomas incluyen escenas retrospectivas del incidente, pesadillas, problemas de sueño, depresión, irritabilidad y falta de concentración.

Estudios previos obtuvieron resultados contradictorios sobre la percepción del dolor en los pacientes con TEPT en los que algunos tenían mayor sensibilidad y otros, lo opuesto. El nuevo estudio, publicado en Archives of General Psychiatry, incluyó a 12 veteranos masculinos con TEPT y a 12 veteranos con las mismas características, pero sin el trastorno. Las imágenes del cerebro se obtuvieron mediante la aplicación de distintas temperaturas sobre las manos de los participantes, que debían calificar el dolor. A igual temperatura de exposición, los pacientes con TEPT la consideraron menos dolorosa que el grupo de comparación. Las temperaturas que recibieron la misma calificación subjetiva eran más altas en los participantes con TEPT. En general, los resultados muestran "mecanismos alterados de regulación del dolor en los pacientes con TEPT", concluyeron los autores⁸.

Otro estudio muestra la relación entre el TEPT y el riesgo de enfermedad coronaria. Un estudio realizado a veteranos militares con TEPT reveló que cuanto mayor era la ansiedad, más aumentaba el riesgo de padecer enfermedad

⁷ Primary Care Treatment of Post-traumatic Stress Disorder (tratamiento de atención primaria del trastorno de estrés postraumático) (American Family Physician September 1,2000 En: <http://www.aafp.org/afp/20000901/1035.html>)

⁸ Archives of General Psychiatry, Enero del 2007. Enero del 2007. En: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/Spanish/news/fullstory_43624.html

cardiaca, informaron investigadores. La relación entre el estrés y la enfermedad cardiaca fue reconocida hace tiempo, y los investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard, en Bastan, hallaron que el vínculo existía en cerca de 2.000 veteranos de la zona de Bastan. El TEPT, alguna vez considerado "fatiga de combate", también puede afectar a las personas que viven episodios traumáticos.

A partir de mediciones comunes de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático empleadas en el estudio de Harvard, se demostró que cada aumento en la severidad de los síntomas elevaba el riesgo de ataque cardíaco un 26 por ciento, indicó el informe. "Este patrón de resultados sugiere que los individuos con altos niveles de síntomas (de Trastorno por Estrés Postraumático) no sólo son propensos a tener más dolor de pecho u otros síntomas físicos, sino que muchos están en mayor riesgo de desarrollar enfermedad coronaria", escribió la autora del estudio, Laura Kubzansky, en Archives of General Psychiatry.

4.5 CARACTERISTICAS SOCIOBIOLÓGICAS DEL TEPT

El TEPT es' un trastorno muy complejo, con numerosos sistemas neurobiológicos afectados tras la exposición a adversidades o estresores catastróficos. Actualmente hay un gran cuerpo de datos experimentales que permiten desarrollar varios modelos animales del TEPT, como el del estrés incontrolable, el del miedo condicionado, el de' la respuesta de sobresalto potenciada por el miedo, el del "kindling", y el de sensibilización conductual. A continuación presentamos de forma esquemática las principales alteraciones neurobiológicas del TEPT:

- Bajos niveles relativos de cortisol libre en orina y altos niveles de adrenalina y noradrenalina en orina (Mason et al" 1986).

- Aumentada actividad noradrenérgica central, y elevada actividad dopaminérgica en tronco cerebral (Charney et al, 1993).
- Elevación del número de receptores glucocorticoides (GRs) en los linfocitos, que correlaciona de forma positiva con la gravedad del TEPT (Yehuda et al, 1991).
- Exagerada supresión del cortisol con dexametasona (1 mg y 0,5 mg).
- Incremento del "feedback" negativo en el eje Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal con aumento del número de GRs y disminución del cortisol plasmático.
- Disbalance en la secreción de noradrenalina y de opioides en el núcleo cerúleo (Surges Watson et al, 1988).

4.6 TRATAMIENTO DE ESTRES POSTRAUMATICO

Con frecuencia se trata de casos difíciles de diagnosticar y de tratar eficazmente por varios motivos, así, por la propia naturaleza de la enfermedad, el enfermo trata de evitar todos los estímulos asociados al trauma, mientras que la terapia debe ayudarle a hacerles frente, por lo que moviliza intensas resistencias al tratamiento aunque busque ayuda por algunos síntomas. El terapeuta puede también aliarse con el enfermo en no pensar ni explorar el trauma.

El tratamiento recomendado actualmente para el TEPT incluye tres aspectos fundamentales: psicoeducación por los médicos de atención primaria durante las dos o tres primeras semanas tras la exposición al trauma, tratamiento psicológico y tratamiento farmacológico por los especialistas adecuados, sobre todo cuando

tras este tiempo el paciente permanece muy angustiado, incapacitado funcionalmente, o aislado socialmente.

Dada la complejidad característica del TEPT se pueden conseguir los mejores resultados integrando diferentes procedimientos técnicos, tales como los siguientes:

- Técnicas de relación, para reducir el nivel de estrés psicofisiológico. Reestructuración cognitiva, autoafirmación, personal y adquisición de habilidades sociales.
- Psicoterapia dinámica, con integración del análisis de los conflictos personales y de los interpersonales, y su reelaboración progresiva, para lograr una profunda reorganización mental.
- Otras técnicas: psicofármacos, hipnosis.
- Ninguna terapia única es totalmente eficaz, ni puede evitar al enfermo el trabajo de reparación y crecimiento emocional.

4.7 DATOS EPIDEMIOLOGICOS RELACIONADOS CON EN TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

La posibilidad de sufrir un cuadro de estrés postraumático al menos alguna vez en la vida muestra variaciones muy importantes en diferentes poblaciones. Se menciona de manera consistente que la prevalencia varía entre 1 % y 15%, en naciones consideradas como económicamente desarrolladas, y se invocan para explicar este amplio rango aspectos como la variabilidad de los criterios diagnósticos, los métodos de registro y evaluación del trastorno, y el nivel de exposición a estresores en poblaciones o muestras poblacionales específicas.

En relación con la exposición a trauma, es conveniente considerar que el Trastorno por Estrés Postraumático será mucho más frecuente en tanto un mismo

individuo resulte expuesto a dos o más experiencias devastadoras. Asimismo, existen modalidades de sucesos traumáticos que suelen asociarse con mayor frecuencia con la aparición del cuadro, en especial aquellas en las que está presente la violencia física perpetrada por otras personas.

En cuanto a diferencias por género, se considera que el trastorno es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, situación que se intenta explicar aduciendo que los delitos sexuales, que justifican un buen número de los cuadros, victimizan con mucha mayor frecuencia a las mujeres. Resnick señala una prevalencia para alguna vez en la vida de 12% en población femenina.

También se ha señalado la elevada comorbilidad entre el trastorno y la depresión, proponiendo que esta última es doblemente más frecuente en mujeres y pudiera aumentar el riesgo de aparición del problema.

Por lo que se refiere a la evolución del problema, Kessler (1995) ha encontrado que un año después del diagnóstico la condición clínica persiste en 75% de los afectados, en 53% después de cinco años, y hasta en 40% después de diez años, con un promedio general de recuperación para los afectados de entre tres y cinco años. Además, se considera que este trastorno tiene una elevada comorbilidad con diversas patologías mentales, entre las que destacan los trastornos por ansiedad, particularmente ataques de pánico, trastornos afectivos entre los que sobresalen los episodios depresivos mayores y las formas crónicas de esta enfermedad, o dependencia a alcohol o drogas, y que se presenta con mucha frecuencia de manera primaria y conduce al desarrollo de dichas patologías cuando no es detectado y tratado. Por ejemplo, se estima que la prevalencia del TEPT en sujetos que solicitan ayuda profesional para problemas de dependencia al alcohol varía entre 30% y 50%. Se considera además que la posibilidad de sufrir depresión es seis veces mayor, cuatro veces mayor la de padecer ataques de pánico, y tres veces mayor la de desarrollar alcoholismo en quienes sufren de

TEPT. En cuanto a las cifras de intentos suicidas, éstos han llegado a reportarse hasta en 20% de quienes están afectados.

4.8 CRITERIOS PARA DIAGNOSTICO DE ESTRES POSTRAUMATICO

La American Psychiatric Association (DSM-IV, 1994) ha propuesto los siguientes criterios para el diagnóstico del Trastorno por Estrés Postraumático:

A. La persona 'ha sido expuesta a un evento traumático en el cual estuvieron presentes las siguientes dos características:

1. La persona experimentó, atestiguó o fue confrontada con un evento o conjunto de eventos que implicaron una amenaza de muerte o daño severo a su integridad física o la de otros.
2. La respuesta de la persona incluyó temor intenso, desamparo o terror.

B. El evento traumático es reexperimentado persistentemente en una o más de las siguientes maneras:

1. Recuerdos molestos, recurrentes e intrusivos del evento, que pueden incluir imágenes, pensamientos o percepciones.
2. Sueños inquietantes y recurrentes del evento.
3. Actuar o sentir como si el evento traumático volviera a ocurrir (incluye la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de reaparición de lo sucedido).

4. Malestar psicológico intenso ante la exposición a estímulos internos o externos que simbolicen o reconstruyan algún aspecto del evento traumático.
5. Reactividad psicológica al ser expuesto a estímulos internos o externos que simbolicen o reconstruyan algún aspecto del evento traumático.

C. Evitación persistente de estímulos asociados con el trauma y embotamiento de la reactividad general, puestos de manifiesto por tres o más de los siguientes:

1. Esfuerzos por evitar conversaciones, sentimientos o pensamientos asociados con el trauma.
2. Esfuerzos por evitar actividades, lugares o personas que evocan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar algún aspecto importante del trauma.
4. Disminución marcada del interés o la participación en actividades significativas.
5. Sentimientos de distancia o extrañeza ante los demás.
6. Restricción afectiva (por ejemplo incapacidad para sentir amor).
7. Falta de proyección hacia el futuro.

D. Síntomas persistentes de hipervigilia, de acuerdo con la presencia de dos o más de los siguientes:

1. Dificultades para conciliar el sueño y permanecer dormido.
2. Irritabilidad o arranques temperamentales.
3. Dificultades de concentración.
4. Hiperalerta.
5. Respuestas de temor exageradas.

E. La duración del trastorno es mayor de un mes.

F. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional o de otras áreas importantes.

Se reconocen tres variedades de esta enfermedad, de acuerdo con su tiempo de evolución:

a) Agudo: La duración de los síntomas es menor de tres meses.

b) Crónico: La duración de los síntomas es mayor de tres meses.

c) De inicio retardado: Transcurren seis meses o más entre el evento traumático y el inicio de los síntomas.

4.9 TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO OCUPACIONAL

Un hecho traumático puede provocar variadas lesiones físicas y también diversas repercusiones psíquicas como el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y puede determinar importantes secuelas entre las que destacan los déficit

cognitivos (como alteraciones de concentración y de memoria), los que incluso pueden llegar a la demencia. Este tipo de secuelas genera incapacidad laboral, la cual puede ser permanente y determinar una pensión de invalidez. No sólo hay una repercusión personal de estas secuelas, sino que además hay un gran impacto en la familia y no es infrecuente que las secuelas cognitivas o psíquicas con importantes alteraciones conductuales superen a las secuelas físicas en lo que a readaptación social y laboral se refiere. Los pacientes que han sufrido un TEPT de carácter ocupacional tienen mayor vulnerabilidad para presentar episodios depresivos, delirio y alteraciones de la personalidad.

La aplicación del concepto de TEPT relacionado con un accidente laboral requiere la consideración del SNC como una unidad, en base de todas las formas o niveles de la actividad mental con las que establece el trabajador su interacción⁹. De acuerdo con las características individuales del paciente se da lugar, mediante su acción ascendente a diferentes tipos de alteración en la organización funcional del cerebro' con los distintos tipos de trastorno mental y mediante su efecto descendente se producen diferente tipo de alteraciones en el equilibrio neurovegetativo estableciendo predominios tanto del sistema simpático como del parasimpático en la base de las enfermedades que afectan los sistemas digestivo y cardiovascular, lo cual permite comprender la comorbilidad que es típica de este trastorno.

Los principales efectos del TEPT de origen ocupacional incluyen casos tales como el síndrome de intestino irritable y la úlcera péptica. En cuanto al sistema cardiovascular se dan alteraciones como la hipertensión arterial primaria, enfermedades isquémicas del corazón tales como angina de pecho e igualmente

⁹ RIVERA, Luís. Respuesta del estrés y enfermedades profesionales: una perspectiva integral. En: Revista de la Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo. Vol. 6 No2. Julio de 2003. pp.. 222

se describen accidentes cerebro vascular en los cuales el estrés aparece como un factor de significativa importancia¹⁰

En la esfera mental el TEPT secundario a un accidente de trabajo ocasiona patologías tales como el trastorno de ansiedad generalizada y los trastornos de adaptación acompañado de alteraciones emocionales¹¹. Las reacciones de estrés tanto físicas como emocionales como consecuencia de un accidente laboral pueden llegar a causar no solo estados de malestar sino incluso enfermedades muy serias. La valoración de cada caso supone un estudio cuidadoso de los diversos factores asociados a cada patología, para establecer la real participación del estrés como una consecuencia del trauma ocupacional y componente de la compleja red causante de enfermedades¹².

Para identificar correctamente un TEPT de carácter ocupacional el equipo calificador debe verificar que las patologías bajo estudio se encuentren reconocidas como consecuencias de un evento traumático, el cual debe responder a los criterios descriptivos vigentes documentados por autoridades científicas internacionales. Posteriormente se establecerá si dicho trauma se presentó por causa o con ocasión del trabajo; es decir que se produjo como consecuencia directa de la actividad laboral del individuo, en cuyo caso la patología se calificará como profesional con todas las connotaciones inherentes a esta categorización¹³.

¹⁰ KRISTENSES, T. C. Kornitzer, M. Cardiovascular Diseases, Social Factors, Stress and work. Position paper for the European Heart Network, 1997.

¹¹ VILLALOBOS, Gloria. Estrés laboral y enfermedad: compleja interacción. En: P & S protección y seguridad. Consejo Colombiano de Seguridad. No 301 mayo a junio de 2005 pp. 34.

¹² PEIRÓ L M. Intervención organizacional para el control del estrés laboral Intervención psicosocial en las organizaciones. Barcelona 2002

¹³ VILLALOBOS, Gloria. Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana, Subcentro de Seguridad Social y Riesgos Profesionales. Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés. Bogotá, 2004

5 METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de investigación de tipo descriptivo y considerar que este método nos proporciona más información sobre el asunto ya que observa, registra, analiza, clasifica e interpreta, además a través de un formato con preguntas objetivas.

Esta información es recolectada de la base de datos de la junta de calificación de invalidez del magdalena). Notificados como accidente de trabajo y que de acuerdo con el parte medico estuvo relacionado con TEPT, además de otras lesiones que le produjeron consecuencias incapacitantes.

La elección de los casos estudiados se efectuó por la facilidad para el acceso a los datos requeridos, por la aceptación por parte de los miembros que conforman la JCI del grupo investigador, así como por la posibilidad de observar distintos casos de este síndrome hasta hace poco relativamente desconocido.

5.2 POBLACION DE ESTUDIO

La población objeto de estudio son once casos que se identificaron en los archivos de la Junta de Calificación de Invalidez del Magdalena cuyo diagnóstico comprende el Trastorno por Estrés Postraumático y representa la muestra elegible según criterios de inclusión y exclusión del estudio. Se denomina no probabilística por sus mismas características predeterminadas que corresponde a los empleados reportados e investigados por accidentes de trabajo, que se han lesionado produciéndose una incapacidad que incluye el TEPT. La unidad de muestreo se ha determinado por las unidades de análisis correspondientes,

decisión tomada por los investigadores según los objetivos y propósitos del estudio, los elementos que a su juicio son pertinentes o representantes apropiados de la población para integrar la muestra, resultando imposible calcular el error de muestreo que surge en la misma.

5.3 VARIABLES

Las macro variables determinadas para este estudio son:

- IDENTIFICACION GENERAL DE LA EMPRESA
- CARACTERISTICAS SOCIO- DEMOGRAFICAS
- INFORMACION SOBRE ACCIDENTE
- INFORMACION SOBRE PATOLOGIA

En cada una de ellas se denotan otras particulares que la integran estructurando el cuerpo o contenido del cuestionario aplicado.

MACROVARIABLES	NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION	CODIGO
IDENTIFICACION GENERAL DE LA EMPRESA	RAZON SOCIAL	Nombre de la empresa	DRUMMONDT, ELECTRICARIBE, INTERASEO....
	TIPO DE VINCULADOR LABORAL	Forma de contratación	1. Empleador 2. Contratante 3. Cooperativa de trabajo asociado
	ACTIVIDAD ECONOMICA	Base de producción	1.Servicios Públicos 2.Transporte Construcción 4.Ventas 5.Seguridad 6.Agrícola 7.Otra actividad
	CLASE DE RIESGO	Clasificación según decreto	I-II-III-IV-V

		1607 de 2002	
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	SEXO	Característica de género en los accidentados	1. MASCULINO 2. FEMENINO
	EDAD	Periodo o etapa de la vía en año	20,21,22,23,24...
	ESCOLARIDAD	Nivel educativo	NINGUNO BASICA PRIMARIA BASICA SECUNDARIA TECNICO PROFESIONAL POSTGRADO
	TIPO DE VINCULACION	Relación contractual con la entidad	1. Planta 2. Misión 3. Cooperado 4. Estudiante aprendiz 5. Independiente 6. Otro
	OCUPACION HABITUAL	Prácticas Laborales actuales	OFICIOS VARIOS, AGRICULTURA, ALBAÑILERIA, CONDUCCION...
	TIEMPO DE OCUPACION HABITUAL	Periodo temporal de experiencia	1,2,3,... 15... AÑOS
INFORMACION SOBRE ACCIDENTE	FECHA DE ACCIDENTE	Día/mes/año en que sucedieron los hechos	DD MM AAAA
	ACTIVIDAD HABITUAL AL MOMENTO DEL ACCIDENTE	Relación del accidente con su actividad habitual	1. SI 2. NO
	TIPO DE ACCIDENTE	Es el proceso que produjo directamente la lesión relacionado con el agente de la lesión	1. VIOLENCIA 2. TRANSITO 3. DEPORTIVO 4. RECREATIVO O CULTURAL 5. PROPIO DEL TRABAJO
	LUGAR DONDE	Espacio físico	1. DENTRO DE

	OCURRIO EL ACCIDENTE	donde ocurrieron los hechos	LA EMPRESA 2. FUERA DE LA EMPRESA
	TIPO DE LESION OCURRIDA EN EL TRABAJADOR	Se refiere a la lesión o lesiones físicas sufridas por el funcionario en el accidente	ESGUINCE, FRACTURA, TRAUMATISMO
	PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADA	Esquema corporal, sistemático y funcional	PIE, PIERNA, CRANEO, CODO, MANO, DEOD, CLAVICULA
	CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE EN LA SALUD DEL TRABAJADOR	Incapacidad derivada del accidente	1. Ninguna 2. Incapacidad permanente parcial 3. Invalidez
	FECHA DEL DICTAMEN	Día/mes/año en que se dio la calificación	DD MM AAA
	PCL	Porcentaje nivel de pérdida de su capacidad laboral	
INFORMACION SOBRE PATOLOGIA	FECHA DE DIAGNOSTICO	Día/ mes/año en que se dio confirmación clínica de patología	
	PROFESIONAL QUE REALIZA EL DIAGNOSTICO	Especialidad	
	TESTS PSICOLOGICOS APLICADOS	Ayudas diagnosticas	
	SIGNOS Y SINTOMAS	Manifestación en clínicas	
	COMORBILIDAD	Patología anexa	
	TRATAMIENTO	Terapéutica	
	TIPO DE TRATAMIENTO	Terapia aplicada	

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

5.4 RECOLECCION DE LA INFORMACION

La técnica para la recolección de la información fue la observación no participante obteniendo los datos de los registros, focalizando la atención de una manera intencional sobre el propósito del estudio. Se inicia con una observación directa y estudio de los casos en la cual se recoge información general con base en los dictámenes e historias clínicas, luego se analizan sociodemográficas e información sobre el accidente y la patología a través de un cuestionario diseñado para tal fin. Posteriormente se efectúa la respectiva tabulación e interpretación de los datos con base en las variables seleccionadas; aplicando la normatividad contenida en la Resolución 1401 de Mayo de 2007.

5.5 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

En el procesamiento y análisis de los datos se empleó el software de Epi info. v. 6.0 de Andrew g. Dean, y se construyó un fichero para la digitación y almacenamiento de los datos en el programa EPED, y con el programa de análisis se realizó el manejo estadístico de los datos. Para las variables de tipo cualitativo se comparó la proporción de respuestas, y en las variables cuantitativas se emplearon medidas de tendencia central y su respectiva medida de dispersión.

5.6 PRESENTACION DE RESULTADOS

Se presentan los cuadros y gráficos que se han realizado con su correspondiente análisis estadístico para las variables definidas.

Tabla 2. Tipo de vinculación laboral de los pacientes que padecen Trastornos de Estrés post traumático secundario a accidente de trabajo.

VINCULACION	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
Empleados	11	100	100%
TOTAL	11	100%	

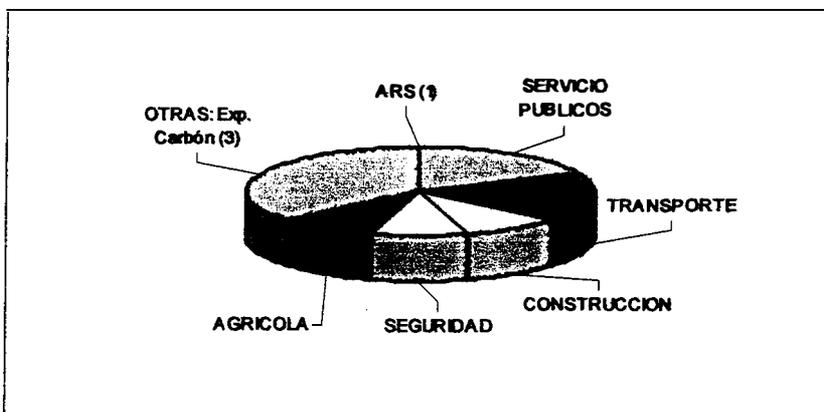
Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla 3. Actividad económica de pacientes que padecen trastornos de Estrés postraumático secundario a accidente de trabajo.

ACTIVIDAD ECONOMICA	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
SERVICIO PUBLICOS	2	18.2	18.2
TRANSPORTE	2	18.2	36.4
CONSTRUCCION	1	9.1	45.5
SEGURIDAD	1	9.1	54.6
AGRICOLA	1	9.1	63.7
OTRAS: Exp. Carbón (3) ARS (1)	4	36.4	100%
TOTAL	11	100%	

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Figura 1. Actividad económica de pacientes que padecen trastorno de Estrés postraumático secundario a accidente de trabajo.



Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla 4. Clase de riesgo de la empresa de los pacientes que padecen trastornos de Estrés post traumático secundario a accidente de trabajo.

ACTIVIDAD ECONOMICA/ RIESGO	SRV. PBL	TRS.	CST	SEG.	AGRIC	OTRA ARS EXT CARB	TOTAL	%
I	0	0	0	0	1	1	2	18.18
II	1	0	0	0	0	0	1	9.09
III	0	2	0	0	0	0	2	18.18
IV	1	0	1	1	0	3	6	54.54
TOTAL	2	2	1	1	1	4	11	100%

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Figura 2. Clase de riesgo por actividad económica de pacientes que padecen Trastornos de Estrés postraumático secundario a accidente de trabajo (Ver Pág. Siguiente)

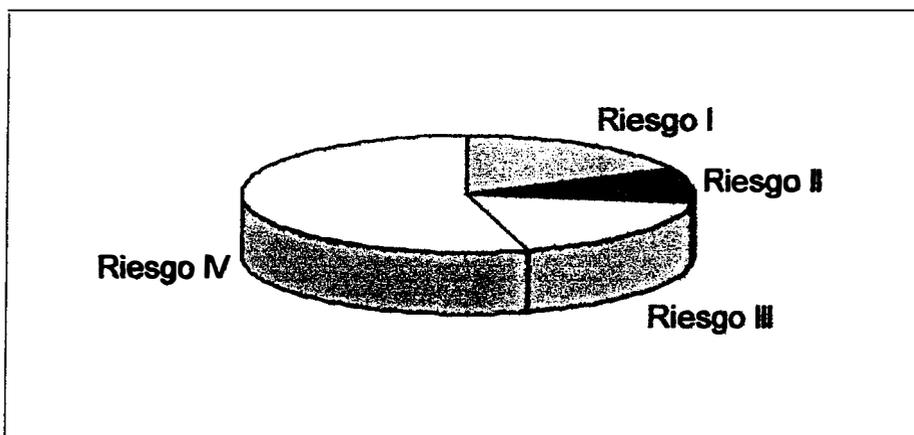


Tabla 5. Distribución por género de pacientes que padecen trastornos de Estrés postraumático secundario a accidente de trabajo

GENERO	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
1. Masculino	10	90.9	90.9%
2. Femenino	1	9.1	100.0%
TOTAL	11	100%	

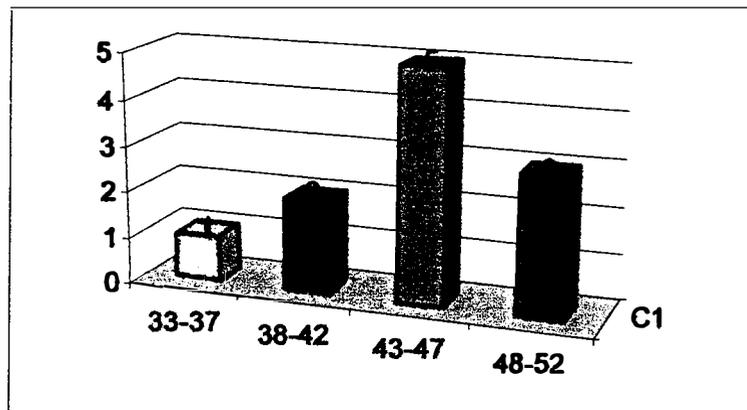
Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla 6. Distribución por rango de edades de pacientes que padecen trastornos de estrés post traumático secundario a accidente de trabajo.

EDAD	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
33-37	1	9.1	9.1
38-42	2	18.2	27.3%
43-47	5	45.5	72.7%
48-52	3	27.3	100.0%
TOTAL	11	100	

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Figura 3 . Distribución por rango de edades de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Pos Traumático secundario a accidente de trabajo.



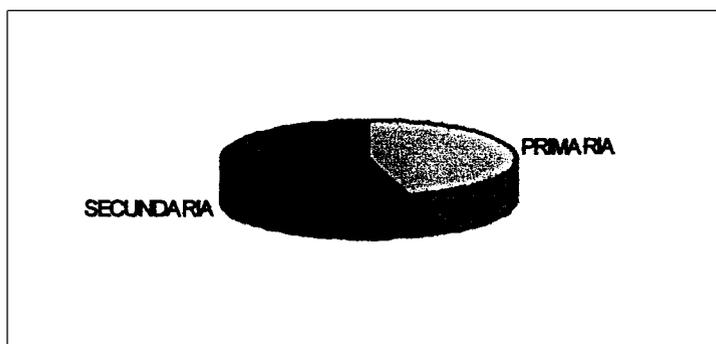
Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla 7. Distribución por escolaridad en pacientes que padecen Trastorno de Estrés Pos Traumático secundario a accidente de trabajo.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
PRIMARIA	5	45.5	45.5%
SECUNDARIA	6	54.5	100.0%
TOTAL	11	100%	

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Figura 4. Distribución por escolaridad en pacientes que padecen Trastorno de Estrés Pos Traumático secundario a accidente de trabajo.



Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla 8. Distribución por tipo de vinculación laboral en pacientes que padecen Trastorno de Estrés Pos Traumático secundario a accidente de trabajo.

VINCULACION	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
PLANTA	11	100.0	100.0%
TOTAL	11	100%	

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla 9. Distribución por ocupación de pacientes que padecen trastorno de Estrés Pos Traumático secundario a accidente de trabajo.

OCUPACION	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
AUX. DE MANT. (CARBON)	1	9.1	9.1%
AYUDANTE DE BUS	1	9.1	18.2%
CONDUCTOR (EMP. PART)	1	9.1	27.3%
ESCOBITA (ASEO)	1	9.1	36.4%
MAQ. LOCOMOTORA (CARBON)	1	9.1	45.5%
MEC. BANDAS (CARBON)	1	9.1	54.5%
OFICIOS VARIOS (AGRICOLA)	1	9.1	63.6%
SUPERVISOR (SEGURIDAD)	1	9.1	72.7%
TECN. ELECTRICISTA	1	9.1	81.8%
TECNICO EN ACABADOS	1	9.1	90.9%
VENTAS (ARS)	1	9.1	100.0%
TOTAL	11	100%	

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla 10. Distribución por tiempo de ocupación habitual de pacientes que padecen Trastorno de Estrés Pos Traumático secundario a accidente de trabajo.

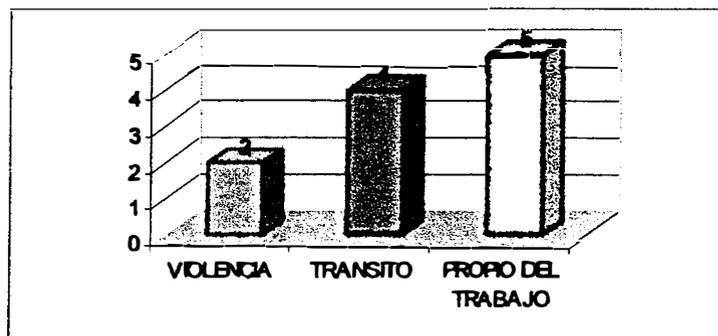
TIEMPO	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
1 AÑO	1	9.1	9.1%
2 AÑOS	1	9.1	9.1%
3 AÑOS	1	18.2	18.2%
5 AÑOS	1	18.2	18.2%
6 AÑOS	1	9.1	9.1%
7 AÑOS	2	9.1	9.1%
11 AÑOS	2	9.1	9.1%
13 AÑOS	1	9.1	9.1%
18 AÑOS	1	9.1	9.1%
TOTAL	11	100%	

Tabla 11. Distribución por tipo de accidente de pacientes que padecen trastornos de estrés pos traumático secundario a accidente de trabajo.

TIPO DE ACCIDENTE	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
VIOLENCIA	2	18.2	18.2%
TRANSITO	4	36.4	54.5%
PROPIO DEL TRABAJO	5	45.5	100.0%
TOTAL	11		

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Figura 5. Distribución por tipo de accidente de pacientes que padecen trastorno de estrés post traumático secundario a accidente de trabajo. (Ver Pág. Siguiete).



Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla 12. Distribución por tipo de lesión de pacientes que padecen trastornos de estrés postraumático secundario a accidente de trabajo.

LESION	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
AMPUTACION TRAUMATICA	1	9.1	9.1%
APLASTAMIENTO	1	9.1	18.2%
ELECTROCUCION	1	9.1	27.3%
HERIDA POR ARMA DE FUEGO	1	9.1	36.4%
POLITRAUMATISMOS	3	27.3	63.6%
TRAUMA ACUSTICO	1	9.1	72.7%
TRAUMA CONTUNDENTE	1	9.1	81.8%
TRAUMA CRANEO ENCEFALICO + TRAUMA CERVIC	1	9.1	90.9%
TRAUMA PUNZANTE OJO DERECHO	1	9.1	100.0%
TOTAL	11	100%	

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Figura 6. Distribución por tipo de lesión de pacientes que padecen trastornos de Estrés postraumático secundario a accidente de trabajo.

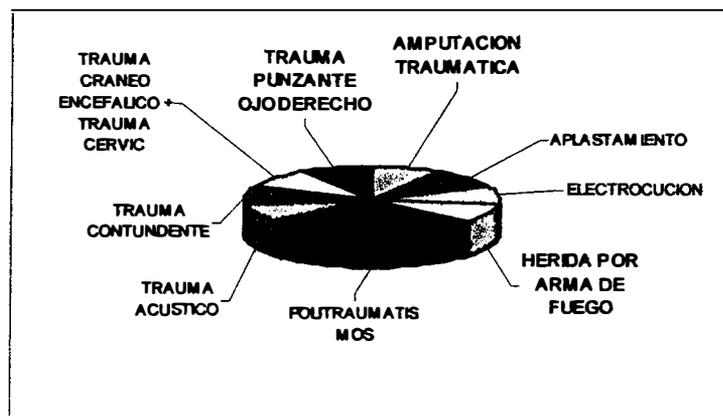
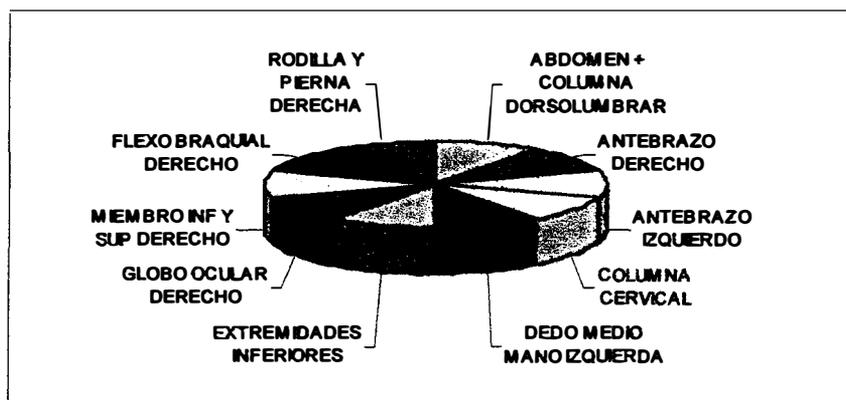


Tabla 13. Distribución por parte del cuerpo afectada de pacientes que padecen trastorno de estrés postraumático por accidente de trabajo.

PARTE DEL CUERPO	FRECUENCIA	%
ABDOMEN + COLUMNA DORSOLUMBRAR	1	9.1
ANTEBRAZO DERECHO	1	9.1
ANTEBRAZO IZQUIERDO	1	9.1
COLUMNA CERVICAL	1	9.1
DEDO MEDIO MANO IZQUIERDA	1	9.1
EXTREMIDADES INFERIORES	1	9.1
GLOBO OCULAR DERECHO	1	9.1
MIEMBRO INF Y SUP DERECHO	1	9.1
FLEXO BRAQUIAL DERECHO	1	9.1
RODILLA Y PIERNA DERECHA	1	100%
TOTAL	11	

Fuente: instrumento aplicado por grupo investigador

Figura 7. Distribución por parte del cuerpo afectada de pacientes que padecen trastornos de estrés postraumático por accidente de trabajo.



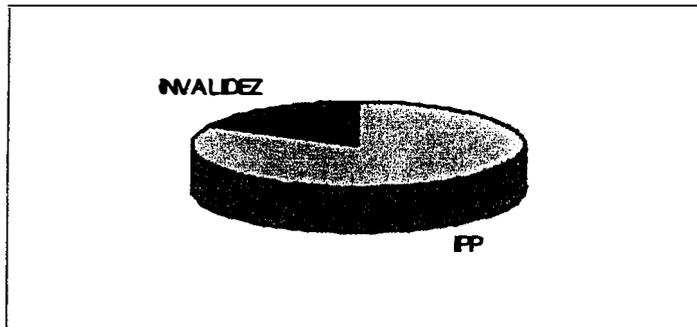
Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla 14. Distribución por consecuencias en la salud del trabajador de accidente que producen trastorno de estrés post traumático secundario a accidente de trabajo.

CONSECUENCIAS	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
IPP	9	81.8	81.8%
INVALIDEZ	2	18.2	100.0%
TOTAL	11	100%	

Fuente: instrumento aplicado por grupo investigador

Figura 8. Distribución por consecuencia por consecuencias en la salud del trabajador de accidentes que producen trastornos de estrés postraumático secundario a accidente de trabajo.



Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

Tabla. 15. Distribución por comorbilidad en pacientes que padecen trastornos de estrés postraumático por accidentes de trabajos

COMORBILIDAD	FRECUENCIA	%	ACUMULADO
ANSIEDAD	1	9.1	9.1%
COMPULSION	1	9.1	18.2%
DEPRESION	9	81.8	100.0%
TOTAL	11	100	

Fuente: Instrumento aplicado por grupo investigador

5.7 ANÁLISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

- El 100% de los trabajadores diagnosticados con Trastorno de Estrés Postraumático laboraban en calidad de empleados de planta de las entidades respectivas. (Tabla 2)
- El 54.54% de los trabajadores diagnosticados, realizaban labores en entidades con actividad económica clasificada como riesgo IV, mientras que en clase 111 se encuentra el 18.18%. (Figura 2) (Tabla 4)
- El 90.9% de los trabajadores afectados por la entidad pertenecen al género masculino, seguido por un 9.1 % de género femenino. (Tabla 5)
- El 45.5% de los trabajadores afectados por Trastorno de Estrés Postraumático oscila en edades comprendidas entre 43 a 47 años, seguido de un 27.3% en edades entre 48 y 52 años. (Tabla 6) (Figura 3)
- El 54.5% de los trabajadores afectados tienen nivel de educación secundario, seguido de el 45.5% correspondiente a primaria. (Tabla 7) (Figura 4)

- La ocupación de los trabajadores afectados es diversa y está representada en 9.1 % por cada oficio. (Tabla 9)
- El 45.5% de los accidentes que ocasionaron la patología ocurrieron en actividades propias del trabajo el resto corresponde a actos de violencia y accidentes de tránsito. (Tabla 11) (Figura 5)
- El 27.3% de las lesiones que ocasionaron el evento patológico están relacionados con politraumatismo, seguido de un 9.1 % correspondiente a traumas específicas y diversos. (Tabla 12) (Figura 6)
- Todos los trabajadores presentan distintas partes del cuerpo afectados. (Tabla 13) (Figura 7)
- El 81.8% de los trabajadores afectados quedaron con incapacidad permanente parcial y el 18.2% se calificaron como inválidos. (Tabla 14) (Figura 8)
- El 81.8% de patología comorbida está representada en la depresión, seguida de ansiedad con un 9.1%. (Tabla 15)

6. DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

El Trastorno de Estrés Postraumático es una patología cada vez más vinculada con un origen de tipo Profesional (exceptuando, el análisis a las Fuerzas Militares y demás entes de este tipo), influenciada por el hecho de una mayor industrialización, incremento en el flujo del transporte y el efecto de los problemas de orden público, que torna como objetivo de represalia entidades estatales o privadas y que pueden afectar indirectamente la vida o integridad física de los trabajadores. En la investigación de tipo descriptivo realizada en los casos dictaminados por la Junta de Calificación de Invalidez del Magdalena como Trastorno de Estrés Postraumático secundario a accidente de trabajo, se pueden destacar los siguientes aspectos:

Siete de los casos, fueron dictaminados en el año 2006, los cuales podrían estar mostrando además de lo anteriormente mencionado, una disminución del subregistro, debido a un mayor conocimiento de la naturaleza de la patología por parte de profesionales involucrados o un mayor conocimiento o mejor asesoría de la parte afectada en cuanto a tener claridad para buscar instancias reclamatorias diferentes a la valoración determinada por la Aseguradora de Riesgos Profesionales. Sin embargo se observa en el estudio y con base en la historia natural de la enfermedad, que es una patología de diagnóstico y manejo multidisciplinario, lo cual va proyectado a mejorar y controlar más rápidamente la dramática sintomatología de estos pacientes.

La frecuencia y cronicidad del Trastorno por Estrés Postraumático secundario a un accidente de trabajo y las graves consecuencias que acarrea, no sólo para el individuo que lo padece, sino para la sociedad en general, hacen que éste sea considerado como un verdadero problema de Salud Pública; de allí surge la necesidad de alertar a los psiquiatras, médicos y personal sanitario en general sobre las características del TEPT puesto que se observa que sus dificultades

diagnósticas y terapéuticas son evidentes, y muchos casos quedan probablemente sin determinar o recibir manejo oportuno y adecuado, debido a que el incremento ostensible entre los casos presentados en 2003 y los presentados en 2006 así lo sugiere. Es probable que el inusitado aumento en el número de casos presentados en 2006 en comparación con los anteriores años estudiados (Tabla 11), no obedezca seguramente a que en éstos se' hayan presentado menos eventos traumáticos sino a que los profesionales encargados carecían de las herramientas para identificarlos adecuadamente.

Realmente las manifestaciones del TEPT halladas en la población objeto de estudio y que fundamentan el cuadro clínico y determinan el origen de las mismas desde la especialidad, no se encuentran claramente definidos, como tampoco cuales fueron las herramientas o pruebas para clínicas utilizadas que respalden consistencia y credibilidad del diagnóstico (Tabla 18).

La Junta calificó las manifestaciones aportadas como Profesionales, otorgándoles en todos los casos un pérdida de capacidad funcional que implicaron un porcentaje no mayor a 10% (Clase I, leve) según la descripción de los criterios homologados de severidad e intensidad de los síntomas - "Los síntomas pueden estar referidos a diversidad de situaciones específicas que la persona debe enfrentar cotidianamente (de difícil evitación), o los síntomas pueden ser múltiples y de gran severidad, y la angustia anticipatorio puede ocupar el contenido de pensamiento gran parte del día, y/o dar lugar a conductas severas de evitación" y, hallazgos actuales "La preocupación ante la posibilidad de ocurrencia de síntomas agudos puede ser marcada y/o el aislamiento puede ser importante. Los síntomas durante el último año pueden ser importantes y frecuentes" Capítulo XII Numeral 12.4.5 Tabla No. 12.4.7 TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRES - Grupo uno Decreto 917/99 MANUAL UNICO DE CALIFICACION.

Sobre todo hay que establecer si el ha dicho trauma, se debe fundamentar el evento laboral y demostrar que otras experiencias traumáticas procedentes de otros escenarios de la vida del afectado, tiene menos peso que lo laboral y, además, hay que estudiar con mucho rigor los antecedentes del individuo e incluso su tipo de personalidad y todo su historial previo.

Con relación a las variables sociodemográficas se encontró una mayor aparición del evento en el sexo masculino (Tabla 5), muy posiblemente justificado en que estas actividades ocupacionales se encuentran en clase IV y son realizadas por hombres; no encontramos una relación pertinente en cuanto a edad, nivel educativo y tipo de vinculación. Estas variables aportaron poco debido al número reducido de casos encontrados para el estudio.

Los lapsos entre fecha de accidente y fecha de dictamen (Tabla 11) en 6 de los 11 casos es muy amplio en meses, lo que se aclara con la excepción del primer mas amplio rango que se debió a un trámite de revisión en calificación del porcentaje de P.C.L. y en los demás ante demoras en proceso de rehabilitación y trámites de recursos de reposición o apelación ante entidades de instancias anteriores; aunque en algunos casos particulares frente a secuelas del accidente (Tabla 13), los datos denotan sospecha de posible ganancia secundaria ya que los daños no fueron tan severos (Tabla 15) y teniendo en cuenta que este porcentaje aplicado a la valoración integral de las deficiencias es que logra hacerse significativo.

Igualmente atrae la atención el hecho de no establecer con objetividad otros orígenes de la Depresión para esclarecer comorbilidad (Tabla 19) ni se verificó la eficacia de los tratamientos (Tabla 20).

El TEPT es quizá el mas fácil de prevenir de todos los procesos psiquiátricos y en el campo de la salud laboral, tal vez sea el mas previsible de todas las lesiones relacionadas con el trabajo. Puesto que su aparición tiene un nexo evidente con el

acontecimiento específico, el tratamiento puede centrarse en la prevención, proporcionando una educación y asesoramiento preventivos poco después de la exposición al trauma, las reacciones de estrés posteriores pueden reducirse al mínimo, o inclusive evitarse. Que la intervención sea preventiva o terapéutica dependerá en gran parte del momento en que se produzca, pero la metodología aplicable es básicamente idéntica.

6.1 LIMITACIONES

Las limitaciones que surgieron durante la realización de este estudio son las que a continuación se describen:

- Conceptual: en Colombia hay escasa bibliografía sobre casos de trastorno de estrés postraumático ocupacional secundario a un accidente de trabajo, lo cual obliga a consultar la información pertinente en fuentes de otros países y homologar la situación de éstos con la colombiana de acuerdo con los patrones de recurrencia del fenómeno y las condiciones ambientales y laborales de cada uno.
- Espacial: el tamaño de la muestra es relativamente limitado debido a la escasez de casos reconocidos y dictaminados como tales por la Junta de Calificación de Invalidez del Magdalena en el periodo estudiado.
- Operacional: durante la etapa de investigación SI3 observaron vacíos en las historias clínicas lo cual dificultó en esa fase la recopilación de los datos clínicos, personales y patológicos del paciente que hubieran permitido la optimización del estudio del caso.

6.2 RECOMENDACIONES

Realizar un estudio con mayor población de muestra, que abarque información de las Juntas del territorio Nacional, limitando una compilación bibliográfica del TEPT con investigaciones en el país para darle mayor contundencia y consistencia a la capacidad explicativa de sus manifestaciones, su etiología real y magnitud en nuestro medio, y en consecuencia aumentaría la trascendencia del mismo y aportaría mucho más al desarrollo del conocimiento en este sentido.

Mejorar la calidad diagnóstica de la patología utilizando todos los recursos clínicos y paraclínicos disponibles: valoraciones por psiquiatría, psicología, trabajo social; marcadores biológicos para estrés que descarten comorbilidad (EEG, ECGK, electromiografía, pupilometría, ionograma, corticosteroides, prueba de saliva y orina para observar alcalinidad), aplicación de test psicológicos relacionados (Perfil psicológico, prueba de personalidad, antecedentes psicológicos, Escala Diagnóstica para la evaluación del T.E.P.T. - DSMIV), valoración del entorno familiar y social (Sociograma, proceso de atención en el sistema, adaptabilidad en la empresa, accesibilidad de recursos locativos); lo cual nos da una mayor certeza científica, realizando diagnósticos y manejos oportunos en beneficio de la calidad de vida del paciente, también nos serviría para detectar los simuladores y evitar las ganancias secundarias respectivas.

Un análisis más minucioso por parte de los miembros de juntas de calificaciones de las situaciones clínicas dadas. Con base en la definición y la historia natural de la enfermedad se pueden apreciar en el estudio varios casos, en que las lesiones no son aparentemente de la magnitud para desencadenar un TEPT, dejando la duda clínica de un diagnóstico acertado.

Fomentar en los subprogramas de medicina preventiva y del trabajo mayor capacitación sobre examen mental a nivel de empresas, con el objetivo de realizar como parte de exámenes de ingreso, perfiles profesionales y rasgos de personalidad del aspirante lo mas optimo posible, al igual que la aplicación de test psicológicos como parte de los exámenes periódicos que nos permitan la mayor aproximación a los estados mentales y condiciones emocionales-conductuales de los trabajadores. Desafortunadamente en ninguno de los expedientes revisados aparece este tipo de valoraciones.

Es importante fomentar medidas preventivas entre la población de riesgo y realizar campañas entre la población expuesta como con los entes u organismos responsables de Salud, con objeto de instaurar un tratamiento temprano y eficaz que minimice las secuelas que deja este síndrome entre quienes lo padecen así como las consecuencias derivadas para el individuo, su familia y la sociedad en general.

De lo anterior se infiere la necesidad de crear equipos de trabajo a nivel de las entidades responsables de este proceso, para fortalecer y abordar mas precozmente a los trabajadores que han vivido eventos traumáticos de gran impacto emocional y de esta manera evitar la catástrofe clínica que representa para ello el estrés postraumático.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Se efectuó planificación de las actividades por semanas a partir del día 7 de diciembre de 2006.

ACTIVIDADES	SEMANA 1	SEMANA2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6
I. ETAPA: PLANIFICACION DEL TRABAJO						
REVISION DE EXPEDIENTES MEDICOS	■	■				
REVISION BIBLIOGRAFICA			■			
DEFINICION DE VARIABLES			■			
FORMULACION DE OBJETIVOS ESPECIFICOS			■			
DEFINICION DE METODOLOGIA			■			
II. EJECUCION DEL TRABAJO						
RECOLECCION DE INFORMACION			■	■		
REVISION DE INFORMACION			■	■		
TABULACION					■	■
ELABORACION DE PRESENTACION GRAFICA					■	■
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS						■
III. ETAPA. DIVULGACION						
REALIZACION DE INFORME DE RESULTADOS						■

BIBLIOGRAFIA

Archives of General Psychiatry, enero del 2007. en
http://www.nim.nih.gov/medlineplus/Spanish/news/fullstory_43624.htm.

KRISTENSE, T.C. Kornitzer, M, Cardiovascular Diseases, Social Factors, Stress and work, Position paper for the European Heart Network, 1997

Primary Care Treatment of Post-traumatic Stress Disorder (Tratamiento de atención primaria del trastorno de estrés postraumático) (American Family Physician September 1.2000. En: www.aafp.org/afp/20000901/1035.html)

RIVERA, Luís Respuesta del estrés y enfermedades profesionales: una perspectiva integral. En: Revista de la Sociedad Colombiana de Medicina del Trabajo Vol. 6 No.2 Julio de 2003, pp, 222

Siegrist J (2002) Effort-Reward imbalance at Work and Health. En Pamela, L, Perrewe (2002). Historical and Current Perspectives on Stress and Health New Mexico, Elsevier Science.

VALLEJO, Fabián Derecho procesal del trabajo y de la seguridad social 3º Edición 2004. Editorial Librería Jurídica Sánchez Ltda., Bogotá 204.

VILLALOBOS, Gloria, Estrés laboral y enfermedad, compleja interacción. En P & S protección y seguridad Consejo Colombiano de Seguridad No. 301 Mayo a Junio de 2005 pp 34.

----Ministerio de la Protección Social y Pontificia Universidad Javeriana,
Subcentro de Seguridad Social y Riesgo profesionales. Protocolo para la
determinación del origen de las patologías derivadas del estrés. Bogotá, 2004

ANEXOS

ANEXO FORMATO DEL DICTAMEN.

FORMULARIO PARA LA CALIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA CAPACIDAD LABORAL Y DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

DICTAMEN

ENTIDAD

FECHA RECEPCIÓN SOLICITUD	DD	MM	AA	FECHA DEL DICTAMEN	DD	MM	AA

1. DATOS PERSONALES DEL CALIFICADO			
NOMBRES			
APELLIDOS			
NACIONALIDAD		ESTADO CIVIL	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO
DD	MM	AA	
ESCOLARIDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Primarios	<input type="checkbox"/>	C.C.	<input type="checkbox"/>
Secundarios	<input type="checkbox"/>	T.L.	<input type="checkbox"/>
Técnicos	<input type="checkbox"/>	C.E.	<input type="checkbox"/>
Universitarios	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Especialista	<input type="checkbox"/>	Numero	<input type="text"/>
Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Ciudad de Expedición	<input type="text"/>
Otro	<input type="checkbox"/>		

2. ANTECEDENTES LABORALES DEL CALIFICADO	
DESCRIPCIÓN DEL CARGO ACTUAL	
ACTIVIDAD ECONOMICA DE LA EMPRESA	
DENOMINACIÓN DEL CARGO ACTUAL	
ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA	
ANTIGÜEDAD EN EL CARGO	
DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS DEL CARGO:	

3. ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN LABORAL			
EMPRESA	CARGO	RIESGOS	TEMPO

4. DIAGNÓSTICO MOTIVO DE CALIFICACIÓN	
<input type="text"/>	

5. FUNDAMENTOS DE CALIFICACIÓN	
DOCUMENTOS TENDIDOS EN CUENTA	
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>
HISTORIA CLÍNICA COMPLETA	<input type="checkbox"/>
EPICRISIS O RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA	<input type="checkbox"/>
ACTA DE LEVANTAMIENTO DEL CADAVER	<input type="checkbox"/>
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	<input type="checkbox"/>
ANÁLISIS PUESTO DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>
EXÁMENES PRE-OCCUPACIONALES	<input type="checkbox"/>
EXÁMENES PERIÓDICOS OCCUPACIONALES	<input type="checkbox"/>
EXÁMENES POST-OCCUPACIONALES	<input type="checkbox"/>
CONCEPTO DE SALUD OCCUPACIONAL	<input type="checkbox"/>
OTROS CONCEPTOS DE FISIATRÍA Y PSIQUIATRÍA	<input type="checkbox"/>

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>1-</u>
1.	Razón Social	<u>Electrocorribe</u>
2.	Tipo de vinculator laboral	<input checked="" type="checkbox"/> Empleador
		2. Contratante
		3. Cooperativa de trabajo asociado
3.	Actividad Económica	<input checked="" type="checkbox"/> Servicios Públicos
		2. Transporte
		3. Construcción
		4. Ventas
		5. Seguridad
		6. Agrícola
		7. Otra actividad (Anote)
4.	Clase de Riesgo	<u>IV</u>
II CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
1.	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino
		2. Femenino
2.	Edad (años cumplidos)	<u>47 AÑOS</u>
3.	Escolaridad	<u>SECUNDARIA</u>
4.	Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> Planta
		2. Misión
		3. Cooperado
		4. Estudiante aprendiz
		5. Independiente
		6. Otro
5.	Ocupación habitual	<u>SAVIOS C</u>

6.	Tiempo de ocupación habitual		<u>TECNICO ELECTRICISTA</u>
III INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE			
1.	Fecha del accidente		<u>13 OCT 2000</u> dd mm aaaa
2.	Realizaba actividad habitual al momento del accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
3.	Tipo de accidente	<input type="checkbox"/> 1. Violencia <input type="checkbox"/> 2. Tránsito <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Recreativo o cultural <input checked="" type="checkbox"/> 5. Propio del trabajo	
4.	Lugar donde ocurrió el accidente	<input type="checkbox"/> 1. Dentro de la empresa <input checked="" type="checkbox"/> 2. Fuera de la empresa	
5.	Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		<u>TRAUMATISMO VERTEBRAL</u>
6.	Parte del cuerpo aparentemente afectado		
7.	Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	<input type="checkbox"/> 1. Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 2. Incapacidad permanente parcial <input type="checkbox"/> 3. Invalidez	
8.	Fecha del dictamen		<u>13 03 03</u> dd mm aaaa
9.	Porcentaje PCL		<u>39.9%</u>
IV INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA			
1.	Fecha de diagnóstico		<u>14 JUN 2002</u> dd mm aaaa
2.	Profesional que realiza el diagnóstico		<u>PSICOLOGICO</u>
3.	Tests Psicológicos aplicados	<input type="checkbox"/> 1. SI <input checked="" type="checkbox"/> 2. NO	
4.	Signos y síntomas		<u>INSOMNIO; Fobias; DESPERIMENTACION</u>
5.	Comorbilidad		<u>DEPRESION</u>
6.	Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO	
7.	Tipo de tratamiento		<u>PSICOFARMACOLOGICO</u>

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>Nº 2</u>
1	Razón Social	<u>Finca "Las Pobléz"</u>
2	Tipo de vinculator laboral	<input checked="" type="checkbox"/> Empleado
		2. Contratante
		3. Cooperativa de trabajo asociado
3.	Actividad Económica	1. Servicios Públicos
		2. Transporte
		3. Construcción
		4. Ventas
		5. Seguridad
		<input checked="" type="checkbox"/> Agrícola
		7. Otra actividad (Anote)
4.	Clase de Riesgo	<u>I</u>
II CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
1.	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino
		2. Femenino
2.	Edad (años cumplidos)	<u>48 A</u>
3.	Escolaridad	<u>PRIMARIO</u>
4.	Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> Planta
		2. Misión
		3. Cooperado
		4. Estudiante aprendiz
		5. Independiente
		6. Otro _____
5.	Ocupación habitual	<u>OFICIOS VARIOS</u>

1.	Tiempo de ocupación habitual		6.4 años
INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE			
2.	Fecha del accidente		25 / 11 / 2002 dd mm aaaa
3.	Realizaba actividad habitual al momento del accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
4.	Tipo de accidente	<input type="checkbox"/> 1. Violencia <input type="checkbox"/> 2. Tránsito <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Recreativo o cultural <input checked="" type="checkbox"/> Propio del trabajo	
5.	Lugar donde ocurrió el accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Dentro de la empresa <input type="checkbox"/> 2. Fuera de la empresa	
6.	Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		Lesión Globo ocular
7.	Parte del cuerpo aparentemente afectado		Globo ocular derecho
8.	Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	<input type="checkbox"/> 1. Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 2. Incapacidad permanente parcial <input type="checkbox"/> 3. Invalidez	
9.	Fecha del dictamen		26 / 11 / 2004. dd mm aaaa
10.	Porcentaje PCL		36.40%
V INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA			
1.	Fecha de diagnóstico		07 abril 2003 dd mm aaaa
2.	Profesional que realiza el diagnóstico		Psicólogo
3.	Tests Psicológicos aplicados	<input type="checkbox"/> 1. SI <input checked="" type="checkbox"/> 2. NO	
4.	Signos y síntomas		Ansiedad; bajo auto-estima
5.	Comorbilidad		DEPRESION
6.	Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO	
7.	Tipo de tratamiento		PSICOTERAPIA

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>2</u>
1.	Razón Social	<u>SEUMIO</u>
2.	Tipo de vinculator laboral	<input checked="" type="checkbox"/> Empleado
		2. Contratante
		3. Cooperativa de trabajo asociado
3.	Actividad Económica	1. Servicios Públicos
		2. Transporte
		3. Construcción
		4. Ventas
		5. Seguridad
		6. Agrícola
		7. Otra actividad (Anote) <u>EXPLOTACION DE CARBON</u>
4.	Clase de Riesgo	<u>TN</u>
II CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
1.	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino
		2. Femenino
2.	Edad (años cumplidos)	<u>5 AÑOS</u>
3.	Escolaridad	<u>SECUNDARIA</u>
4.	Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> Planta
		2. Misión
		3. Cooperado
		4. Estudiante aprendiz
		5. Independiente
		6. Otro _____
5.	Ocupación habitual	<u>MAQUINISTA - LOCOMOTORA</u>

Tiempo de ocupación habitual		<u>7 años</u>	
I INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE			
Fecha del accidente		<u>16</u>	<u>07</u> <u>04</u>
		dd	mm aaaa
Realizaba actividad habitual al momento del accidente		<input checked="" type="checkbox"/> 1.	Si
		<input type="checkbox"/> 2.	No
Tipo de accidente		<input checked="" type="checkbox"/> 1.	Violencia
		<input type="checkbox"/> 2.	Tránsito
		<input type="checkbox"/> 3.	Deportivo
		<input type="checkbox"/> 4.	Recreativo o cultural
		<input type="checkbox"/> 5.	Propio del trabajo
Lugar donde ocurrió el accidente		<input type="checkbox"/> 1.	Dentro de la empresa
		<input checked="" type="checkbox"/> 2.	Fuera de la empresa
Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		<u>TRAUMA ACUSTICO</u>	
Parte del cuerpo aparentemente afectado		<u>OJOS</u>	
Consecuencia del accidente en la salud del trabajador		<input type="checkbox"/> 1.	Ninguna
		<input checked="" type="checkbox"/> 2.	Incapacidad permanente parcial
		<input type="checkbox"/> 3.	Invalidez
Fecha del dictamen		<u>24</u>	<u>JUN</u> <u>2005</u>
		dd	mm aaaa
Porcentaje PCL		<u>30.20%</u>	
IV INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA			
Fecha de diagnóstico		<u>14</u>	<u>MAY</u> <u>2005</u>
		dd	mm aaaa
Profesional que realiza el diagnóstico		<u>PSICUATRA</u>	
Tests Psicológicos aplicados		<input type="checkbox"/> 1.	SI
		<input checked="" type="checkbox"/> 2.	NO
Signos y síntomas		<u>Labilidad Afectiva, DOBLE CONTROL DE IMPULSOS</u>	
Comorbilidad		<u>ANSIEDAD</u>	
Tratamiento		<input checked="" type="checkbox"/> 1.	SI
		<input type="checkbox"/> 2.	NO
Tipo de tratamiento		<u>PSICO-FARMACOLOGICO</u>	

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>4</u>
1.	Razón Social	<u>CONSTRUCTORA JINUSUEJ Y ASOC</u>
2.	Tipo de vinculator laboral	<input checked="" type="checkbox"/> Empleador
		2. Contratante
		3. Cooperativa de trabajo asociado
3.	Actividad Económica	1. Servicios Públicos
		2. Transporte
		<input checked="" type="checkbox"/> 3. Construcción
		4. Ventas
		5. Seguridad
		6. Agrícola
		7. Otra actividad (Anote)
4.	Clase de Riesgo	<u>IV</u>
II CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
1.	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino
		2. Femenino
2.	Edad (años cumplidos)	<u>38 A</u>
3.	Escolaridad	<u>primario</u>
4.	Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> Planta
		2. Misión
		3. Cooperado
		4. Estudiante aprendiz
		5. Independiente
		6. Otro <u>RENTADO EN ACUBADO</u>
5.	Ocupación habitual	

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

I IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>2</u>
1.	Razón Social	<u>Solud Vida</u>
2.	Tipo de vinculator laboral	<input checked="" type="checkbox"/> Empleado
		2. Contratante
		3. Cooperativa de trabajo asociado
3.	Actividad Económica	1. <u>Servicios Públicos</u>
		2. Transporte
		3. Construcción
		4. Ventas
		5. Seguridad
		6. Agrícola
		7. Otra actividad (Anote) <u>A.R.S</u>
4.	Clase de Riesgo	<u>I</u>
II CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
1.	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino
		2. Femenino
2.	Edad (años cumplidos)	<u>35 años</u>
3.	Escolaridad	<u>secundario</u>
4.	Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> Planta
		2. Misión
		3. Cooperado
		4. Estudiante aprendiz
		5. Independiente
		6. Otro _____
5.	Ocupación habitual	<u>YOTOS</u>

6.	Tiempo de ocupación habitual		10 años
III INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE			
1.	Fecha del accidente		05 JUN 2004 dd mm aaaa
2.	Realizaba actividad habitual al momento del accidente	<input checked="" type="checkbox"/>	Si
		2.	No
3.	Tipo de accidente	1.	Violencia
		<input checked="" type="checkbox"/>	Tránsito
		3.	Deportivo
		4.	Recreativo o cultural
		5.	Propio del trabajo
4.	Lugar donde ocurrió el accidente	1.	Dentro de la empresa
		<input checked="" type="checkbox"/>	Fuera de la empresa
5.	Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		Politraumatismo
6.	Parte del cuerpo aparentemente afectado		Rodillo, pierna derecha
7.	Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	1.	Ninguna
		<input checked="" type="checkbox"/>	Incapacidad permanente parcial
		3.	Invalidez
8.	Fecha del dictamen		05 12 2006 dd mm aaaa
9.	Porcentaje PCL		32.75%
IV INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA			
1.	Fecha de diagnóstico		09 SEPT 2006 dd mm aaaa
2.	Profesional que realiza el diagnóstico		PSI QUOTRUO
3.	Tests Psicológicos aplicados	1.	SI
		<input checked="" type="checkbox"/>	NO
4.	Signos y síntomas		Labilidad afectiva, ideas compulsivas, insomnio
5.	Comorbilidad		social de meses 10/06
6.	Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	SI
		2.	NO
7.	Tipo de tratamiento		psico farmacológico

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>Nº 6</u>
1.	Razón Social	<u>INTERCASEO</u>
	Tipo de vinculator laboral	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Empleador <input type="checkbox"/> 2. Contratante <input type="checkbox"/> 3. Cooperativa de trabajo asociado
2.	Actividad Económica	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Servicios Públicos <input type="checkbox"/> 2. Transporte <input type="checkbox"/> 3. Construcción <input type="checkbox"/> 4. Ventas <input type="checkbox"/> 5. Seguridad <input type="checkbox"/> 6. Agrícola <input type="checkbox"/> 7. Otra actividad (Anote)
4.	Clase de Riesgo	<u>II</u>
II. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
1.	Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 2. Femenino
2.	Edad (años cumplidos)	<u>41 años</u>
3.	Escolaridad	<u>PRIMARIO</u>
4.	Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Planta <input type="checkbox"/> 2. Misión <input type="checkbox"/> 3. Cooperado <input type="checkbox"/> 4. Estudiante aprendiz <input type="checkbox"/> 5. Independiente <input type="checkbox"/> 6. Otro
5.	Ocupación habitual	<u>ESCOBITO</u>

	Tiempo de ocupación habitual		<u>3 años</u>
I INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE			
	Fecha del accidente		<u>19</u> <u>ABR</u> <u>95</u> dd mm aaaa
	Realizaba actividad habitual al momento del accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
	Tipo de accidente	<input type="checkbox"/> 1. Violencia <input checked="" type="checkbox"/> 2. Tránsito <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Recreativo o cultural <input type="checkbox"/> 5. Propio del trabajo	
	Lugar donde ocurrió el accidente	<input type="checkbox"/> 1. Dentro de la empresa <input checked="" type="checkbox"/> 2. Fuera de la empresa	
	Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		<u>Dolimiento crónico</u>
	Parte del cuerpo aparentemente afectado		<u>M. SUP e INF. Derecho</u>
	Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	<input type="checkbox"/> 1. Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 2. Incapacidad permanente parcial <input type="checkbox"/> 3. Invalidez	
	Fecha del dictamen		<u>30</u> <u>JUN</u> <u>05</u> dd mm aaaa
	Porcentaje PCL		<u>25.79%</u>
IV INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGÍA			
	Fecha de diagnóstico		<u>15</u> <u>ABR</u> <u>2006</u> dd mm aaaa
	Profesional que realiza el diagnóstico		<u>psiquiatra</u>
	Tests Psicológicos aplicados	<input type="checkbox"/> 1. SI <input checked="" type="checkbox"/> 2. NO	
	Signos y síntomas		<u>Insomnio, ansiedad</u> <u>De-experimentación</u>
	Comorbilidad		<u>Depresión</u>
	Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO	
	Tipo de tratamiento		<u>psicofarmacológico</u>

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

Tiempo de ocupación habitual		18 años
INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE		
Fecha del accidente		17 SEP 2002 dd mm aaaa
Realizaba actividad habitual al momento del accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
Tipo de accidente	<input type="checkbox"/> 1. Violencia <input type="checkbox"/> 2. Tránsito <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Recreativo o cultural <input checked="" type="checkbox"/> 5. Propio del trabajo	
Lugar donde ocurrió el accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Dentro de la empresa <input type="checkbox"/> 2. Fuera de la empresa	
Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		ESTRUCOSION
Parte del cuerpo aparentemente afectado		antebrazo derecho (amputación)
Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	<input type="checkbox"/> 1. Ninguna <input type="checkbox"/> 2. Incapacidad permanente parcial <input checked="" type="checkbox"/> 3. Invalidez	
Fecha del dictamen		23 SEPT 2005 dd mm aaaa
Porcentaje PCL		50.35%
INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA		
Fecha de diagnóstico		28 NOV 2005 dd mm aaaa
Profesional que realiza el diagnóstico		psicóloga FORNICE
Tests Psicológicos aplicados	<input type="checkbox"/> 1. SI <input checked="" type="checkbox"/> 2. NO	
Signos y síntomas		reacción maníaca, trast. obs. sueño
Comorbilidad		depresión
Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO	
Tipo de tratamiento		psico farmacológico

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. _____
Razón Social		_____
Tipo de vinculador laboral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleador 2. Contratante 3. Cooperativa de trabajo asociado 	
Actividad Económica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios Públicos 2. Transporte 3. Construcción 4. Ventas 5. Seguridad 6. Agrícola 7. Otra actividad (Anote) 	
Clase de Riesgo		_____
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
Sexo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino 	
Edad (años cumplidos)		_____
Escolaridad		_____
Tipo de vinculación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planta 2. Misión 3. Cooperado 4. Estudiante aprendiz 5. Independiente 6. Otro _____ 	

Ocupación habitual		_____
Tiempo de ocupación habitual (meses)		_____
INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE		
Fecha del accidente		____ / ____ / ____ dd mm aaaa
Realizaba actividad habitual al momento del accidente	1. Si 2. No	
Tipo de accidente	1. Violencia 2. Tránsito 3. Deportivo 4. Recreativo o cultural 5. Propio del trabajo	
Lugar donde ocurrió el accidente	1. Dentro de la empresa 2. Fuera de la empresa	
Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		_____
Parte del cuerpo aparentemente afectado		_____
Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	1. Ninguna 2. Incapacidad permanente parcial 3. Invalidez	
Fecha del dictamen		____ / ____ / ____ dd mm aaaa
Porcentaje PCL		_____
INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA		
Fecha de diagnóstico		____ / ____ / ____ dd mm aaaa
Profesional que realiza el diagnóstico		_____
Tests Psicológicos aplicados	1. SI 2. NO	
Signos y síntomas		_____ _____
Comorbilidad		_____
Tratamiento	1. SI 2. NO	
Tipo de tratamiento		_____

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>47</u>
Razón Social		<u>COLVISEC - HADE</u>
Tipo de vinculador laboral	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Empleador	
	<input type="checkbox"/> 2. Contratante	
	<input type="checkbox"/> 3. Cooperativa de trabajo asociado	
Actividad Económica	<input type="checkbox"/> 1. Servicios Públicos	
	<input type="checkbox"/> 2. Transporte	
	<input type="checkbox"/> 3. Construcción	
	<input type="checkbox"/> 4. Ventas	
	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Seguridad	
	<input type="checkbox"/> 6. Agrícola	
	<input type="checkbox"/> 7. Otra actividad (Anote)	
Clase de Riesgo		<u>IV</u>
I CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino	
	<input type="checkbox"/> 2. Femenino	
Edad (años cumplidos)		<u>50 años</u>
Escolaridad		<u>Secundaria</u>
Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Planta	
	<input type="checkbox"/> 2. Misión	
	<input type="checkbox"/> 3. Cooperado	
	<input type="checkbox"/> 4. Estudiante aprendiz	
	<input type="checkbox"/> 5. Independiente	
	<input type="checkbox"/> 6. Otro	
Ocupación habitual		<u>SUPERVISOR</u>

Tiempo de ocupación habitual		5 años
INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE		
Fecha del accidente		31 DIC 2004 dd mm aaaa
Realizaba actividad habitual al momento del accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
Tipo de accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Violencia <input type="checkbox"/> 2. Tránsito <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Recreativo o cultural <input type="checkbox"/> 5. Propio del trabajo	
Lugar donde ocurrió el accidente	<input type="checkbox"/> 1. Dentro de la empresa <input checked="" type="checkbox"/> 2. Fuera de la empresa	
Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		Herido por arma de fuego
Parte del cuerpo aparentemente afectado		Dedo Anular derecho (Dolor Neuropático)
Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	<input type="checkbox"/> 1. Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 2. Incapacidad permanente parcial <input type="checkbox"/> 3. Invalidez	
Fecha del dictamen		07 Abril 06 dd mm aaaa
Porcentaje PCL		41.85%
INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA		
Fecha de diagnóstico		07 NOV 2005 dd mm aaaa
Profesional que realiza el diagnóstico		Psicólogo
Tests Psicológicos aplicados	<input checked="" type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO	
Signos y síntomas		Baja Autoestima, Lentitud, Trast. del sueño
Comorbilidad		Depresión
Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO	
Tipo de tratamiento		Psicoterapéutico

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>8</u>
Razón Social		<u>DOCCIMMORAS</u>
Tipo de vinculatorio laboral	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Empleador	
	<input type="checkbox"/> 2. Contratante	
	<input type="checkbox"/> 3. Cooperativa de trabajo asociado	
Actividad Económica	<input type="checkbox"/> 1. Servicios Públicos	
	<input type="checkbox"/> 2. Transporte	
	<input type="checkbox"/> 3. Construcción	
	<input type="checkbox"/> 4. Ventas	
	<input type="checkbox"/> 5. Seguridad	
	<input type="checkbox"/> 6. Agrícola	
	<input type="checkbox"/> 7. Otra actividad (Añote)	<u>EXPLOTAÇÃO DE CARBÃO</u>
I. Clase de Riesgo		<u>D</u>
II. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
1. Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino	
	<input type="checkbox"/> 2. Femenino	
2. Edad (años cumplidos)		<u>41 AÑOS</u>
3. Escolaridad		<u>SECUNDARIA</u>
4. Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Planta	
	<input type="checkbox"/> 2. Misión	
	<input type="checkbox"/> 3. Cooperado	
	<input type="checkbox"/> 4. Estudiante aprendiz	
	<input type="checkbox"/> 5. Independiente	
	<input type="checkbox"/> 6. Otro	<u>Mecánico de BONDOS</u>
5. Ocupación habitual		

1.	Tiempo de ocupación habitual		11 AÑOS
INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE			
2.	Fecha del accidente		15 DIC 2005 dd mm aaaa
3.	Realizaba actividad habitual al momento del accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
4.	Tipo de accidente	<input type="checkbox"/> 1. Violencia <input type="checkbox"/> 2. Tránsito <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Recreativo o cultural <input checked="" type="checkbox"/> 5. Propio del trabajo	
5.	Lugar donde ocurrió el accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Dentro de la empresa <input type="checkbox"/> 2. Fuera de la empresa	
6.	Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		lesión contusa
7.	Parte del cuerpo aparentemente afectado		Organos Internos - Col duro - duras
8.	Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	<input type="checkbox"/> 1. Ninguna <input type="checkbox"/> 2. Incapacidad permanente parcial <input type="checkbox"/> 3. Invalidez	
9.	Fecha del dictamen		19 11 2006 dd mm aaaa
10.	Porcentaje PCL		34.14%
V INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA			
11.	Fecha de diagnóstico		18 MAY 2005 dd mm aaaa
12.	Profesional que realiza el diagnóstico		PSIQUIATRA
13.	Tests Psicológicos aplicados	<input type="checkbox"/> 1. SI <input checked="" type="checkbox"/> 2. NO	
14.	Signos y síntomas		ansiedad, atenuación de estado de ánimo, insomnio
15.	Comorbilidad		comorbida
16.	Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO	
17.	Tipo de tratamiento		psicofarmacológico

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>9</u>
Razón Social		<u>CENPEJON</u>
Tipo de vinculador laboral	<input checked="" type="checkbox"/> 1.	Empleador
	2.	Contratante
	3.	Cooperativa de trabajo asociado
i. Actividad Económica	1.	Servicios Públicos
	2.	Transporte
	3.	Construcción
	4.	Ventas
	5.	Seguridad
	6.	Agrícola
	7.	Otra actividad (Anote) <u>Explotación de Carbón</u>
4. Clase de Riesgo		
II CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
1. Sexo	<input checked="" type="checkbox"/> 1.	Masculino
	2.	Femenino
2. Edad (años cumplidos)		<u>43 años</u>
3. Escolaridad		<u>PRIMARIO</u>
4. Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/> 1.	Planta
	2.	Misión
	3.	Cooperado
	4.	Estudiante aprendiz
	5.	Independiente
	6.	<u>Aux. de Mantenimiento</u>
5. Ocupación habitual		<u>Aux. de Mantenimiento</u>

Tiempo de ocupación habitual		130 días
INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE		
Fecha del accidente		15 / 11 / 2003 dd mm aaaa
Realizaba actividad habitual al momento del accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
Tipo de accidente	<input type="checkbox"/> 1. Violencia <input type="checkbox"/> 2. Tránsito <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Recreativo o cultural <input checked="" type="checkbox"/> 5. Propio del trabajo	
Lugar donde ocurrió el accidente	<input type="checkbox"/> 1. Dentro de la empresa <input type="checkbox"/> 2. Fuera de la empresa	
Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		Amputación
Parte del cuerpo aparentemente afectado		Antebrazo izquierdo (Zunada)
Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	<input type="checkbox"/> 1. Ninguna <input type="checkbox"/> 2. Incapacidad permanente parcial <input checked="" type="checkbox"/> 3. Invalidez	
Fecha del dictamen		05 / 11 / 2005 dd mm aaaa
Porcentaje PCL		52%
V INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA		
Fecha de diagnóstico		10 / 08 / 2005 dd mm aaaa
Profesional que realiza el diagnóstico		PSI GUSTAVO
Tests Psicológicos aplicados	<input type="checkbox"/> 1. SI <input checked="" type="checkbox"/> 2. NO	
Signos y síntomas		Identidad, Incomodidad, BOP. IDENTITARIO
Comorbilidad		Depresión
Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO	
Tipo de tratamiento		Psicofarmacológico

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>10</u>
Razón Social		<u>José Celador Cía</u>
Tipo de vinculator laboral	<input checked="" type="checkbox"/>	Empleador
	2.	Contratante
	3.	Cooperativa de trabajo asociado
Actividad Económica	1.	Servicios Públicos
	<input checked="" type="checkbox"/>	Transporte
	3.	Construcción
	4.	Ventas
	5.	Seguridad
	6.	Agrícola
	7.	Otra actividad (Anote)
Clase de Riesgo		<u>III</u>
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Masculino
	2.	Femenino
Edad (años cumplidos)		<u>43 años</u>
Escolaridad		<u>Primario</u>
Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Planta
	2.	Misión
	3.	Cooperado
	4.	Estudiante aprendiz
	5.	Independiente
	6.	Otro <u>conductor</u>
Ocupación habitual		

Tiempo de ocupación habitual		2 años
INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE		
Fecha del accidente		03 JUN 2006 dd mm aaaa
Realizaba actividad habitual al momento del accidente	1. Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
Tipo de accidente	1. Violencia 2. Tránsito 3. Deportivo 4. Recreativo o cultural 5. Propio del trabajo	
Lugar donde ocurrió el accidente	1. Dentro de la empresa <input checked="" type="checkbox"/> Fuera de la empresa	
Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		polipodio no traumático
Parte del cuerpo aparentemente afectado		cataratas, femur, fíbula, tibia
Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	1. Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Incapacidad permanente parcial 3. Invalidez	
Fecha del dictamen		19 NOV 2006 dd mm aaaa
Porcentaje PCL		41.62%
INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGÍA		
Fecha de diagnóstico		03 JUN 2006 dd mm aaaa
Profesional que realiza el diagnóstico		PSI GUILLERMO
Tests Psicológicos aplicados	<input checked="" type="checkbox"/> SI 2. NO	
Signos y síntomas		ansiedad, hipo. autístico EXPERIMENTALISMO
Comorbilidad		ENFERMEDAD
Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> SI 2. NO	
Tipo de tratamiento		psicofarmacológico

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita - Md. Luis Miguel Martínez Montes

**ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO SECUNDARIO A ACCIDENTE DE TRABAJO
CALIFICADO POR LA JUNTA DE INVALIDEZ DEL MAGDALENA EN EL
PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DE 2007**

IDENTIFICACIÓN GENERAL DE LA EMPRESA		Encuesta No. <u>11</u>
Razón Social		<u>COOPERATIVAS</u>
Tipo de vinculatorio laboral	<input checked="" type="checkbox"/>	Empleador
	2.	Contratante
	3.	Cooperativa de trabajo asociado
Actividad Económica	1.	Servicios Públicos
	<input checked="" type="checkbox"/>	Transporte
	3.	Construcción
	4.	Ventas
	5.	Seguridad
	6.	Agrícola
	7.	Otra actividad (Anote)
Clase de Riesgo		
CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		
Sexo	<input checked="" type="checkbox"/>	Masculino
	2.	Femenino
Edad (años cumplidos)		<u>33 años</u>
Escolaridad		<u>Secundaria</u>
Tipo de vinculación	<input checked="" type="checkbox"/>	1. Planta
		2. Misión
		3. Cooperado
		4. Estudiante aprendiz
		5. Independiente
		6. Otro <u>Agente de BCO</u>
Ocupación habitual		

Tiempo de ocupación habitual		<u>3 años</u>
INFORMACIÓN SOBRE ACCIDENTE		
Fecha del accidente		<u>24</u> <u>12</u> <u>2005</u> dd mm aaaa
Realizaba actividad habitual al momento del accidente	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
Tipo de accidente	<input type="checkbox"/> 1. Violencia <input checked="" type="checkbox"/> 2. Tránsito <input type="checkbox"/> 3. Deportivo <input type="checkbox"/> 4. Recreativo o cultural <input type="checkbox"/> 5. Propio del trabajo	
Lugar donde ocurrió el accidente	<input type="checkbox"/> 1. Dentro de la empresa <input checked="" type="checkbox"/> 2. Fuera de la empresa	
Tipo de lesión ocurrida en el trabajador		<u>Aplastamiento</u>
Parte del cuerpo aparentemente afectado		<u>Dedo Medio Izq.</u>
Consecuencia del accidente en la salud del trabajador	<input type="checkbox"/> 1. Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> 2. Incapacidad permanente parcial <input type="checkbox"/> 3. Invalidez	
Fecha del dictamen		<u>24</u> <u>10</u> <u>2006</u> dd mm aaaa
Porcentaje PCL		<u>17 %</u>
INFORMACIÓN SOBRE PATOLOGIA		
Fecha de diagnóstico		<u>16</u> <u>Feb</u> <u>2006</u> dd mm aaaa
Profesional que realiza el diagnóstico		<u>Psicólogo</u>
Tests Psicológicos aplicados	<input type="checkbox"/> 1. SI <input checked="" type="checkbox"/> 2. NO	
Signos y síntomas		<u>Aislamiento; Sensación de miembro fantasma</u>
Comorbilidad		<u>Depresión</u>
Tratamiento	<input checked="" type="checkbox"/> 1. SI <input type="checkbox"/> 2. NO	
Tipo de tratamiento		<u>psicofarmacológico</u>

ENCUESTADORES: Ps. Nelly Ortega Angarita – Md. Luis Miguel Martínez Montes