



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE PSICOLOGIA ORGANIZACIONAL

RASGOS DE PERSONALIDAD EN UN GRUPO DE TRABAJADORES
CON AMPUTACIÓN DE MIEMBRO SUPERIOR, COMO CONSECUENCIA DEL
ACCIDENTE LABORAL

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE
PSICÓLOGO ORGANIZACIONAL

JULIANA QUIÑONES BARRERA
LELLY MILENA SÁNCHEZ AMADO
ARP-ISS. SECCION AL, SANTANER



BAJO LA DIRECCIÓN DEL PSICÓLOGO JORGE CHACON AFANADOR

BUCARAMANGA, AGOSTO DEL 2000

M

Agradecimientos

A **Dios**, con su infinita bondad, por ser mi guía y protector.

A **mi abuela**, por su hermoso recuerdo, por su luz permanente.

A **mi madre**, por su gran corazón, por su abnegación, su entrega y por hacerme la persona de hoy.

A **mi padre**, con el amor y afecto más profundo, por su calidad humana. No solo por regalarme sus experiencias, sino por convertirse en una voz crítica, implacable y dulce.

A ellos dos, por sus afectuosos esfuerzos para educar a una familia de siete hijos.

- A ellos, mi título - .

Al Cuerpo Docente de la **UNAB**, por formarme como Psicóloga.

De manera especial, deseo expresar mi gratitud a tres personas que de una u otra manera, estuvieron muy cerca:

Al **Doctor Jorge Enrique Chacón**, cuyas valiosas ideas y planteamientos, guiaron este trabajo desde su concepción misma, hasta su finalización.

A mi hermano **Carlos**, por su gran colaboración e invaluable aportes, por contribuir desinteresadamente con su tiempo y conocimientos a este trabajo.

A **Jairo Claret**, quien fue en incontables ocasiones, no solo mi asesor científico y literario, sino mi aliento y apoyo. Quien como ninguna otra persona, pudo orientarme, al escuchar y soportar con amor, los penosos inviernos intelectuales que puede vivir todo investigador.

A mis hermanos, **Francy, Claudia, Marcela, Ramiro y Angela**; su confianza, respaldo y buen humor, hicieron que esta tarea fuera más fácil.

A **Andrés, Diana Marcela y Jonathan**, por ser un bello motivo.

A **Milena**, una gran compañera, siempre.

A mis **amigos**,

De todos ellos, esta obra....

Juliana.

Agradecimientos

A **Dios**, con su infinita bondad, por ser mi guía y protector.

A **mi abuela**, por su hermoso recuerdo, por su luz permanente.

A **mi madre**, por su gran corazón, por su abnegación, su entrega y por hacerme la persona de hoy.

A **mi padre**, con el amor y afecto más profundo, por su calidad humana. No solo por regalarme sus experiencias, sino por convertirse en una voz crítica, implacable y dulce.

A ellos dos, por sus afectuosos esfuerzos para educar a una familia de siete hijos.

- A ellos, mi título-

Al cuerpo Docente de la **UNAB**, por formarme con Psicóloga.

De manera especial, deseo expresar mi gratitud a tres personas que de una u otra manera, estuvieron muy cerca:

Al **Doctor Jorge Enrique Chacón**, cuyas valiosas ideas y planteamientos, guiarón este trabajo desde su concepción misma, hasta su finalización.

A mi hermano **Carlos**, por su gran colaboración e invaluable aportes, por contribuir desinteresadamente con su tiempo y conocimientos a este trabajo.

A **Jairo Claret**, quien fue en incontables ocasiones, no solo mi asesor científico y literario, sino mi aliento y apoyo. Quien como ninguna otra persona, pudo orientarme, al escuchar y soportar con amor, los penosos inviernos intelectuales que puede vivir todo investigador.

A mis hermanos, **Francy, Claudia, Marcela, Ramiro y Angela**; su confianza, respaldo y buen humor, hicieron que esta tarea fuera más fácil.

A **Andrés, Diana Marcela y Jonathan**, por se un bello motivo.

A **Milena**, una gran compañera, siempre.

A mis **amigos**,

De todos ellos, esta obra...

Juliana.

Agradecimientos

Es para mí motivo de orgullo y satisfacción el haber llegado a la culminación de mi carrera profesional; hoy al alcanzar este importante logro quiero agradecer:

A **Dios**, quien me permitió terminar una nueva etapa en mi vida, quien ha guiado mis pasos y esta siempre a mi lado.

Mi padre Lisandro, por ser mi gran apoyo y amigo, por su entrega, sacrificio y por sus sabios consejos, a él mil gracias y que Dios lo bendiga siempre.

Mi madre Yolanda, mi gran confidente, cuyo amor se manifiesta de tantas maneras, pero especialmente en su inagotable apoyo, paciencia y comprensión.

Mi nona Leonor, el mejor ejemplo digno de madurez que he conocido; de quien aprendí la virtud de la generosidad y la abnegación y quien desde mi niñez formó la persona que soy ahora.

Mis hermanos **Natalia, Alex, Yorleny, Cachito** quienes crecieron a mi lado, creyeron en mí y me brindaron un auténtico afecto y amistad.

Vanessa, Janine, Tatiana, Gisella, María Camila, María Alejandra y Johan Sebastian, mis hermanos menores, con quienes recupero las alegrías de la adolescencia y la infancia.

Ivan Ricardo Alvarado por su ternura, comprensión, afecto y por quien me conozco en su amor.

Al **Dr. Jorge Chacón**; por el aporte de sus conocimientos, su valioso tiempo y dedicación; por su empeño y orientación en el desarrollo de nuestra investigación.

A **Juliana Quiñones**, mi compañera de carrera y tesis, con quien confirmo el valor de la amistad.

A **mis amigos y profesores** con quienes he tenido la oportunidad de compartir en el transcurso de mi vivencia universitaria y quienes me han enriquecido con sus valiosos conocimientos y experiencias.

Podría continuar haciendo la lista de personas que me honran con su afecto y me ilustran con su ejemplo, pero me faltarían páginas. Ojalá, pueda con este trabajo de grado y conducta agradecer sus aportes durante lo que me queda de vida.

Gracias, los llevaré siempre en mí.

Lelly Milena Sánchez Amado.

TABLA DE CONTENIDO

Tabla de contenido.....	4
Lista de figuras.....	7
Lista de Tablas.....	8
Resumen.....	9
Título de la Investigación.....	11
Tipo de Investigación.....	11
Problema.....	11
Objetivos.....	12
Objetivo General.....	12
Objetivos Específicos.....	13
Justificación.....	13
Marco Teórico.....	15
Definición y Características de la Personalidad.....	16
Modelo Conductista.....	17
Modelo Social.....	18
Modelo Humanístico-existencial.....	20
La Personalidad desde el Modelo Psicodinámico.....	23
Freud y el Psicoanálisis.....	24
El Accidente Laboral.....	28
La Personalidad y su relación con el Accidente Laboral.....	32
Aportes de la Nosología y la Métrica al estudio de la Personalidad.....	33
Inventario Multifacético de la Personalidad (M.M.P.I).....	34
Escala de Validez.....	36

Interrogante.....	36
Sinceridad.....	37
Puntuación de Validez.....	38
Factor Corrector.....	38
Escalas Clínicas.....	38
Hipocondriasis.....	38
Depresión.....	39
Histeria.....	40
Desviación Psicopática.....	41
Masculinidad-Feminidad.....	41
Paranoia.....	41
Psicastenia.....	42
Esquizofrenia.....	42
Hipomanía.....	43
Introversión Social.....	43
Variables.....	44
Método.....	44
Población.....	44
Muestra.....	44
Instrumento.....	45
Resultados.....	46
Discusión.....	70
Sugerencias.....	78
Referencias.....	84

Anexos.....	86
Anexo A.....	87
Anexo B.....	89
Anexo C.....	94

Lista de Figuras

Figura 1: Distribución general y porcentaje de respuesta de la población en las escalas clínicas del MMPI.....	59
---	----

Lista de Tablas

Tabla 1:	Escala Hipocondriasis.....	47
Tabla 2:	Escala Depresión.....	48
Tabla 3:	Escala Histeria.....	49
Tabla 4:	Escala Desviación Psicopática.....	50
Tabla 5:	Escala Masculinidad-Feminidad.....	51
Tabla 6:	Escala Paranoia.....	52
Tabla 7:	Escala Psicastenia.....	53
Tabla 8:	Escala Esquizofrenia.....	54
Tabla 9:	Escala Manía.....	55
Tabla 10:	Escala Introversión Social	56
Tabla 11:	Resultados Generales.....	57
Tabla 12:	Intervalos para Hipocondriasis.....	89
Tabla 13:	Intervalos para Depresión.....	89
Tabla 14:	Intervalos para Histeria.....	90
Tabla 15:	Intervalos para Desviación Psicopática.....	90
Tabla 16:	Intervalos para Masculinidad-Feminidad.....	91
Tabla 17:	Intervalos para Paranoia.....	91
Tabla 18:	Intervalos para Psicastenia.....	92
Tabla 19:	Intervalos para Esquizofrenia.....	92
Tabla 20:	Intervalos para Manía.....	92
Tabla 21:	Intervalos para Introversión Social.....	93

Resumen

Desde la práctica organizacional de una estudiante de la facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, durante el segundo semestre de 1999, en la Aseguradora de Riesgos Profesionales (ARP) del Instituto del Seguro Social, seccional Santander; se observó que dentro del grupo de trabajadores afiliados, que sufren accidente laboral, existe un porcentaje considerable - según los reportes suministrados por la ARP- que genera como consecuencia la amputación de miembro superior.

De la observación realizada, surge el interés por una investigación, con el fin de identificar rasgos de la personalidad en un grupo de trabajadores que como consecuencia del accidente laboral sufren amputación de miembro superior; en cuanto a que ésta, es una lesión de tipo irreversible, y llega a ocasionar alteraciones a nivel psicológico, en el individuo; que requieren, la intervención, de los profesionales de esta área.

Desde la psicología -campo de los investigadores- existen diferentes modelos que han pretendido abordar este aspecto característico del ser humano: La Personalidad; entre ellos, el modelo cognitivo, el sistémico, el dinámico y el conductual.

En el desarrollo del presente trabajo se tomó como marco conceptual la teoría dinámica, la cual es abordada en el marco teórico.

Los hallazgos en esta investigación permitieron un acercamiento a los elementos estructurales que explican la personalidad de esta población, después de sufrir una amputación, como consecuencia de un accidente laboral.

Se utilizó como instrumento principal, el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (M.M.P.I) y como herramienta secundaria, una ficha técnica que contiene información acerca del accidente del trabajador.

Los datos arrojados permitieron comprobar, que sí existen características psicológicas grupales en esta población. Y por ende, que sí existen repercusiones a este nivel, en el sujeto, a partir de una lesión de carácter físico, como ésta. De donde se concluye, la importancia, de la contribución, de la Psicología, en problemáticas de este orden, no abordadas aún con profundidad, en el ámbito laboral; y de tanta relevancia cuando de la relación salud-mental trabajo, se trata.

RASGOS DE LA PERSONALIDAD EN UN GRUPO DE TRABAJADORES CON AMPUTACION DE MIEMBRO SUPERIOR, COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE LABORAL

Tipo de investigación

El presente trabajo, fue llevado a cabo por medio de una investigación de tipo descriptivo, cuyo objetivo es identificar los rasgos de la personalidad de un grupo de trabajadores, que como consecuencia de un accidente de trabajo, sufre amputación de miembro superior. Se hace necesario por lo tanto describir, para poder estudiar y analizar las variables: Rasgos de la personalidad y accidente laboral que genera amputación de miembro superior.

Problema

En la Aseguradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguro Social, seccional Santander, se ha venido observando una alta tasa de accidentalidad en su población afiliada, que genera lesiones incapacitantes e incluso irreversibles (como en el caso de las amputaciones, invalidez, ceguera) en la salud integral del trabajador.

La Aseguradora, ante los accidentes de trabajo, se encamina a determinar las causas de su ocurrencia, para establecer medidas de control y acciones dirigidas a preservar la salud de los trabajadores y por otra parte a mejorar la situación de máquinas, procesos y productos de las organizaciones.

Desde la presente investigación, la ARP-ISS, seccional Santander, se apoya en la competencia del psicólogo, para que desde los parámetros de su disciplina, logre constituir un programa de atención al trabajador afectado, por esta situación.

Entonces, lo que se pretende ratificar en esta investigación es:

¿ Qué rasgos de la personalidad comparte un grupo de trabajadores, con amputación de miembro superior, debido a un accidente laboral?.

Contestar esta pregunta, mediante esta investigación, permitirá orientar las políticas de Intervención de la ARP del Instituto de Seguro Social hacia otro ángulo, en lo referente a la rehabilitación del trabajador después de la presencia del accidente laboral, que genera amputación de miembro superior, así como también brindarle a las organizaciones en sí, un conocimiento más amplio de la situación del trabajador, después de sufrir este tipo de lesión. Del mismo modo, llegar a traspolar estos hallazgos a las diferentes seccionales pertenecientes al Instituto de Seguro Social, y a las distintas empresas del país, que estén afrontando una problemática similar.

Objetivos

Objetivo General

Identificar por medio de una investigación de tipo descriptivo, rasgos comunes de personalidad, de la población afiliada a la ARP- Instituto de Seguro Social, seccional Santander, que como consecuencia del accidente de trabajo sufre amputación en miembro superior; para llegar a plantear pautas de intervención relacionadas con la toma de decisiones de sus programas de rehabilitación, a las organizaciones directamente afectadas por este fenómeno.

Objetivos Específicos

-Señalar la distribución de la población, con respecto a las escalas clínicas propuestas por McKinley y Hathaway (1943), en la prueba de personalidad MMPI; instrumento utilizado durante la investigación.

-Establecer pautas de intervención, relacionadas con la salud mental del trabajador, después de sufrir el accidente laboral; que propendan al manejo y superación de dicha problemática, por parte de éste.

Justificación

Las Administradoras de Riesgos Profesionales deben ser más que compañías de seguros de vida, pues una de sus funciones es prevenir y establecer las prioridades de riesgo, para desarrollar programas de medicina laboral, higiene industrial y salud ocupacional.

En la práctica, las Aseguradoras de Riesgos Profesionales, están obligadas a realizar evaluaciones y diagnósticos de los posibles riesgos que corren los trabajadores de sus empresas afiliadas. Con base en estos diagnósticos, deben elaborar con la empresa un plan de acción para evitar cualquier tipo de accidente laboral o enfermedad profesional.

El riesgo en el trabajo no solamente está representado por los accidentes, sino también por el posible deterioro de la salud, causado por laborar en condiciones inadecuadas.

Como se enunció anteriormente, en el problema de esta investigación, la ARP- ISS, ante los accidentes de trabajo se encamina a determinar las causas de su ocurrencia, y de este modo a determinar medidas de control y acciones dirigidas a

preservar la salud de los trabajadores, así como también a mejorar la situación de máquinas, procesos y productos de las organizaciones. Descartando, de algún modo, la situación psicológica, del trabajador, después de sufrir un accidente. Situación, que se hace imposible de desconocer, como influyente, en todos los aspectos (personal, familiar, social, laboral) de la vida del sujeto; y por ende, en los diferentes procesos (producción, relaciones interpersonales, trabajo en equipo, identificación con la tarea, entre otros) de la organización, de la cual hace parte.

Al respecto conviene decir, que investigaciones apoyadas en la disciplina psicológica, desde la perspectiva de la rehabilitación en cuanto a la accidentalidad, no han sido desarrolladas por la ARP del Instituto de Seguro Social, seccional Santander; a pesar, de la alta tasa de accidentes, (con consecuencias graves, como la amputación) existente en su población afiliada; y a pesar de contar con un equipo interdisciplinario, competente para este tipo de labor.

Por lo tanto, establecer parámetros de rehabilitación, relacionados con el aspecto psicológico del trabajador, después de sufrir este tipo accidentes; se hace relevante en términos de contribución de la Psicología, en el ámbito de las organizaciones que debido al tipo de tarea que ejecutan sus trabajadores presentan una alta categoría de riesgo laboral, para que así en momentos administrativos como la reubicación del trabajador, se dé un proceso óptimo y adecuado, tanto para este último, como para la empresa.

Es así, como la tarea del Psicólogo, puede ampliar sus horizontes, más allá del entorno referido a la salud mental, (que tradicional e históricamente se le adjudica); para intervenir en otros aspectos del ser humano, -intervenciones que le permiten sus

conocimientos-, donde aborde necesidades reales de la población, y logre contribuir a resolver o mitigar, problemas concretos; favoreciendo así sin lugar a dudas, la creación de condiciones, para una adecuada calidad de vida.

Marco teórico

Según Sebellico, A. Antonelli, F. (1985),

El estudio de la personalidad permite entender los motivos que llevan al hombre a actuar, opinar, sentir, ser, de determinada manera. Del mismo modo, integra los conocimientos que puede adquirir por medio de la percepción, la motivación, el aprendizaje entre otras; así mismo aumenta la probabilidad de poder predecir con mayor exactitud la conducta de un individuo y ayuda a conocer cómo se interrelacionan los diferentes factores que la integran.

El estudio de la personalidad, es una de las áreas más polémicas dentro de la psicología; donde no existe acuerdo en la determinación de las variables esenciales a investigar, ni con respecto a que métodos de investigación y de evaluación son los más apropiados.

La personalidad, es un aspecto relevante, cuando de evaluar el estado psicológico del sujeto, (después un accidente), se trata. Desde este aspecto, se permite además, que mediante las herramientas de la disciplina psicológica, se contribuya a la prevención de nuevos accidentes y otras problemáticas que pueden surgir, a partir de la omisión de un trabajo de rehabilitación en estos sujetos.

Definición y Características de la Personalidad

Desde tiempos remotos, el hombre ha dirigido su atención hacia sí mismo en la búsqueda de una explicación de lo que sucede en su mundo interior, tal como se revela en su forma de pensar y de expresarse, en sus actitudes e intereses, en su comportamiento, en su carácter, en sus acciones y en su visión de vida; al respecto, Sebellico, A. Antonelli, F. (1985), enumeran diferentes definiciones que surgen acerca de la personalidad:

1. La cualidad o estado de ser una persona y no una abstracción, una cosa o un ser inferior. Alternativa que corresponde a un punto de vista filosófico, más bien global.

2. El complejo de características que distinguen a un individuo particular o que lo individualizan o caracterizan en sus relaciones con otros. Definición que proporciona, aparentemente, fundamentos más firmes, ya que compara a las personas de acuerdo con sus características distintivas (los sueños, las preferencias alimenticias, la actividad sináptica del cerebro, las interpretaciones de las manchas de tinta, las tensiones musculares, la escritura, la historia familiar, el orden del nacimiento, las actitudes políticas, sociales y económicas entre otras).

3. La totalidad de las tendencias manifiestas de un individuo a actuar o a comportarse, en especial con autoconciencia, o actuar sobre su ambiente, interactuar con él, percibirlo, reaccionar al mismo, o de algún otro modo influir significativamente sobre él o experimentarlo. Esta definición pone el énfasis en el estudio de la conducta, representa el difundido punto de vista según el cual si la psicología quiere ser científica, debe ocuparse solamente de lo observable.

4. La organización de los rasgos del carácter, las actitudes o los hábitos que distinguen al individuo.

Las diferentes teorías de la personalidad tratan de explicar en términos científicos quién es en realidad “el actor” y por qué asume determinados roles.

Para explicar la razón de que existan tantas personalidades diferentes, algunos especialistas conceden el mayor peso a los factores biológicos, y otros a los factores ambientales y psicológicos. Conforme a estos distintos enfoques se pueden distinguir varias orientaciones o modelos científicos. Los más importantes y significativos son el modelo “constitucional de la personalidad”, que considera como básicos los factores biológicos y por otra parte, los modelos : psicodinámico, conductista y humanístico, que abordan sobre todo los factores psicológicos y ambientales.

Existen, en psicología algunos modelos citados por Cuelli, J. Reidl, L (1973); que se aproximan al estudio de la personalidad, entre los que se encuentran:

1. Modelo Conductista.

Este modelo, plantea que la personalidad está compuesta de hábitos independientes y específicos de aprendizaje, concluyendo que el individuo hará en cada situación lo que el adiestramiento le ha enseñado a hacer en una situación determinada.

Dentro de este paradigma se encuentran algunos autores citados por Cuelli, J. Y Reidl, L (1973) como:

a. Watson, J.B. (1924): quien propone el conductismo, como “una nueva idea osada de que la psicología debe renunciar a la psique. Considera únicamente la conducta observable en relación con estímulos ambientales y no con los agentes

inobservables de la personalidad. Watson, argumenta que podría obtener conocimiento confiable sobre la conducta animal y la humana, al observar lo que hace el individuo en diferentes situaciones”.

b. Skinner, B.F. (1953): afirma que, “la personalidad no puede conocerse sino a través de deducciones de la conducta. Está interesado particularmente en controlar la conducta a través de sus consecuencias: es decir, estableciendo contingencias de reforzamiento por las que se recompense cierta conducta”.

2. Modelo Social

Este modelo, tiende a destacar el papel de los factores socio-culturales en el desarrollo de la personalidad y, especialmente en la maduración del ego.

Algunos de los autores que siguen este modelo, citados por Cuelli, J y Reidl, L, (1973), plantean:

a. Jung, C.G. (1913),

Se interesa especialmente en los determinantes psicoorgánicos, como los impulsos sexuales y agresivos, los complejos y arquetipos, y la fuerza dinámica de las necesidades viscerógenas y psicógenas; las teorías ego-sociales se centran en la influencia penetrante de las fuerzas socioculturales. Asume, que la conducta humana obedece a amores y odios, celos y rivalidades, envidias y resentimientos y otros apasionados intereses y afectos. Introduce la idea de impulso de autorrealización, pero opina que la mayoría de la gente no alcanza la individualidad sino más bien funciona principalmente al nivel de los impulsos y conflictos primitivos.

b. Murray, H. (1968),

La personalidad es el órgano gobernante del cuerpo; un instinto que desde el nacimiento hasta la muerte está incesantemente ocupado en las operaciones funcionales transformativas. La personalidad en cualquier momento de su historia es la constitución jerárquica, problemática, imperceptible, localizada en el cerebro en ese momento de la total o completa y compleja reserva de propiedades psicológicas entre relaciones dependientes de la sustancia y la estructura (elemental, asociativa, organizacional).

c. Adler, A. (1920): sostiene, que “el ser humano es capaz de autodirigirse y obtener algún control de sus propios destinos. Afirma que el hombre sólo puede funcionar completamente en ambientes sociales, como la familia, la comunidad, y los esfuerzos en equipo. Cree que los sentimientos sociales se derivan de las características inherentes del sujeto y no son producto de la sublimación”.

d. Horney, K. (1939),

Resalta el papel del ego y del Yo. Ve la anormalidad principalmente como la pérdida de contacto con el Yo real y la formación de una versión idealizada del Yo. Su objetivo es restituir el Yo real dinámico como la fuerza directriz en la vida de la persona enajenada. Plantea que algunos de los problemas principales de la vida son los conflictos que involucran a otras personas. Ve las necesidades sociales y las circunstancias ambientales como críticas en la formación y funcionamiento de la personalidad. Horney, sostiene que los problemas y conflictos principales

del hombre no son creados por su propia naturaleza, sino más bien por las demandas conflictivas de su cultura.

3. Modelo Humanístico-Existencial

Este modelo, plantea que una teoría adecuada de la personalidad debe tomar en cuenta los cambios radicales que ocurren de la niñez a la edad adulta del sujeto, en cuanto a motivación, cognición, crecimiento del Yo y el desarrollo de las habilidades; sumados estos atributos al significado que tienen para vivir como seres humanos.

Los psicólogos humanistas y existenciales afirman que sus teorías incluyen componentes capaces de abarcar mucho más de la naturaleza humana que otras teorías.

Algunos de los autores que siguen este modelo, citados por Cuelli, J y Reidl, L, (1973) plantean:

a. Maslow, A. (1961),

Expone, los más altos alcances de los potenciales humanos en su estudio de los autorrealizadores.

Maslow, duda la presunción tradicional de que evitar el dolor y la reducción de la tensión son los orígenes principales de la motivación para los seres humanos; en cambio, propone que los científicos de la personalidad examinen las luchas humanas para el desarrollo, la felicidad y la satisfacción. Considera la motivación humana como compuesta por diferentes niveles, cuya base jerárquica de necesidad varía en cuanto a grado de potencia.

Afirma, que la motivación es un reflejo de la realidad y una expresión de la personalidad; donde el proceso motivacional consiste en una constante determinación y transformación recíprocas entre ambos polos: las necesidades de personalidad y el reflejo del mundo real.

b. Rogers, C. (1961): sostiene que “el desequilibrio y la falta de armonía psicológica es resultado de una discrepancia entre la concepción del Yo y el Yo real y, que la congruencia y el conocimiento de sí mismo promueven un desarrollo y funcionamiento saludable de la personalidad. Rogers, ha tenido la convicción de que toda persona tiene poderosas fuerzas constructivas en su personalidad, que necesitan se les permita operar.

c. Fromm, E. (1970),

Trata de identificar los atributos distintivamente humanos. Teoriza respecto de la personalidad, desarrollo y funcionamiento óptimo. Considera que la adaptación no es sino un largo camino de aprendizaje, así como una sólida preparación cultural. Según Fromm, las cualidades mismas que hacen al sujeto, humano, la habilidad de conocer y razonar sobre las cosas del mundo, la habilidad para reflexionar sobre sus propios pensamientos, sentimientos y actividades; la habilidad para proyectarse hacia el futuro; para percibir contradicciones, injusticias y discrepancias y otras, le presentan dificultades y retos.

Ser humano significa, tener una constitución específica, con necesidades específicas y problemas específicos que resolver.

d. Allport, G. (1965),

Plantea, que la personalidad constituye la unidad fundamental y concreta de la vida mental, que tiene formas categóricamente singulares e individuales. Además, que los rasgos o características de este aspecto del sujeto, son personales e interdependientes, no observables en forma directa sino inferidos y que sin esta inferencia, no sería posible explicar la estabilidad y coherencia de la conducta personal; y que entonces solo un rasgo individual es un verdadero rasgo, porque son particulares y, no dispersos en la comunidad.

Afirma, que un rasgo tiene algo más que una existencia nominal, está más generalizado que un hábito, es dinámico, o al menos determinante en la conducta, puede establecerse empíricamente, solo tiene una independencia relativa respecto de otros rasgos, no es sinónimo de juicio moral o social, puede verse a la luz de la personalidad que lo contiene o referido a su distribución en la población en general; agregando a sus criterios, además, que los actos, e incluso hábitos que son inconsistentes con un rasgo no constituyen la inexistencia del rasgo.

Cabe anotar, que Allport, G. (1965) sostiene que la definición que se adopte acerca de la personalidad, en una investigación; depende de la preferencia teórica de quien investigue.

Entonces, desde el presente trabajo investigativo se enfoca el aspecto de la personalidad, desde el modelo psicodinámico, ya que el instrumento (M.M.PI) aplicado a la población, aborda los rasgos de la personalidad desde este enfoque.

La personalidad desde el Modelo Psicodinámico

Dicaprio, N. (1989), plantea que “los psicólogos de la teoría psicodinámica, afirman, que todo fenómeno psíquico tiene lugar debido a fuerzas que imperan en el interior del individuo, a impulsos que proporcionan energía a su comportamiento; así como el carbón proporciona energía a una locomotora de vapor (recurriendo a un ejemplo de otra índole)”.

Este modelo o enfoque de estudio acerca de la personalidad, se origina en el psicoanálisis, ideado por Sigmund Freud. Algunos de los más cercanos colaboradores de Freud: Cari Jung y Alfred Adler, por ejemplo, se separan de él posteriormente y elaboran sus propias teorías, también de gran valor; mientras que otros permanecen mucho más fieles a su doctrina. A su vez, otros psicólogos, (Erick Erickson, Melanie Klein, Karen Horney) aunque guiados por los fundamentos de Freud, crean también sus propios postulados, los cuales ofrecen así mismo, aportes valiosos al enfoque Psicodinámico. Dicho enfoque de estudio puede considerarse como vigente hasta la fecha, y hace de Freud un personaje vivo de la psicología y de la psiquiatría modernas.

Freud y el Psicoanálisis

Sebellico, A. y Antonelli, F. (1985), citan a Freud, S. (1896), cuyos conceptos fundamentales,

Son el “determinismo psíquico” y el “inconsciente”, este último, ligado estrechamente al anterior. La teoría del determinismo psíquico sostiene, que en la mente, como en el mundo físico que la rodea, nada sucede por casualidad sino que todo está siempre determinado por procesos anteriores. Así pues, frente a todo comportamiento se debe cuestionar:

“¿Qué lo provocó?”, “¿Por qué sucedió de ese modo?. A veces es fácil dar la respuesta, puesto que se tiene a la vista; por ejemplo, un sujeto bebe porque hace calor y tiene sed, o lee el periódico porque quiere estar al tanto de lo que sucede en el mundo. En estos casos se está ante hechos conscientes. Pero otras veces no parece encontrarse una respuesta convincente y el suceso da la impresión de haber sido puramente accidental.

Freud afirma, que la gama de comportamientos para las cuales no se halla una explicación satisfactoria es mucho más amplia y abarca todos los aspectos de la vida. Sin embargo, los psicoanalistas consideran que siempre es posible encontrar motivos muy definidos, aunque el sujeto no los perciba; es decir, los motivos se hallan en el “inconsciente”. Motivos que abarcan *sentimientos, deseos y pulsiones que no están presentes en el campo real de la conciencia* y que, por tanto, permanecen ocultos dentro del individuo. Freud, S. compara la mente humana con un *Iceberg* : la parte que se observa de éste, representa la zona de la conciencia, y la parte que está bajo el agua - y que es mucho mayor que la anterior- representa la región del inconsciente. Por la gran importancia que concede a los fenómenos inconscientes, considerados como determinantes del comportamiento humano, el psicoanálisis también se conoce como “Psicología profunda”.

Así pues, en el inconsciente están presentes ciertos hechos psíquicos que, aún siendo desconocidos, impelen al sujeto en su comportamiento

cotidiano. ¿De qué están formados estos hechos? En gran parte, se trata de experiencias de la primera infancia que, con una fuerte carga emocional se “hacen sentir” a lo largo de toda la vida, aunque parezcan haber sido olvidadas.

Otra parte muy notable del contenido del inconsciente está constituida por las pulsiones. Este es el tercer concepto fundamental que maneja la teoría psicoanalítica. La “pulsión” es un hecho innato y de origen orgánico que activa una “carga” en el individuo, es decir, lo pone en un estado de tensión psíquica; por tanto, este hecho resulta siendo de alguna manera útil al individuo, ya que le proporciona la energía que le impele a la actividad, por ejemplo: el adulto que tiene apetito, actúa para conseguir algo que lo mitigue y, una vez alcanzado este objetivo, experimenta un alivio a la tensión interna, generándole un estado de satisfacción. La secuencia de fenómenos ligados a la pulsión puede esquematizarse del modo siguiente:

tensión (pulsión) => actividad => distensión => satisfacción

Las pulsiones son incontables pero, como afirma Freud en una de sus últimas obras, “después de mucho pensar, me he decidido a admitir sólo dos pulsiones fundamentales: El *Eros* y la *pulsión destructiva*(*Tanhatos*). El objetivo de la primera es producir unidades cada vez mayores y conservarlas: es, por consiguiente, la cohesión; por el contrario, el objetivo de la segunda es deshacer

los vínculos; por tanto, es destruir las cosas”. El Eros se conoce también como “instinto de vida”, “pulsión sexual” y, la energía que en ella actúa se denomina “libido”. La pulsión destructiva se conoce también como “instinto de muerte”, y su energía es la “agresividad”. Ambas pulsiones trabajan una en contra de la otra o, mas frecuentemente, se combinan en diversas proporciones dando lugar a los diferentes fenómenos de la vida.

Por otra parte, Sebellico, A. y Antonelli F. (1985), citan a Freud, S, (1897), quien sostiene que,

La personalidad se compone de tres instancias o entidades psíquicas: el Ello, el Yo y el Superyó. El Ello, es la parte de la personalidad que existe desde el nacimiento y de la cual se derivan las otras dos; se constituye así, en la única fuente de energía psíquica para las otras dos entidades; es totalmente inconsciente y no tiene ningún contacto directo con el ambiente. El Ello actúa conforme al principio de placer, lo que significa que trata de mantener lo más bajo posible el nivel de tensión, gracias a la satisfacción directa de las dos pulsiones fundamentales.

El Yo, por el contrario, se halla principalmente en el nivel consciente y está dado por las formas de comportamiento que se han aprendido del ambiente externo, desempeña un papel de mediador entre la realidad de este último y las pulsiones del ello y actúa conforme al principio de la realidad: es decir, encuentra modos más adecuados, para poder satisfacer las necesidades.

El Superyó, se refiere a los aspectos morales de la personalidad : representa los valores y los ideales (normas) establecidos por la sociedad, los cuales se asimilan durante todo el proceso de educación. Trata de lograr que no se manifiesten las pulsiones del ello, dado que casi siempre son socialmente inaceptables.

Las tres instancias (Ello, Yo y Superyó) están en constante relación entre sí, y para que esta interacción tenga lugar, se necesita la energía que el Ello proporciona y que a su vez es transformada de distintas maneras por el Yo y el Superyó.

Puesto que la dotación global de energía es limitada, las tres instancias entran en una especie de competencia por obtener su respectiva parte. Si una instancia logra el control de la energía, las otras dos se “debilitan” y no pueden desempeñar todas sus funciones. Si es el Ello el que predomina, el individuo tenderá a actuar, conforme a sus pulsiones y querrá obtener una inmediata y total satisfacción de sus necesidades; si es el Yo, el individuo se comportará en forma muy realista; por último, si es el Superyó el que prevalece, el individuo se volverá extremadamente controlado y moralista.

Estas tres instancias o sistemas de fuerza psicológicas actúan dinámicamente entre sí, con lo cual producen el comportamiento del individuo.

Entonces, desde este modelo, la personalidad es uno de los aspectos más importantes en la vida del individuo, ya que haciendo referencia, a todo lo anterior; es

de anotar que, viene a influir en los diferentes sistemas en los que éste se desenvuelve: familiar, social, laboral, entre otros.

Pasando ya al aspecto laboral, (relacionado en esta investigación), se puede afirmar que el individuo debe enfrentarse continuamente a las dificultades que de este aspecto surgen; entre las que se encuentran: sobrecarga laboral, administraciones deficientes, insatisfacción laboral, jefes autoritarios, automatización, estrés, y los riesgos laborales (accidentes), entre otros.

El accidente laboral

El accidente de trabajo fue definido en el Brasil, desde el punto de vista legal, por el Decreto-ley No. 7036, (1944), como “ Todo aquel que ocurra por el ejercicio del trabajo provocando, directa o indirectamente lesión corporal, perturbación funcional o dolencia que determine la muerte, la pérdida total o parcial, permanente o temporal de la capacidad de trabajo”.

Arbous, G. y Kerrich, F. (1951), definen el accidente como “un evento no integrado a un plan que, siendo el resultado de una acción no adaptada de parte del individuo, puede o no tener como resultado una lesión”.

Heinrich, D.(1960),

Define el accidente como, un hecho en el cual ocurre una lesión de una persona o se genera la posibilidad de tal lesión por cualquiera de las siguientes causas:

- a. El contacto de la persona con un objeto, una sustancia o con otra persona.
- b. La exposición del individuo a los riesgos que pueden implicar objetos,

sustancias, otras personas o condiciones.

c. El movimiento de una persona.

De acuerdo con un concepto más técnico de Zocchio, H. (1971), citado por Déla Coleta, J.A. (1991), se pueden considerar los accidentes de trabajo como “ todos las ocurrencias no programadas, extrañas al procedimiento normal del trabajo, de las cuales puedan resultar daños físicos y/o funcionales o la muerte del trabajador y daños materiales y económicos para la empresa”.

Ya, en el artículo 9 del Decreto 1295 de 1994, de la legislación colombiana, el accidente de trabajo se define como “ 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 muerte”.

Es también accidente de trabajo, en este artículo, “el que se produce durante la ejecución de una labor por orden o bajo la autoridad del empleador, aún fuera del lugar y hora del trabajo, así como el que se produce durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo, cuando el transporte lo suministre el empleador”.

Además de la definición legal de accidente de trabajo, que incorpora el concepto de daño a la salud o a la vida; se emplea el término *incidente de trabajo*, un criterio preventivo, que incluye todo suceso indeseado que interrumpe el proceso de trabajo aún sin causar lesión.

Por otra parte, a medida que el concepto de salud se ha ampliado con el aporte de las ciencias sociales y, no se considera como la “ ausencia de enfermedad”, y sí como un acercamiento a la idea de “bienestar”, la prevención de los riesgos

profesionales en las organizaciones laborales, ha comenzado a trascender los linderos de la medicina preventiva y la higiene del trabajo.

Una vez que se añaden los aspectos psicológicos y sociales al análisis del trabajo, es posible convertir la salud ocupacional en una disciplina integral. Así mismo, es necesario referirse a la relación salud mental - trabajo; las problemáticas en esta relación, surgen cuando la organización y el contenido del trabajo se constituyen en una amenaza psíquica para el individuo, el cual pone en marcha mecanismos de defensa para conseguir la adaptación a la nueva situación y por tanto, el equilibrio. Si a pesar de todos esos esfuerzos, el trabajador no consigue adaptarse (lo que depende tanto de las circunstancias y características personales, como de las condiciones laborales, en que se encuentra inmerso), puede dar lugar a la aparición de alteraciones emocionales que perturbaran al trabajador en el desempeño de sus tareas, y como se mencionó anteriormente, en las diferentes situaciones de su vida laboral, social y familiar.

Es de anotar, que aunque los factores psicosociales del trabajo, actualmente reconocidos por los profesionales de la salud ocupacional, e incluso por empresarios y trabajadores, figuran en muchos panoramas de riesgos, todavía no se abordan con profundidad y siguen considerándose un tema “resbaladizo” y difícil de aprehender.

Debido a que los riesgos psicosociales no obedecen a las leyes con las que se manejan otros factores de riesgo (físicos, químicos, biológicos), existe la tendencia generalizada, entre los especialistas, a no considerar los factores de riesgo psicosociales, o a abordarlos de manera superficial.

La Psicología posee un vasto campo de conocimientos útiles a la salud ocupacional, que es relevante volcar en el mundo del trabajo. Convertir el saber

psicológico en una herramienta al servicio de los trabajadores y de las organizaciones, que plantee preguntas y posibles respuestas; que ahonde en la tarea de investigar acerca de la mencionada relación salud mental-trabajo, se hace una labor realmente contribuyente.

Ya en aspectos específicos, como el objeto de esta investigación, es decir, el accidente de trabajo, que genera amputación de miembro superior; la labor del psicólogo, debe orientarse, en áreas tales como la rehabilitación del individuo; definida ésta, en el Programa de Acción Mundial de los Impedidos de Naciones Unidas, en 1983, como “ un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias, alcance un nivel físico, mental y/o social, funcional óptimo; proporcionándole así, los medios para modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función, o limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales”.

Además, la Rehabilitación Profesional, es definida por la Conferencia Internacional del Trabajo en 1955 (Recomendación 99) y modificada en la Recomendación 168, en el año 1983, por la misma Conferencia, quedando así “aquella parte del proceso continuo y coordinado de adaptación y readaptación que comprende el suministro de medios, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva, para permitir que una persona con invalidez, obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo y se promueva así, la integración o reintegración de esta persona a la sociedad”.

La Personalidad y su relación con los accidentes

Muchos autores han defendido opiniones que realzan la importancia de los factores o rasgos de personalidad en la determinación de los accidentes, pero esta relación, no ha sido todavía plenamente determinada y las discusiones y resultados -contradictorios- de investigaciones y estudios, aún figuran.

Freud, S. (1914), afirma que “buen número de heridas aparentemente accidentales, sufridas por los neuróticos, han sido de hecho provocadas por el propio paciente; esas heridas son provocadas por la tendencia autopunitiva que se traduce por autoreprobación o contribuye a la formación de un síndrome que se aprovecha hábilmente de una situación independiente del sujeto”.

Déla Coleta, J. A. (1991), cita a varios investigadores, de esta temática, dentro de los cuales se encuentran:

Schorn, M. (1925), quien defiende la tesis de “que una perturbación es síntoma de desequilibrio afectivo y que puede generar un accidente”.

Por su parte, Dunbar, L. (1944), argumenta, “ la agresividad puede manifestarse por actos que tengan el sentido de autocastigo para la víctima, o puede hacerse muy consciente “.

Además, Acherman, T. Chidester, H. Fetterman, R. Adler, J. Rawson, S. y Huschberg, N. (1951), sostienen “ que los elementos inconscientes de la personalidad pueden conducir a las personas a involucrarse en accidentes”

McFarlan, E. (1954), concluye que, “uno de los rasgos característicos de los individuos frecuentemente accidentados es justamente la rebeldía contra la autoridad”.

Ombredane, V. y Faverge, K. (1955), dicen que, “el accidente puede ser provocado inconscientemente por el deseo de refugiarse en una dolencia, ante la presencia de una situación social que es fuente de ansiedad o por el deseo de mostrar el absurdo de una técnica impuesta”.

De estas y otras teorías, se puede concluir, que las investigaciones acerca de la relación entre las características o factores de personalidad y los accidentes de trabajo son un campo bastante fértil y poco explorado aún.

Haciéndose relevante entonces profundizar, en investigaciones, donde se observe el tema de la personalidad como factor determinante en el accidente de trabajo, y sus diferenciaciones, con investigaciones que aborden, la personalidad del sujeto, después de sufrir este tipo de lesión. Determinando así, si la personalidad, es un aspecto que se vea afectado o no, por la ocurrencia del accidente; o si ésta interviene en la causalidad del mismo.

Aportes de la Nosología y la Métrica al Estudio de la Personalidad

Hasta el momento se ha abordado, el estudio de la personalidad desde diferentes modelos teóricos; y siendo a partir de la nosología, de donde se inicia dicho estudio, se menciona a continuación, las contribuciones que hace la psicometría al respecto.

En cuanto a la métrica de la personalidad, entendida como una aproximación cuantitativa y cualitativa en la valoración de la psicología de ésta, los intentos para medirla, surgen a partir de los trabajos realizados por Galton, G. Tearson, K. y Cattell, N. (1940); quienes diseñaron técnicas de cuestionarios tipificados, que aunque

inicialmente tenían otro el propósito, en últimas fueron empleados en la elaboración de algunos tests de personalidad.

El prototipo de los cuestionarios de personalidad, es el inventario autodescriptivo, desarrollado por Woodworth durante la segunda guerra mundial. Este instrumento, tuvo como objetivo finalmente, la identificación de neuróticos graves no aptos para el servicio militar y, fue útil además como modelo para inventarios posteriores de adaptación emocional.

La mayoría de los tests de personalidad, presentan dificultades teóricas y prácticas, tales como el grado de objetividad con el que puede presentarse e interpretarse un instrumento.

Debido a esto, surgió un problema en cuanto a que los métodos psicométricos objetivos eran incapaces de descubrir los aspectos clínicos ocultos, que las técnicas proyectivas ponían al descubierto.

Como respuesta a este problema, Hathaway, S.R. y Me Kinley, J. (1942), comienzan a reunir frases para crear una prueba que permitiera evaluar la personalidad desde diferentes ángulos, multifacéticamente por medio de escalas o perfiles que fueran útiles, tanto para la investigación como para la práctica clínica, originando así el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota; inventario utilizado para el desarrollo de esta investigación..

Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (M.M.P.I)

Para la identificación de los rasgos de la personalidad, que posee la población con que se trabajó en la presente investigación, se determinó como instrumento, el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (M.M.P.I), cuyo propósito es

proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las más importantes dimensiones de la personalidad del sujeto, relacionadas con la adaptación personal y social de éste.

El M.M.P.I es esencialmente un instrumento clínico, cuya adecuada interpretación exige una agudeza psicológica considerable. Fue creado originalmente para valorar aquellos rasgos que son comúnmente característicos de la anormalidad psicológica inutilizadora.

Según Rivera, O. (1991),

El M.M.P.I posee ciertas ventajas que lo hacen útil como instrumento para investigar las características de la personalidad. Estas ventajas son: Está basado en la teoría de los rasgos, es una técnica autodescriptiva bajo control, aporta datos acerca de las diferencias entre sujetos con alteraciones psicológicas y sujetos que no padecen perturbaciones de este tipo, es un instrumento autoaplicable o que puede aplicarse a grupos numerosos.

Además, este instrumento, es una técnica valiosa entre los instrumentos clinimétricos, cuyo uso puede extrapolarse a los **contextos laborales** y educativos, y encontrar datos que permitan una interpretación más sólida de los casos individuales.

Por otra parte, el abundante número de reactivos que conforman este instrumento, ha permitido (y permite) el desarrollo de nuevas escalas, según el tipo de rasgos de la personalidad que se intenta explorar.

Desde el punto de vista clínico, en cuanto al manejo de casos individuales, la validez independiente de cada una de sus escalas y la consistencia interna

del instrumento, permite que se utilice en forma repetida, para observar el efecto de alguna variable terapéutica.

El inventario consta de 566 enunciados afirmativos, a los que el sujeto responde: “Verdadero”, “Falso”, “No lo sé”. En la forma individual del test, los enunciados están impresos en tarjetas que el sujeto distribuye en tres montones.

En la forma colectiva, los enunciados están impresos en un folleto y las contestaciones, son registradas por el sujeto en una hoja de respuestas, donde de acuerdo a su propio criterio, rellena un cuadrante (bien sea falso o verdadero) relacionado con la afirmación enunciada en el folleto.

Los elementos del M.M.P.I son de una gran amplitud de contenido y comprenden áreas tales como: actitudes religiosas, políticas, sociales y sexuales, acerca de educación, ocupación, familia y pareja; salud, síntomas psicósomáticos, desórdenes neurológicos y trastornos motores, y muchas manifestaciones neuróticas y psicóticas de la conducta bien conocidas, tales como estados compulsivos y obsesivos, ilusiones, alucinaciones, ideas alusivas, fobias, tendencias sádicas, y masoquistas, entre otras.

Cabe anotar, que dentro de las escalas existentes en el inventario, se encuentran las escalas de validez las escalas clínicas y las escalas adicionales, éstas últimas, no se tienen en cuenta, durante esta investigación, ya que por el tipo de temática, se le dio más relevancia, a las clínicas.

Escalas de Validez

Interrogante (?).

Graham, J.R. (1987),

Afirma que la puntuación de interrogante es el número de reactivos omitidos (incluyendo aquellos contestados cierto y falso). Hay diversas razones por las que las personas omiten reactivos en el MMPI. Ocasionalmente, se omiten por descuido o confusión. Estos también pueden reflejar un intento por evitar admitir cosas indeseables sobre el sujeto mismo, sin mentir en forma directa. Las personas indecisas, que no pueden decidir entre ambas respuestas alternativas pueden dejar muchos sin contestar. Algunos reactivos se omiten por falta de información o de experiencia necesaria para una respuesta significativa.

Independientemente de las razones por las que se omiten los reactivos, un gran número de ellos pueden conducir a puntuaciones bajas en otras escalas. Por tanto, la validez del protocolo resultante con muchos reactivos omitidos, debe cuestionarse.

Sinceridad (L).

Meehl, F. y Hathaway, S.R. (1946),

Plantean que la escala L, se construyó originalmente para detectar un intento deliberado y más bien ingenuo por parte del sujeto para presentarse así mismo de una manera favorable.

Los 15 reactivos de la escala L derivados racionalmente, tratan de defectos y debilidades bastantes menores, que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir. Sin embargo quienes tratan deliberadamente, de presentarse de manera muy favorable, no están dispuestos a admitir ni

siquiera estos defectos menores. El resultado es que dichas personas producen puntuaciones altas en la escala L.

Sin embargo, investigaciones subsecuentes revelaron que las puntuaciones en la escala L se relacionan con el nivel educativo, inteligencia, nivel socioeconómico y complejidad psicológica.

Puntuación de validez (F).

Meehl, F. y Hathaway, S.R. (1946), afirman que “esta escala se desarrolló originalmente para detectar formas desviadas o atípicas de responder a los reactivos de la prueba”

Comrey, K. (1958), “identificó 19 dimensiones de contenido, derivando características tan diversas como pensamiento paranoide, actitudes o conducta antisocial, hostilidad y mala salud”. Las puntuaciones en la escala F también se han encontrado correlacionadas con edad y raza, en donde los adolescentes y negros obtienen típicamente puntuaciones más elevadas en la escala F que otros grupos.

Factor corrector (K).

Se utiliza esencialmente como una variable de corrección para aumentar el poder discriminativo de algunas escalas clínicas del cuestionario.

Meehl, F. y Hathaway, S.R. (1946), dicen que, “se desarrolló la escala K como un índice más sutil y efectivo de los intentos del examinando por negar su psicopatología y presentarse a sí mismo de manera favorable, o a la inversa, por exagerar su psicopatología y tratar de aparecer de manera muy desfavorable”.

Escalas Clínicas

Hipocondriasis (Hs).

Graham, J.R. (1987), afirma que “esta escala originalmente se desarrolló para identificar pacientes que manifestaran un patrón de síntomas asociados a la clasificación de hipocondría”.

El síndrome se caracteriza en términos clínicos por preocupación por el cuerpo y temores concomitantes a la enfermedad, tales como fatiga, cansancio y molestias físicas vagas. Aunque estos no son de carácter delirante, son bastante persistentes.

Por medio de los reactivos de esta escala, una persona reconoce estar preocupada por su salud física, y la medida en que el puntaje se eleva se interpreta como la exageración de estas preocupaciones.

Psicodinámicamente, la elevación de esta escala indica la necesidad que tiene el sujeto de elaborar una defensa a las que intenta justificar mediante sus molestias físicas, prefiriendo reconocer éstas como la causa de su problemática antes que aceptar su origen psicológico.

Depresión (D).

Graham, J.R. (1987), afirma que “la escala se desarrolló originalmente para evaluar, la depresión sintomática”.

Las características principales de ésta, son: pesimismo, falta de esperanza en el futuro e insatisfacción general con la propia situación de vida. Muchos de los reactivos relacionados con esta escala, tratan diversos aspectos de la depresión como la negación de la felicidad y el mérito personal, retardo psicomotor, abandono y ausencia de interés en lo que le rodea. Otros de ellos cubren una variedad de síntomas y conductas, incluyendo quejas físicas, preocupación o tensión, rechazo de impulsos, y dificultad para controlar los procesos de pensamientos propios.

Esta escala parece ser un índice excelente del descontento e insatisfacción del examinando con respecto a su situación vital.

Histeria (Hy).

Rivera, O. (1991), afirma que “esta escala se refiere a la búsqueda de aceptación, cariño y tolerancia que el individuo demanda de su grupo; ocasionalmente, estas conductas pueden estar acompañadas por la sensación de molestias físicas. A través de ellas, el sujeto trata de manipular a los que lo rodean, al aumentar la importancia de sus síntomas, hacia los que aparenta una actitud de indiferencia. De este modo, obtiene tolerancia y compañía incondicionales, como ventaja secundaria. Es difícil que acepte que la base de su problema es de tipo psicológico, y la represión es uno de sus principales mecanismos de defensa”.

Graham, J.R. (1987), afirma que “esta escala se desarrolló para identificar individuos que utilizan reacciones histéricas ante las situaciones de tensión. El síndrome histérico se caracteriza por pérdida psicogénica involuntaria o trastorno de la función”.

Los reactivos que conforma esta escala son de dos tipos generales. Algunos de ellos tienen que ver con una negación general de la salud física y una variedad de quejas somáticas algo más específicas, incluyendo dolor del corazón o pecho, náusea y vómito, sueño irregular y dolor de cabeza. Otro tipo de reactivos se refiere más bien, a una negación general de los problemas psicológicos o emocionales y a una inconformidad en las situaciones sociales.

Desviación psicopática (Pd).

Meehl, F. y Hathaway, S.R. (1946), afirman que “esta escala evalúa la ausencia de una respuesta emocional profunda, la incapacidad de beneficiarse de las experiencias, y la desconsideración hacia normas sociales. Esta persona es generalmente agradable e inteligente, su tendencia hacia lo anormal no se descubre frecuentemente hasta que se encuentra en serias dificultades, a no ser que se encuentren elementos sociométricos objetivos. Desde el punto de vista psicodinámico esta escala puede reflejar la manifestación de las características del ello en la personalidad”.

Graham, J.R. (1987), “plantea que originalmente esta escala se desarrolló para identificar a pacientes diagnosticados con personalidad psicopática, del tipo social o amoral”.

Masculinidad-Feminidad (Mf).

Hathaway, S.R. y McKinley, J. (1948), “desarrollaron esta escala para identificar a los hombres homosexuales. Debido a la heterogeneidad de la muestra homosexual, los autores de la prueba pudieron identificar sólo un número muy pequeño por inversión sexual y relativamente libres de tendencias neuróticas, y psicopáticas”.

Esta escala debe considerarse como una medida de las actitudes de ajuste ante diversas situaciones sociales, así como de los intentos por ofrecer una apariencia determinada en relación con la vivencia de un papel psicosexual.

Paranoia (Pa).

Graham, J.R. (1987), afirma que, “originalmente esta escala se desarrolló, para identificar pacientes que eran juzgados con síntomas paranoides, como ideas de

referencia, sentimientos de persecución, ideas de grandeza, suspicacia, sensibilidad excesiva, opiniones y actitudes rígidas”.

Rivera, O. (1991), propone que, “en esta escala, al elevarse su puntaje, se ponen de manifiesto, principalmente, actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y la tendencia a interpretar estímulos de manera inadecuada. Además se reflejan frecuentes descargas de agresividad, que pueden considerarse como formas de defensa anticipada ante posibles situaciones de ataque que el sujeto percibe como amenazantes para su seguridad”.

Psicastenia (Pt)

Hathaway, S.R. y Meehl, F. (1946), afirman que, “esta escala evalúa la semejanza entre los examinados y los pacientes psiquiátricos afectados por fobias o conductas compulsivas, esta conducta puede ser explícita (como el excesivo lavado de las manos, las vacilaciones, o cualquier otra actividad poco efectiva), o implícita (como la manifestación de incapacidad para evitar pensamientos inútiles o ideas obsesivas)”.

Una conducta psicasténica, puede manifestarse simplemente por una depresión leve, por una preocupación excesiva, por una falta de confianza en sí mismo o por una incapacidad para concentrarse.

Esquizofrenia (SC).

Hathaway, S.R. y Meelh, F. (1946), afirman que, “esta escala evalúa el grado de similitud con los pacientes que se caracterizan por pensamientos y conductas inusitadas y extrañas”.

Graham, J.R. (1987), afirma que, “esta categoría incluye un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por los del pensamiento humor y conducta. Pueden estar

presentes la distorsión de la realidad, delirios y alucinaciones. Es común la respuesta emocional ambivalente o limitada. La conducta puede ser aislada, agresiva o excéntrica”.

Los reactivos de esta escala cubren un amplio grupo de conductas. Algunos de ellos se refieren a síntomas francamente psicóticos como mentalidad excéntrica, peculiaridades de la percepción, delirios de persecución y alucinaciones. Otros temas cubiertos incluyen aislamiento social, relaciones familiares deficientes, preocupaciones sexuales, dificultades en el control de los impulsos y la concentración, temores, preocupaciones e insatisfacciones.

Hipomanía (Ma).

Hathaway, S.R. y Meehl, F. (1946), afirman que, “la escala mide el factor de personalidad característico de personas que presentan una marcada superproductividad de pensamiento y acción”. El término hipomanía hace referencia a un grado más leve de “manía”. Aunque el verdadero paciente maniaco es popularmente conocido como el prototipo de demente, el hipomaniaco se presenta como levemente fuera de lo normal. Con frecuencia, el paciente hipomaniaco se pone en dificultades, al tratar de realizar muchas cosas, es activo y entusiasta; en contra de lo que normalmente se espera de él; presentando periodos de depresión, leves.

Introversión social (Si).

Hathaway, S.R. y Meehl, F. (1946),

Afirman que, esta escala intenta evaluar la tendencia a aislarse del contacto social con otras personas. Se encuentra en personas apáticas, conscientes de sí mismas, tímidas, inseguras, modestas, con falta de



originalidad en la resolución de sus problemas, incapaces de tomar decisiones, lentas, rígidas, inflexibles en sus pensamientos y acciones, extremadamente controladas e inhibidas, o con falta de confianza en sus propias habilidades; generalmente no encuentran satisfacción en el contacto social y tampoco lo buscan, por ende, son personas que se encuentran frustradas en sus relaciones interpersonales.

Variables

Las variables objeto de esta investigación, son:

Accidente laboral que genera amputación de miembro superior.

Rasgos de Personalidad.

Método

Población

Para el desarrollo de la investigación se contó con la población trabajadora, afiliada a la Aseguradora de Riesgos Profesionales, del Instituto de Seguro Social, seccional Santander, que durante el año de 1998 y 1999, reportó accidente de trabajo, cuya consecuencia fue la amputación de miembro superior.

Muestra

Se trabajó, para la recolección de la información pertinente a la investigación, con una muestra de 25 trabajadores que lograron contactarse, del grupo total de accidentados, (40) del año de 1998 y 1999.

Instrumento

Para la identificación de los rasgos de la personalidad, que posee dicha población, se determinó como instrumento, el Inventario Multifacético de Personalidad, de Minnessotta (M.M.P.I).

Por otra parte, se diseñó una ficha ocupacional (Ver Anexo A) que reúne información relacionada con el accidente del trabajador, y que además, permitió obtener directamente, criterios por parte de este último, acerca de su situación (personal, psicológica, familiar, social y laboral), a partir de esta problemática.

Esta Ficha ocupacional, fue diligenciada durante la entrevista realizada de manera individual, a la población trabajadora afiliada a la ARP-ISS que sufrió accidente laboral, entre 1998 y 1999, cuya consecuencia fue la amputación de miembro superior; entrevista donde posteriormente, se llevó a cabo la aplicación del instrumento (M.M.P.I).

Resultados

Los resultados de la aplicación de la prueba MMPI, surgen a partir de una puntuación directa, que obtiene el sujeto, de acuerdo a sus contestaciones en la prueba, y que se califica, mediante la utilización de las plantillas del instrumento, colocadas sobre la hoja de respuestas; puntuación directa que es convertida a una puntuación T, que surge de la hoja de anotación de perfil (Anexo C), puntuación utilizada desde Hathaway, J. Y Mac Kinley, Ch. (1943) , como base para la elaboración del perfil de la personalidad del sujeto.

A continuación se presentan a través de tablas, el puntaje T obtenido por cada trabajador, (N = 25) en cada una de las escalas clínicas del M.M.P.I; cuya interpretación o significado se encuentra detallado posteriormente en la página 57.

Tabla 1. Escala Hipocondriasis

SUJETOS	PUNTAJET
1	65
2	85
3	65
4	75
5	49
6	40
7	53
8	57
9	81
10	59
11	49
12	75
13	100
14	75
15	54
16	83
17	67
18	70
19	52
20	70
21	67
22	62
23	59
24	42
25	52

Tabla 2. Escala Depresión.

SUJETOS	PUNTAJE T
1	70
2	75
3	70
4	72
5	72
6	70
7	70
8	59
9	72
10	57
11	65
12	70
13	117
14	80
15	58
16	75
17	52
18	82
19	51
20	68
21	75
22	68
23	46
24	66
25	72

Tabla 3. Escala Histeria

SUJETOS	PUNTAJE T
1	64
2	69
3	69
4	62
5	60
6	45
7	45
8	64
9	73
10	62
11	56
12	60
13	89
14	65
15	45
16	69
17	58
18	58
19	45
20	49
21	57
22	58
23	49
24	51
25	49

Tabla 4. Escala Desviación Psicopática

SUJETOS	PUNTAJET
1	72
2	81
3	67
4	69
5	55
6	60
7	57
8	64
9	71
10	63
11	48
12	67
13	73
14	57
15	46
16	74
17	55
18	57
19	50
20	53
21	70
22	51
23	71
24	57
25	50

00-06-16

Tabla 5. Escala Masculinidad-Feminidad

SUJETOS PUNTAJE T	
1	57
2	61
3	55
4	61
5	63
6	47
7	49
8	65
9	67
10	64
11	57
12	73
13	59
14	53
15	51
16	69
17	57
18	51
19	67
20	51
21	71
22	55
23	61
24	47
25	51

Tabla 6. Escala Paranoia.

SUJETOS	PUNTAJE T
1	62
2	59
3	70
4	82
5	65
6	62
7	70
8	47
9	50
10	66
11	56
12	73
13	76
14	67
15	50
16	59
17	44
18	44
19	67
20	56
21	85
22	44
23	65
24	59
25	47

Tabla 7. Escala Psicastenia

SUJETOS	PUNTAJE T
1	77
2	62
3	77
4	91
5	58
6	52
7	48
8	60
9	55
10	67
11	77
12	75
13	113
14	56
15	57
16	81
17	66
18	77
19	73
20	64
21	66
22	62
23	66
24	34
25	46

Tabla 8. Escala Esquizofrenia.

SUJETOS	PUNTAJE T
1	90
2	74
3	94
4	103
5	59
6	69
7	78
8	73
9	74
10	76
11	82
12	103
13	120
14	69
15	52
16	80
17	73
18	74
19	90
20	40
21	67
22	55
23	82
24	55
25	53

Tabla 9. Escala Manía.

SUJETOS PUNTAJE T	
1	65
2	63
3	58
4	68
5	63
6	68
7	60
8	91
9	60
10	73
11	60
12	63
13	68
14	60
15	70
16	58
17	83
18	55
19	70
20	73
21	73
22	55
23	75
24	63
25	63

Tabla 10. Escala Introversión Social.

SUJETOS	PUNTAJE T
1	46
2	49
3	54
4	63
5	61
6	48
7	41
8	53
9	53
10	49
11	56
12	53
13	72
14	46
15	50
16	53
17	41
18	56
19	61
20	54
21	53
22	51
23	52
24	49
25	61

Del mismo modo, para la clasificación general de los resultados de esta investigación, se elaboró la Tabla 11, donde se muestra la distribución de frecuencia de la población en cada una de las escalas clínicas y de acuerdo a los intervalos señalados por Lachar, F. (1974), (Ver Anexo B); los cuales posibilitan ubicar a la población en los diferentes rangos con relación al puntaje T; y así mismo, obtener el perfil de cada trabajador.

Tabla 11. Resultados Generales, Puntuación T/Escalas Clínicas.

Escalas	Hs		D		Hy		Pd		Mf	
	Fi	%								
Intervalo 1	4	16	0	0	0	0	0	0	0	0
Intervalo 2	6	24	6	24	13	52	12	48	14	56
Intervalo 3	8	32	4	16	10	40	6	24	9	36
Intervalo 4	5	20	12	48	1	4	6	24	2	8
Intervalo 5	2	8	3	12	0	0	1	4	0	0
Intervalo 6					1	4				

Escalas	Pa		Pt		Se		Ma		Si	
	Fi	%								
Intervalo 1	3	12	3	12	1	4	0	0	2	8
Intervalo 2	9	36	5	20	5	16	4	16	18	72
Intervalo 3	7	28	9	36	8	32	13	52	4	16
Intervalo 4	4	16	6	24	11	44	7	28	1	4
Intervalo 5	2	8	2	8			1	4		
Intervalo 6										

Hs : Hipocondriasis

D : Depresión

Hy : Histeria

Pd : Desviación Psicopática

Mf: Masculinidad - Feminidad

Pa : Paranoia

Pt : Psicastenia

Se : Esquizofrenia

Ma: Mania

Si : Introversión Social

En la tabla anterior se puede observar que el 32% de la población tiende agruparse en el intervalo 3 (Ver tabla 12 - Anexo G), de la escala Hipocondriasis. Para la escala Depresión, el 48% de la población, tiende a agruparse en el intervalo 4 (Ver tabla 13 - Anexo G).

El 52% de la población, tiende a agruparse en el intervalo 2 (Ver tabla 14 - Anexo G) de la escala de Histeria. En la escala Desviación Psicopática, el 48% de la población, tiende a agruparse en el intervalo 2 (Ver tabla 15 - Anexo G). En la escala Masculinidad-Feminidad, el 56% de la población, se agrupa en el intervalo 2 (Ver tabla 16 - Anexo G). El 36% de la población, tiende a agruparse en el intervalo 2 (Ver tabla 17 - Anexo G) de la escala Paranoia. En la escala Psicastenia, el 36% de la población, tiende a agruparse en el intervalo 3 (Ver tabla 18 - Anexo G).

En la escala Esquizofrenia, el 44% de la población, tiende a agruparse en el intervalo 4 (Ver tabla 19 - Anexo G). En la escala Manía, el 52% de la población tiende a agruparse en el intervalo 3 (Ver tabla 20 - Anexo g). Y el 72% de la población, tiende a agruparse en la escala Introversión Social, en el intervalo 2 (Ver tabla 21 - Anexo G).

Cabe aclarar, que la interpretación de los intervalos mencionados anteriormente, se encuentra detallada, posteriormente en esta investigación (Ver Página 57).

A continuación se presenta la Distribución General y Porcentajes de Respuesta de la población estudiada, en cada escala clínica del MMPI, mediante la Figura 1.

Distribución General y Porcentajes de Respuesta de la Población en las Escalas Clínicas del MMPI

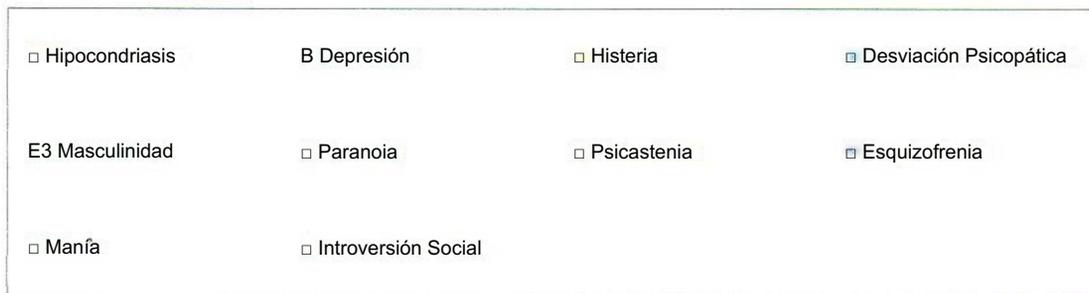
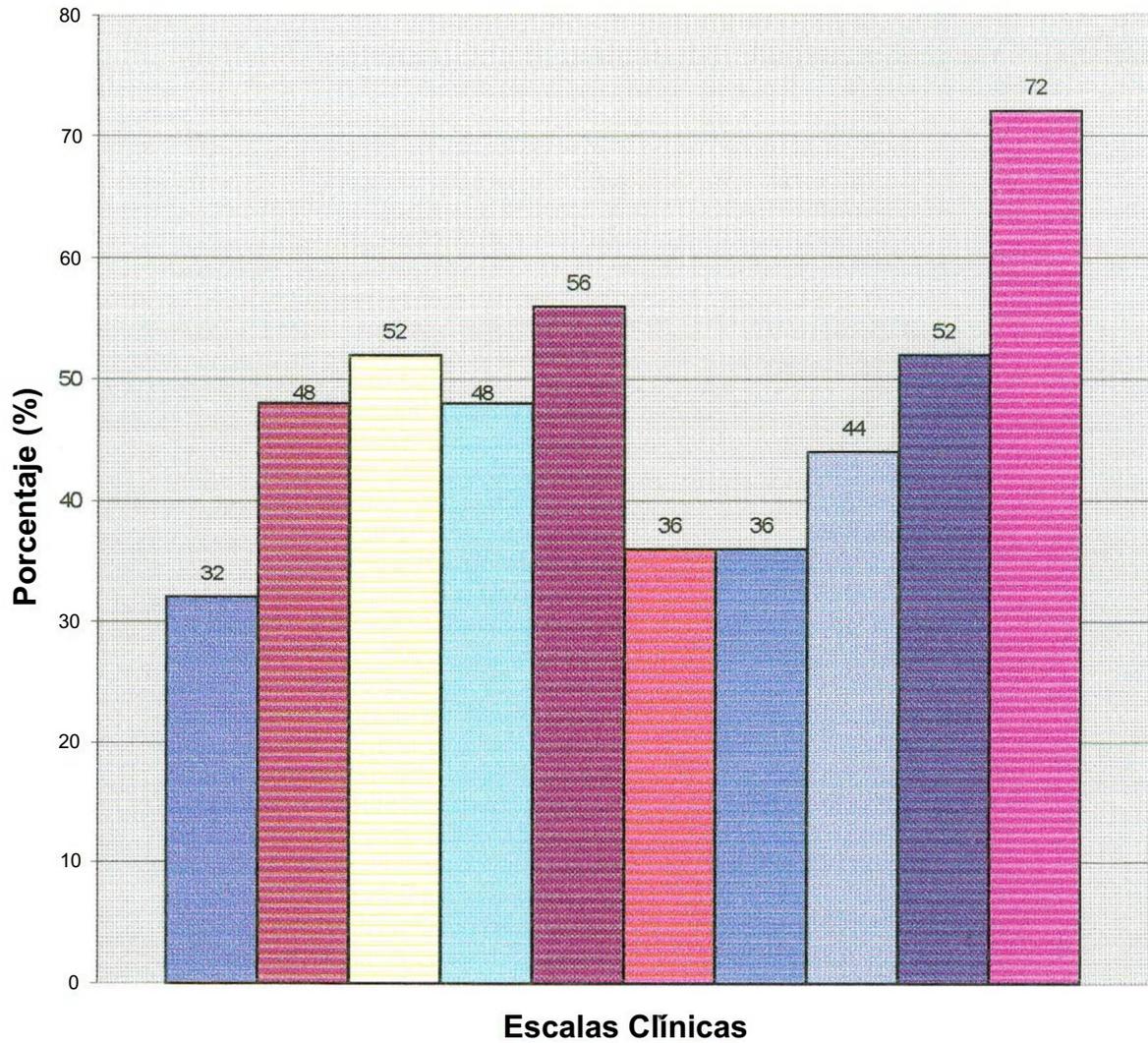


Figura 1. Tendencias de la Población en las Escalas Clínicas MMPI.

Así mismo, se presentan, de manera teórica, los hallazgos generales que surgen a partir del desarrollo de esta investigación:

Se encontró en la población abordada, porcentajes significativos en cuanto a los intervalos de la puntuación T, que arrojó el instrumento aplicado, de esta forma:

El 32% de la población, tiende a compartir rasgos de personalidad, propios de la escala Hipocondriasis, al obtener una puntuación T que va de 60-74; al respecto, Núñez, R. (1994), afirma que “es un grupo de personas que expresan un interés significativo, acerca de su salud; otras presentan quejas somáticas difusas y vagas, y preocupación por su bienestar; preocupación justificada en esta población, debido al tipo de lesión (irreversible) que afronta.

Los pacientes con patología física que presentan puntuación superior a T 65, tienden a superar sus dificultades y pueden en realidad, controlar sus impulsos por medio de defensas de somatización”.

Por otra parte Rivera, O. (1991),

Sostiene que psicodinámicamente la elevación de esta escala indica la necesidad que tiene el sujeto de elaborar una defensa contra sus fallas, a las que intenta justificar, mediante sus molestias físicas, prefiriendo reconocer éstas, como la causa de su problemática, antes que aceptar su origen psicológico.

Refiriéndose al aspecto laboral, afirma que a medida que se eleva esta escala, aumenta la posibilidad de que el individuo utilice molestias físicas (cuyo origen, o el de la tendencia a magnificarlos, es psicológico) como mecanismo para evitar el enfrentamiento a obstáculos y problemas dentro

del trabajo, así como experiencias de mucha presión. Es de esperarse que las personas que elevan sus respuestas en esta escala, no se presenten a trabajar cuando aparece cualquier dificultad o presión en el trabajo, o se declaren físicamente incapacitados (por molestias leves), buscando que se les disculpe, por no participar ante el problema, o por hacerlo con menor responsabilidad. Este tipo de mecanismo releva a la persona de sentimientos de desvaloración o culpa, y hace que se sienta suficientemente justificado, ante su falta de capacidad para resolver el problema en el trabajo.

En la escala Depresión, la población tiende a ubicarse (48%), en una puntuación T de 70-79.

Lo cual indica, según Núñez, R. (1994),

Un grupo de pacientes con niveles de Depresión clínicamente significativos por su importancia. Los pacientes Psiquiátricos caen dentro de esta posibilidad. La molestia expresada por esta elevación, sugiere un pronóstico favorable. Si no se observan signos de depresión a esta altura de la escala o por arriba, debe evaluarse al paciente en busca de rasgos suicidas. Esta puntuación, refleja que la persona se encuentra ansiosa, preocupada, su autoestima es baja y se muestra pesimista en su manera de percibir el mundo en estos momentos. Generalmente presenta una disminución de intereses, baja tolerancia a la frustración, pobre entereza de ánimo y un sentimiento generalizado de inutilidad y pesimismo.

Rivera, O. (1991),

Refiriéndose al aspecto laboral, afirma que una elevación en esta escala, hace pensar en una adecuada capacidad de autocrítica. Es posible que la persona sea capaz de revisar y valorar por sí misma sus experiencias, rectificando oportunamente sus errores y beneficiándose del aprendizaje de éstas.

Conforme se incrementa el puntaje de esta escala, la presencia de ciertas características, como el pesimismo, convierte la autocrítica en autocensura y limitan entonces la posibilidad de actuar por el temor a un fracaso, lo que hará más intenso los sentimientos de desvaloración de sí mismos. Es frecuente que la condición de desempleo se relacione con el fracaso personal, produciendo una forma de Depresión reactiva que pasará cuando el sujeto, nuevamente se sienta productivo y se incorpore al trabajo.

En cuanto a la escala Histeria, la población tiende a ubicarse (52%), en una puntuación T de 45-49, lo cual, según Núñez, R. (1994), "no indica significados consistentes". Pero por otra parte,

Graham, J.R. (1987),

Asigna esta puntuación, a sujetos fríos, reservados, que pueden exhibir lentificación en la expresión del afecto. Son muy limitados en sus intereses, participación social y evitan responsabilidades de liderazgo. A menudo son vistos como poco sociables, testarudos y difíciles de conocer, tienen dificultades para confiar en otras personas y en general, parecen ser más bien suspicaces. Son realistas, lógicos y centrados en su

enfoque de los problemas, no es probable que tomen decisiones de manera impulsiva. Parecen estar contentos con lo que los demás juzgarían como una situación en la vida más bien sin cambios e incidentes.

Además, Rivera, O. (1991), afirma que “la interpretación de este grupo se relaciona, con la necesidad del sujeto de mostrarse independiente al tratar de romper cualquier relación en la que pueda llegar a sentirse sometido”.

En la escala Desviación Psicopática, el 48% de la población, tiende a compartir, rasgos de personalidad propios de esta escala, al obtener una puntuación T de 45-59, al respecto Núñez, R. (1994), explica que, “es un grupo de personas no controladas, ni restringidas, aunque afirma que si puede observarse la existencia de un grado aceptable de conformismo a las reglas sociales”.

Por su parte, Graham, J.R. (1987),

Dice que, son personas convencionales, conformistas, y aceptan la autoridad; son bastante pasivos, sumisos y tímidos. Se preocupan sobre la forma en que los demás reaccionarán con ellos y son sinceros y confiados en sus relaciones interpersonales. Son muy críticos consigo mismos y es común una autoinsatisfacción, aunque aceptan los consejos y sugerencias. Estos pacientes, a pesar de responder inicialmente bien a la psicoterapia, se vuelven muy dependientes del tratamiento y a menudo temen aceptar la responsabilidad de su propia conducta.

En la escala Masculinidad-Feminidad, la población tiende a ubicarse (56%), en una puntuación T de 60-69; al respecto Núñez, R. (1994), afirma que, “es un grupo de

hombres que se caracteriza por tener intereses estéticos, son imaginativos y presentan sensibilidad y tendencia a apartarse de los intereses masculinos estereotipados de la cultura”.

Rivera, O. (1991), afirma que “ cuando la escala se observa elevada, el examinado tiende a mostrarse más tolerante y dispuesto a ceder, evitando conflictos con otros y tratando de resolver los problemas en forma armoniosa, a través de la caballerosidad y el buen trato a otros. Con frecuencia, en algunos contextos laborales, ésta se considera una actitud pusilánime y de poca energía para solucionar problemas. Es posible que los varones con elevación en esta escala, valoren mucho, además de su vida laboral y su participación en ella, su vida familiar y cultural”.

En la escala Paranoia, el 36% de la población tiende a compartir rasgos de personalidad, propios de esta escala, al obtener una puntuación T de 45-59, que según Núñez, R. (1994), “son sujetos considerados con los demás, se caracterizan por su flexibilidad y falta de sensibilidad inadecuada; son muy alertas, sensibles y astutos”.

Graham, J.R. (1987),

Los describe, como amables, afectuosos, generosos, sentimentales, bondadosos y pacíficos. También tienden a ser perceptivos hacia lo que les rodea y confían en los demás. Aunque son cooperadores tienden a ser más bien sinceros. Tienen un amplio rango de intereses y parecen ser enérgicos y laboriosos. Muestran mucha iniciativa y se involucran en el trabajo y demás actividades; son sumisos y dependientes en sus relaciones interpersonales y carecen de seguridad en sí mismos. Se describen como muy nerviosos y propensos a la preocupación.

humillados en su infancia o *probablemente* **vivieron algún acontecimiento imprevisible y catastrófico**, que los condujo a sobreprotegerse contra eventos no anticipados, formulando planes y preocupándose. Perciben la preocupación como el intento por tratar de predecir el futuro, adelantándose, pensando antes de tiempo en todas las eventualidades posibles.

Por su parte, Rivera, O. (1991),

Sostiene que, si la escala está moderadamente elevada puede indicar un adecuado nivel de angustia, que con frecuencia es resultado de una actitud crítica frente a la vida. Esta actitud permite al sujeto ser consciente de sus fallas, sus problemas y sus posibles causas, y hace que trate de modificarlos. Es frecuente que el sujeto se sienta bastante inconforme con sus características y asuma una actitud de competencia hacia los demás, con el fin de alcanzar los rasgos de un YO IDEAL, que se ha fijado como la pauta de su autoconcepto.

En la escala Esquizofrenia, la población tiende a ubicarse(44%), en una puntuación T de 74 y más.

Lo cual según Núñez, R. (1994),

Indica un grupo de pacientes caracterizados por mentalidad tipo esquizoide: inusuales, excéntricos, pudiendo mantener una adaptación social y vocacional; o bien, ser socialmente introvertidos, es decir, relacionarse muy pobremente, tendiendo a evitar la realidad, o las presiones de ésta, presentando impulsos inaceptables, buscando la

realización en sus fantasías. No saben qué es lo que se espera de ellos, aún en relaciones interpersonales sencillas. Generalmente, las personas con elevación en esta escala, se quejan de ansiedad, pánico, terror, confusión, problemas de identidad, inseguridad; crisis personales, de comunicación, de percepción, sensoriales, de evaluación en sus relaciones interpersonales; temores de hostilidad, a ser diferentes y al rechazo de los demás. Además se vuelven inaccesibles, aislados, indecisos, ambivalentes; tienen dificultades de atención y concentración, con pobre capacidad de juicio, orientación, delirios, alucinaciones. Se sienten ansiosos, incompetentes, alienados, despersonalizados, regresivos, tímidos, impulsivos e inestables emocionalmente.

Según Rivera, O. (1991),

En el aspecto laboral, la elevación de estos puntajes, se puede interpretar como la utilización de elementos fantaseados en el manejo de las situaciones laborales. Esta característica sería conveniente para el desempeño de actividades relacionadas con la creatividad, en donde la fantasía es importante para la productividad del sujeto. Aunada a esta característica, es necesario recordar la tendencia al trabajo aislado.

La exageración de los puntajes es signo de algún trastorno importante en la personalidad, que puede interferir la eficiencia en el trabajo, con la posibilidad de que la tendencia al aislamiento, sea tan fuerte que dificulte la integración del sujeto a cualquier grupo de trabajo.

En la Escala Manía, el 52% de esta población tiende a compartir rasgos de personalidad propios de esta escala, al obtener una puntuación T de 60-69; al respecto, Núñez, R. (1994), dice que “es un grupo de sujetos enérgicos, agradables, entusiastas, sociables, con la particularidad de ser amables, de buen temperamento e interesados en muchos aspectos de la vida. Son personas a quien los demás pueden considerar felices, es decir, se caracterizan por su optimismo, confianza en sí mismos, independencia y libertad”.

Según Rivera, O. (1991), respecto al área laboral, afirma que “esta escala es un importante indicador de la capacidad para fijarse metas. Conforme se eleva, tales metas pueden ser más ambiciosas, y posiblemente están alejadas de las habilidades reales del sujeto, quien tiene muchas aspiraciones y habla con entusiasmo de sus metas, aunque solo logre unas cuantas”.

En la escala Introversión Social, la población tiende a ubicarse (72%), en una puntuación T de 45-59, lo cual para Núñez, R. (1994) “indica un grupo de personas normales, caracterizadas por su capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria”.

Por su parte, Graham, J.R. (1987), afirma que “son sujetos con problemas de control de impulsos y pueden actuar sin considerar las consecuencias de sus actos. Sus relaciones con otras personas pueden ser superficiales y poco sinceras”.

Además, Rivera, O. (1991),

Explica, que el sujeto tiende a ser superficialmente comunicativo; se interesa más en las situaciones del medio, que en aspectos internos, y aparenta ser dinámico, activo y convencionalmente ajustado a las

situaciones sociales. Se considera que estas personas, tienden a explicar sus problemas a través de situaciones externas y de las experiencias de otros, pero sin conseguir establecer una adecuada relación, causa-efecto en sus conflictos, con frecuencia, dan la impresión de buscar que el ambiente externo cambie y no perciben su propia responsabilidad en los conflictos. Por esta razón, es posible hablar de una reducción en la capacidad de insight y de una comunicación aparentemente abierta, pero muy superficial.

Discusión

Se relacionan a continuación, las diferentes escalas clínicas, de acuerdo a lo obtenido en los Resultados de esta investigación, y la interpretación hecha por los autores, Graham, J.R., Núñez, R y Rivera, O. con respecto a lo encontrado durante la entrevista individual hecha a los sujetos; entonces:

De acuerdo a lo planteado por Núñez, R. y Rivera O. (Ver Resultados); se puede afirmar que en la escala Hipocondriasis, la población abordada; llega a asociarse a las interpretaciones de dichos autores, en tanto que los sujetos llegan a revelar, una preocupación significativa por su salud física, según lo manifestado en la entrevista individual; para gran parte de ellos; su prioridad actual, es su situación corporal, donde hablan además, acerca de molestias secundarias, a raíz de su lesión; molestias, que relacionan, con el aspecto físico, antes que reconocer, implicaciones psicológicas en ellas.

En la escala Depresión, se asocian a la interpretación de Núñez, R. (Ver Resultados), los sentimientos percibidos, durante la entrevista individual, en los trabajadores, donde el 100% de ellos, manifestaban más que preocupación, pesimismo, respecto de su futuro, disminución de su autoestima, cambios en su autoconcepto, un estado de ánimo bajo, entre otros; sentimientos que adjudicaban a su lesión física y a las diferentes situaciones que de ella se generan, como la pérdida del empleo, la difícil consecución de un nuevo puesto, la preocupación por el sustento diario de su familia; la dependencia de otros, para su cuidado personal, donde como consecuencia, denotaban, estados de inutilidad frente a sí mismos, como la creencia de que ante los suyos, se reflejaran de la misma manera.

En cuanto a la escala Histeria, según las interpretaciones de Graham, J.R. esta población, denota actitudes relacionadas con la inexpresión del afecto, la frialdad en sus relaciones, la reserva de sus intereses, y con poca participación social.

De acuerdo a las interpretaciones de Rivera, O. este grupo, constantemente manifiesta, el deseo de liberarse de la dependencia de otros, en muchas situaciones, surgidas a partir de la lesión sufrida.

En la escala Desviación Psicopática, y de acuerdo a las interpretaciones de Graham, J.R. este grupo, se asocia en, en características tales como: la autocrítica, la autoinsatisfacción, aunque aceptan las orientaciones y sugerencias.

En cuanto a la escala de Masculinidad-feminidad, la población abordada, está asociada a las interpretaciones de Núñez, R. en cuanto a que es un grupo interesado, en la estética, debido a sus afecciones físicas a raíz de su accidente; apartándose, por ende, de alguna manera, de los intereses masculinos estereotipados de la cultura.

En la escala Paranoia, la población, se asocia a las interpretaciones de Graham, J.R. en cuanto a que son sujetos sumisos y dependientes, en sus relaciones interpersonales y carecen de seguridad en sí mismos, debido a que su autoestima se ha visto lesionada a partir de la amputación sufrida, como consecuencia de su accidente.

En la escala Psícastenia, a partir de las interpretaciones, hechas por Núñez, R. esta población, está asociada a ellas, en cuanto a que son sujetos insatisfechos con sus vidas, en el momento actual de estas; así mismo, preocupados, debido a su situación, e inconformes con sus relaciones, ya que este aspecto se muestra débil, en

ellos, mostrando distintos niveles de ansiedad, además de inseguridad e inestabilidad anímica.

En esta escala, Núñez hace una afirmación importante, de acuerdo a la puntuación T, arrojada por la población, donde sostiene, que si bien no son sujetos que han sido agredidos en su infancia, probablemente, han vivido algún acontecimiento imprevisible y catastrófico, como ha sido homogéneamente para este grupo, el haber sufrido una amputación. Lo cual, de acuerdo a lo percibido durante la entrevista individual, les ha llevado a sobreprotegerse, contra eventos no anticipados, formulando planes y preocupándose. Lo cual, se relaciona, con la tensión y ansiedad, que se cita en otras escalas.

En la escala Esquizofrenia, a partir de lo encontrada en la entrevista, estos sujetos se ajustan a las interpretaciones de Núñez, R. en tanto que son socialmente introvertidos, es decir, se relacionan muy pobremente, tendiendo a evitar la realidad, o a las presiones de esta, frente a su lesión de carácter irreversible.; lo que les conlleva a temores de ser diferente, como afirma este autor.

En la escala Manía, se encuentra, de acuerdo a las interpretaciones de Núñez, R. y en lo reflejado en sus manifestaciones verbales y actitudes, una discrepancia entre ellas, ya que Núñez, afirma que en este intervalo se ubican sujetos confianza en sí mismos, interesados en muchos aspectos de la vida, entusiastas, enérgicos; se puede llegar a deducir, de este tipo de discrepancia, entre lo obtenido en los resultados del instrumento aplicado y la realidad vivida por los sujetos, que existe un intento deliberado, de aparecer frente a la prueba, (en los puntos relacionados, con esta escala), como un sujeto contrario a lo que se es, realmente; con el fin de ocultar sus

carencias; por motivos que impelen del interior de sí mismo; como la necesidad de aprobación, mediante un proceso de negación, como mecanismo de defensa.

En la escala Introversión Social, citando a Rivera, O. se encuentra asociación entre las interpretaciones de esta autora y lo hallado durante la entrevista, y así mismo, se reafirma, la discrepancia, de los resultados de la escala anterior (Manía); en tanto a que Rivera, O. sostiene, que los sujetos ubicados en la puntuación T, que este grupo arrojó, aparenta, ser dinámico, activo y convencionalmente ajustado a sus situaciones sociales. Con tendencia a pretender que sea el medio, el que cambie, sin asumir responsabilidades propias, respecto de sus falencias, mostrando una comunicación aparentemente abierta, pero muy superficial.

Para establecer el cierre de la discusión de esta investigación, se tiene en cuenta, la interpretación que hacen los autores, Núñez, R. (1974); Rivera, O. (1991); acerca de las combinaciones de las escalas clínicas más representativas (puntuación T, alta) en la aplicación de la prueba (MMPI), al sujeto.

En el presente trabajo, las escalas clínicas más representativas (a nivel grupal), es decir con una puntuación, superior a T70, son en su orden:

Escala 7:	Psicastenia	:	75-84
Escala 8:	Esquizofrenia	:	74- y más
Escala 2:	Depresión	:	70-79
Escala 1:	Hipocondriasis	:	60-74.

Por lo tanto, las respectivas combinaciones son:

Escalas 7-8.

Núñez, R. (1994),

Al respecto de esta combinación, sostiene que el sujeto ubicado en ella, sufre una marcada desconfianza en sí mismo, y además es tenso, ansioso, y duda de sus propias capacidades. Estas conductas pueden ser graves, moderadas o leves. Pudiendo presentar baja autoestima y preocupación. Son incapaces de tomar una actitud adecuada en sus relaciones interpersonales, tienen gran preocupación por lo sexual, no tienen capacidad para enfrentarse con sentido común a sus problemas cotidianos. El pronóstico en psicoterapia, es muy pobre, ya que no logran formar relaciones interpersonales estables, maduras o afectuosas, lo que es más, parecen incapaces de beneficiarse de lo que aprenden a través de la experiencia. Son nerviosos y carecen de patrones de defensa establecidos.

El paciente muestra pensamiento, conducta y afectividad esquizoide leve, y es capaz de lograr adaptación marginal.

Por otra parte, Rivera, O. (1991),

Plantea que, esta es una de las combinaciones más frecuentes en el perfil del MMPI. Afirma, que en general esta combinación describe elementos de ansiedad que se manifiesta, a través de una conducta rígida, exigente y perfeccionista, sobresaliendo las tendencias a la meticulosidad. En el pensamiento son frecuentes los contenidos fijos.

Desde el punto de vista psicodinámico, la elevación en los puntajes de estas escalas permite hablar de la fuerza de los elementos superyoicos, introyectados que forman parte de la personalidad, así como de función en

el control de sus impulsos. A medida, que se elevan estos puntajes, las características que describen se hacen más severas y llegan a constituir aspectos conflictivos en la personalidad. Una de las características que más se altera, es la capacidad para tomar decisiones, ya que siempre que la persona debe hacerlo, experimenta intensa ansiedad y duda acerca de lo correcto o incorrecto de la decisión tomada. La ansiedad aumenta en la medida en que se tienen que enfrentar a más obstáculos; las frustraciones, las fallas y los fracasos, sólo pueden ser asimilados a través de una conducta perfeccionista en la que el sujeto, establece un alto grado de competencia con el grupo, comparando constantemente sus logros, con los demás; es frecuente encontrar este perfeccionismo relacionado con la búsqueda de un "Yo ideal", apareciendo entonces la tendencia a fijarse metas muy alejadas de las capacidades y de la realidad del sujeto, quien con esto trata de sustentar su autoconcepto, el cual puede estar frágilmente estructurado.

Esta última afirmación de Rivera, O. está relacionada, con la manifestación verbal, de gran parte de la población abordada, al referirse, a la capacidad que sienten para laborar y rendir en las mismas condiciones, que un trabajador, que no ha sufrido este tipo de lesiones físicas; y al solicitar la oportunidad de demostrar dichas capacidades, frente a los demás, capacidades, que consideran tener, si no al mismo, a un nivel superior de los demás.

Escalas 2-1.

Núñez, R. (1994),

Sugiere que, los sujetos ubicados en esta combinación, sufren de depresión combinada con ansiedad y problemas somáticos. Padecen, irritabilidad, timidez, aislamiento, y tendencias hipocondríacas. Son personas angustiadas, preocupadas y enormemente interesadas en el bienestar de su cuerpo y en la salud física. Estos sujetos, son el estereotipo, de quienes padecen problemas médicos: irritables y molestos, se quejan de los efectos de la enfermedad que consideran injusta. Esta combinación refleja un proceso de duelo bloqueado. La hipótesis que formula es que estos pacientes, expresan su enojo y tristeza por alguna pérdida, a través de síntomas físicos (insomnio, fatiga, debilidad, síntomas somáticos, tensión, pérdida de interés por lo que les rodea, amnesia, carencia de introspección, inseguridad, pasividad, dependencia, rigidez, etc.).

Al respecto, cabe anotar, que la población, debido a la situación que afrontaba, en el momento de la investigación, cumpliendo incapacidad, en control médico, en solicitud de prótesis, esperando indemnización, desvinculados laboralmente, a raíz de su lesión; manifestaban las preocupaciones, de las que habla Núñez, R. con relación, a su salud física. Así mismo, es de aclarar, que la pérdida, de la cual habla este autor, que les genera (a quienes se ubican en esta combinación), enojo y tristeza, hace referencia, en estos sujetos, a la pérdida sufrida a nivel físico (pulpejo, falange, dedo(s), mano, antebrazo, brazo); pérdida que gran parte de ésta, considera injusta y del mismo modo, pérdida que la **totalidad** de los sujetos, aún no ha logrado superar. A partir de lo

Citando a López, B. Moreno, C. Rodríguez, N. y Molina, B. (1999),

La Rehabilitación Integral debe estar constituida por tres componentes:

El Funcional, el Profesional y el Social. Estos componentes, en todos los casos, se constituyen en los soportes que los rehabilitadores están en posibilidad de brindar al usuario y que deben ser provistos en forma simultánea y marchar aparejados para garantizar que la persona pueda elegirlos según sus necesidades, sus características, sus posibilidades; en la intensidad y frecuencia de uso requerido, como apoyo a su propio proceso de transformación.

El Componente Funcional: Debe brindar a la persona los apoyos necesarios para lograr la máxima recuperación de la capacidad física, psicológica, social, ocupacional y de la comunicación, que se hayan visto afectadas como consecuencia de la contingencia de salud. Como tal, se centra en mejorar el pronóstico funcional, siempre en la perspectiva de la probable ubicación productiva del individuo.

El componente funcional, desde el ángulo de los rehabilitadores, deberá tener siempre como horizonte el proveer los apoyos, tomando en consideración las deficiencias y las discapacidades de la persona, centrando los criterios de éxito en mejorar tanto el balance funcional general; como la autonomía personal, para que vuelva a llevar una vida independiente.

El Componente Profesional: Debe entenderse como un proceso en el cual la persona, con los apoyos necesarios, supera o minimiza las dificultades

que experimenta en la realización de sus actividades, para lograr integrarse social y laboralmente en los roles que le son propios según su edad, sexo y condiciones socioculturales. Se desarrolla a través de apoyos que pueden o no ser necesarios en su totalidad para un caso particular. Se debe entender por apoyos para la rehabilitación profesional, de un lado, al conjunto de medidas de diferente naturaleza, de aplicación individualizada; dirigidas a la persona con discapacidad y, de otro lado, a las medidas sobre el medio para la equiparación de oportunidades que contribuyan a compensar las desventajas que puede tener la persona para su integración socio-laboral; dentro de los diferentes apoyos del componente profesional se encuentran: La evaluación ocupacional, la orientación ocupacional, la adaptación, la formación y la ubicación productiva.

El Componente Social: Debe brindar al individuo, los apoyos necesarios para responder a las condiciones y exigencias del medio y de igual forma, prepararle para disminuir o remover las barreras, de diversa índole que limitan o impiden su integración o reintegración a la sociedad.

El concepto de rehabilitación integral permite concluir que es fundamental tomar medidas tendientes a desarrollar acciones integrales, para mantener y mejorar las condiciones de salud de la población trabajadora.

En este contexto, la rehabilitación no es y puede seguir siendo, la práctica de tratamientos coadyuvantes, cuya eficacia y costo-beneficio, se cuestionan cada día más, sino una parte integral de los procesos de salud.

2. Las Organizaciones, en las cuales laboran los trabajadores en el momento del accidente, que cuenten con un Departamento de Recursos Humanos, deben constituirse en un punto de apoyo en situaciones como ésta, que repercutan en la salud mental del trabajador; y que simplemente, no finalice, con la atención médica, indemnización, u otros aspectos de este orden; para que así, el sujeto sea tratado como un ser biopsicosocial.

3. A los profesionales en el área de la psicología, a nivel nacional, se sugiere, la creación de instituciones, que promuevan el desarrollo y ejercicio de programas en rehabilitación psicológica; en aspectos específicos como la situación emocional que afronta el trabajador después de sufrir lesiones de tipo irreversible, a raíz de un accidente laboral.

4. Dentro de la atención brindada al trabajador, se hace necesaria, la Terapia Individual; para el tratamiento, de los aspectos clínicos, destacados en la Discusión de esta investigación, y detectados por medio del instrumento aplicado a la población; intervención fundamental, para el bienestar en la salud integral del trabajador, bienestar que va a repercutir en su ámbito familiar, social y de manera relevante en su desempeño laboral.

5. Además, es importante una intervención a través de la psicoterapia familiar, donde el terapeuta debe establecer de entrada una relación significativa con la familia, considerada como una unidad. El objetivo terapéutico debe ser el de provocar uno o más cambios, cuyo efecto será el de volver a la familia suficientemente competente para resolver por sí misma las dificultades y encontrar una alternativa a la producción de síntomas, que surjan a partir de la problemática afrontada por el trabajador. Donde

se realice una confrontación de los miembros de la familia entre sí; promoviendo una acción directa sobre las relaciones, para llegar a detectar las disfunciones; y efectuar el refuerzo de la competencia familiar.

6. Por otra parte, es muy positiva, una terapia grupal, con la población afectada, por este tipo de situaciones, ya que en el proceso de identificación con otros que atraviesen por una problemática similar, el sujeto, puede llegar a experimentar con mayor rapidez, su proceso de rehabilitación.

La Psicoterapia grupal, restablece un grupo de compañeros, en el que compartir y revivir las experiencias comunes, puede facilitar la autoeficacia y las promesas y limitaciones de la confianza. Mediante experimentar los efectos de los otros sobre sí mismo y viceversa, los pacientes pueden aprender a modular sus respuestas ante otros de acuerdo con los requerimientos del presente, más que con base en las demandas del trauma pasado. Esto facilita el proceso de crecimiento, que interrumpió dicho trauma. Además, crear una relación de confianza para hablar de lo sucedido, de lo que ocurre, de la forma en que se vive el suceso (Accidente de Trabajo); requiere situarse en el tiempo y en el espacio de lo sucedido, reconociendo sus consecuencias, tanto a nivel individual, como familiar, social y laboral. Esto ayuda a reconocer el impacto emocional de la experiencia vivida, y por ende promueve el inicio del trabajo personal sobre el suceso.

7. Debido a que la población abordada en este trabajo, es de carácter homogéneo, ya que era un grupo solo de hombres, se deja planteada la idea de iniciar una investigación con una población femenina, para establecer diferencias; en cuanto a personalidad y accidentalidad se refiere.

8. Se deja planteada una investigación, que aborde la personalidad de un grupo de trabajadores, que no hayan sido afectados a nivel físico, por un accidente laboral, donde posteriormente se evalúe, la personalidad de los sujetos que de este grupo se vieran lesionados, con una amputación de miembro superior, a partir de un accidente; con el fin de determinar que tipo de personalidad, hace del individuo, un trabajador, tendiente a accidentarse.

REFERENCIAS

- ALLPORT , G.W (1988) La persona en psicología. México. Editorial Trillas.
- ALMODOVAR, María Antonia. MARTIN, Félix (1995) Psicosociología del Trabajo. España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene.
- ANASTASI, Anne(1982) Los Test Psicológicos. España. Editorial Aguilar.
- CUELLI, José. REIDL, Lucy (1973) Teorías de la Personalidad. México. Editorial Trillas.
- DELA COLETA, José Augusto(1991) Accidentes de Trabajo. Medellín. Editorial Cincel.
- DICAPRIO, N.S. (1989) Teorías de la personalidad. México. Editorial McGraw Hill.
- ESPINOSA, María Teresa. GUERRERO, Luis Enrique y otros (1998) Accidentalidad. Santafé de Bogotá. Editorial Kimpres.
- GODOY, Martha. JUTINICO, Aldemar (1996) Factores de Riesgos Psicosociales. Santafé de Bogotá^ Editorial Libros & Libres.
- GRAHAM, Jhon (1987) MMPI, guía práctica. México. Manual Moderno.
- HATHAWAY, S.R. MC KINLEY, J.C. (1988) Manual de Cuestionario de Personalidad M.M.P.I. España. Editorial Tea.
- LEON, Rappoport (1977) La personalidad y sus etapas. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- NUÑEZ, Rafael (1994) Aplicación del MMPI a la Psicopatología. México. Editorial Manual Moderno.
- PADILLA, Gloria. CHAVEZ, Maricela y otras(1998) Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. México. Editorial Manual Moderno.
- RIVERA, Ofelia (1991) Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa. México. Editorial Manual Moderno.

SEBELLICO, Andreina. ANTONELLI, Ferruccio (1985) Vida y Psicología. México.

Reader's Digest.

YOUNG, Kimball (1969) Psicología Social de la Personalidad. Buenos Aires. Editorial Paidós.

ANEXOS

ANEXO A

Formato de la Ficha Ocupacional

ARP- ISS, SANTANDER1. Datos de Identificación:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ Número de personas a su cargo _____

Empresa en que trabaja: _____ Tiempo en la empresa: _____

Actividad en la empresa: _____ Escolaridad: _____

2. Información del Accidente:

Fecha del Accidente: _____ Día en que ocurrió: _____ Hora: _____

Sitio del Accidente: _____

Actividad que se encontraba realizando: _____

Tipo de amputación (marque con X) Dedo(s) Mano Brazo _____

Señale cuál dedo, mano o brazo: _____

Había sufrido usted otros accidentes de trabajo?

S í _____ N o _____

Si su respuesta anterior, es sí, señale: _____ Cuantos accidentes: _____

Qué tipo de accidente? _____

En estos accidentes, que parte de su cuerpo fue lesionada? (Marque con X)

Cabeza Tronco Cara Piernas Brazos _____

Manos Dedos PiesDedos _____

Qué consecuencias a nivel físico, le generaron estos accidentes? (Marque con X)

Cicatrices Inmovilidad Dolor/molestias Otras amputaciones _____

Ninguna

3. Información Laboral:

Situación actual laboral: (Marque con una X)

Reintegrado Reubicado Cumplimiento con el tiempo de
incapacidad Desvinculado con la empresa

Retiro voluntario Otra Cuál

Qué otras actividades laborales (a diferencia, de la que desempeñaba antes del accidente), considera usted que se encuentra, en capacidad de realizar?

A raíz del accidente, ha necesitado de otras personas para su cuidado?

Sí No

Está actualmente vinculado a algún programa de rehabilitación? Sí No

Por qué?

Gracias, por su colaboración prosiga con la contestación del MMPI (Prueba de Personalidad).

ANEXO BTabla 12. Intervalos para Escala Hipocondriasis

Intervalos Puntuación T	
1	21-49
2	50-59
3	60-74
4	75-84
5	85 y más

Tabla 13. Intervalos para Escala Depresión.

Intervalos Puntaje T	
1	28-44
2	45-59
3	60-69
4	70-79
5	80 y más

Tabla 14. Intervalos para Escala Histeria

Intervalos	Puntaje T
1	24-44
2	45-59
3	60-69
4	70-75
5	76-85
6	86 y más

Tabla 15. Intervalos para Escala Desviación Psicopática

Intervalos	Puntaje T
1	20-44
2	45-59
3	60-69
4	70-79
5	79 y más

Tabla 16. Intervalos para Escala Masculinidad-Feminidad.

Intervalos	Puntaje T
1	26-40
2	41-59
3	60-69
4	70-79
5	80 y más

Tabla 17. Intervalos para Escala Paranoide.

Intervalos	Puntaje T
1	27-44
2	45-59
3	60-69
4	70-79
5	80 y más.

Tabla 18. Intervalos para Escala Psicastenia.

Intervalos	Puntaje T
1	45-49
2	50-59
3	60-74
4	75-84
5	85 y más

Tabla 19. Intervalos para Escala Esquizofrenia.

Intervalos	Puntaje T
1	21-44
2	45-59
3	60-74
4	75 y más.

Tabla 20. Intervalos para Escala Manía.

Intervalos	Puntaje T
1	21-44
2	45-59
3	60-69
4	70-85
5	86 y más.

Tabla 21. Intervalos para Escala Introversión Social.

Intervalos	Puntaje T
1	25-44
2	45-59
3	60-69
4	70 y más

ANEXO C

N.º 66

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Hoja de anotación y perfil

Forma colectiva

Apellidos y nombre:

Profesión/Estudios:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Empresa/Centro de estudios:

T	Escala										T	Escala	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			adicionales
Varon													
100	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	100	100
110	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	110	110
120	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	120	120
130	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	130	130
140	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	140	140
150	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	150	150
160	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	160	160
170	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	170	170
180	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	180	180
190	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	190	190
200	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	200	200
210	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	210	210
220	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	220	220
230	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	230	230
240	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	240	240
250	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	250	250
260	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	260	260
270	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	270	270
280	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	280	280
290	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	290	290
300	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	300	300
310	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	310	310
320	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	320	320
330	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	330	330
340	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	340	340
350	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	350	350
360	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	360	360
370	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	370	370
380	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	380	380
390	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	390	390
400	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	400	400
410	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	410	410
420	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	420	420
430	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	430	430
440	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	440	440
450	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	450	450
460	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	460	460
470	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	470	470
480	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	480	480
490	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	490	490
500	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	500	500
510	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	510	510
520	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	520	520
530	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	530	530
540	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	540	540
550	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	550	550
560	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	560	560
570	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	570	570
580	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	580	580
590	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	590	590
600	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	600	600
610	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	610	610
620	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	620	620
630	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	630	630
640	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	640	640
650	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	650	650
660	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	660	660
670	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	670	670
680	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	680	680
690	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	690	690
700	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	700	700
710	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	710	710
720	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	720	720
730	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	730	730
740	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	740	740
750	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	750	750
760	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	760	760
770	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	770	770
780	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	780	780
790	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	790	790
800	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	800	800
810	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	810	810
820	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	820	820
830	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	830	830
840	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	840	840
850	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	850	850
860	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	860	860
870	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	870	870
880	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	880	880
890	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	890	890
900	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	900	900
910	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	910	910
920	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	920	920
930	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	930	930
940	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	940	940
950	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	950	950
960	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	960	960
970	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	970	970
980	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	980	980
990	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	990	990
1000	45	50	45	50	50	50	50	50	50	50	50	1000	1000

Copyright © 1976 by TEA Ediciones, S. A. - Traducido y adaptado con permiso. Copyright 1983, renewed 1970 by the University of Minnesota. Published by the Psychological Corporation, N. Y., U. S. A. - Todos los derechos reservados. - Prohibida la reproducción total o parcial. - Edita: TEA Ediciones, S. A. - c/ Fray Bernardino de Sahagún, 24. - 28038 Madrid - Gral. Aguirre Campaño-Diéguez, 15. dpto. - Diputación: sgsat. M. 37.72-1981.

Puntuaciones directas: Anadir K _____ P. D. Corregida _____

Puntuaciones directas: Anadir K _____ P. D. Corregida _____

Fecha de examen: _____ Corregido por: _____