

R.29.359

S T D L/89

1162363

T.D.
L/89

**Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos.**

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.



**ESTUDIO DE FACTORES
PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LOS
TRAUMATISMOS DE LA MANO.**

TESIS DOCTORAL

Presentada por: D. Miguel Luanco Gracia.

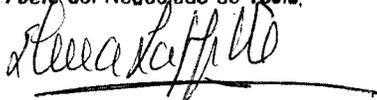
Dirigida por: Dr. D. Alfonso Blanco Picabia.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA
SECRETARIA GENERAL

Queda registrada esta Tesis Doctoral
al folio 54 número 182 del libro
correspondiente.

Sevilla, 15 JUL. 1998

El Jefe del Negociado de Tesis,

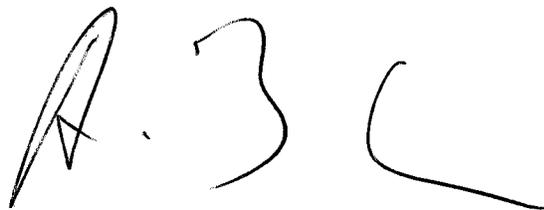


D.Alfonso Blanco Picabia ,Catédrico del Departamento de Psiquiatría,
Personalidad,Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de
Sevilla.

INFORMA

Que D. **Miguel Luanco Gracia** ha realizado bajo su dirección la Tesis Doctoral
titulada:"**ESTUDIO DE FACTORES PSICOLOGICOS ASOCIADOS CON LOS
TRAUMATISMOS DE LA MANO**" con la que se presenta para optar al Grado de Doctor
en Medicina y Cirugía y que dicho trabajo a mi juicio, reúne las condiciones exigibles para una
tesis doctoral.

Para que así conste a los efectos oportunos ,expide el presente Certificado en Sevilla,
a 1 de Julio de 1998.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A', a 'B', and a 'C' connected together.

Fdo. Prof.Dr.D Alfonso Blanco Picabia

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'M. Luanco', enclosed within a large, irregular circular scribble. Below the signature, the name 'M. LUANCO' is printed in a simple, sans-serif font.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. D. Manuel García León, psiquiatra, con el que inicié este trabajo en el Hospital Militar Central Gómez Ulla de Madrid.

Al Dr. D. Jose Luis Moreno Chaparro que me honró con su amistad y cuyo apoyo fue inestimable para encauzar de nuevo esta Tesis. Jose Luis me presentó al Prof. Dr. D. Alfonso Blanco Picabia, que aceptó ser el Director y Tutor de la Tesis, que aparte de honrarme igualmente con su amistad me ha prestado en todo momento ayuda y estímulo para llevar a término este trabajo.

A D. Federico Rodríguez del Amo, psicólogo del Hospital Fremap de Sevilla, por su colaboración en la recogida de datos.

A Dña. Jerónima Vázquez que tanto me ayudó en la realización de la tesis y en la interpretación y tratamiento estadístico de los datos.

A mis pacientes lesionados de mano.

ÍNDICE DEL TRABAJO

I. INTRODUCCIÓN	10
I.0. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	11
I.1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS LESIONES ACCIDENTALES DE MANO	15
I.1.1. FACTORES AMBIENTALES	17
I.1.2. FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES	21
I.1.2.1. CONDICIONES FÍSICAS DE LA PERSONA	21
I.1.2.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	24
I.1.2.3. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD	26
I.1.2.4. ESTRÉS	33
I.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON LESIONES DE MANO	39
I.2.1. REACCIÓN PSICOLÓGICA A LA LESIÓN DE LA MANO	40
I.2.2. FACTORES QUE INCIDEN EN EL AJUSTE PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON LESIONES DE MANO	48
I.2.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN	48
I.2.2.2. FACTORES RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD LABORAL	50
I.2.2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	53
I.2.2.4. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD	53
I.3. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON LESIONES DE MANO	56
I.4. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON LESIONES DE MANO	66
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	72

III. MATERIAL Y MÉTODO	80
III.1. MATERIAL	81
III.1.1. MUESTRA	82
III.1.2. INSTRUMENTOS	87
III.2. MÉTODO	104
III.2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS MUESTRAS	105
III.2.2. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS	108
III.2.3. MÉTODO ESTADÍSTICO	110
IV. RESULTADOS	115
V. DISCUSIÓN	180
VI. CONCLUSIONES	217
VII. BIBLIOGRAFÍA	221
ANEXO: BATERÍA DE PRUEBAS	238

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA**PÁGINA**

1a	Prueba de Normalidad (Variables sociodemográficas)	117
1b	Prueba de Normalidad (Variables del 16 PF)	118
1c	Prueba de Normalidad (Variables Escala Sucesos Vitales)	119
1d	Prueba de Normalidad (Variables Cuestionario Goldberg) ..	120
2a	Medias y Desv. Típicas de la EDAD en grupos muestrales ..	122
2b	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según las EDADES POR INTERVALOS en grupos muestrales	123
3	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el ESTADO CIVIL en grupos muestrales	124
4	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el NIVEL DE ESTUDIOS en grupos muestrales	124
5	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la PROFESIÓN en grupos muestrales	125
6	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el ESTATUS SOCIOECONÓMICO en grupos muestrales	125
7	Distribución de Frecuencias y Porcentajes de sujetos con ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES, PERSONALES O DE ABUSO DE SUSTANCIAS en grupos muestrales	126
8	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según las CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE en grupos muestrales	127
9	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según las CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN en grupos muestrales	129
10	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la DOMINANCIA MANUAL en grupos muestrales	130
11	Descriptivos de las VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL en grupos muestrales	131
12a	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en grupos muestrales (Factores A, B, C y E)	133
12b	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en grupos muestrales (Factores F, G, H e I)	134
12c	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en grupos muestrales (Factores L, M, N y O)	135
12d	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en grupos muestrales (Factores Q1, Q2, Q3 y Q4)	136
12e	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en grupos muestrales (Factores QI, QII, QIII y QVI)	137

TABLA**PÁGINA**

13	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF entre los grupos muestrales.....	139
14	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LAS ESCALAS COMPLEMENTARIAS DEL 16 PF en grupos muestrales.....	141
15	Medias y Desviaciones Típicas en la ESCALA DE SUCESOS VITALES en grupos muestrales y comparación estadística de las mismas	142
16	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el NIVEL DE ESTRÉS CON RIESGO PARA LA SALUD en grupos muestrales y comparación estadística de las mismas	143
17	Medias y Desviaciones Típicas en el CUESTIONARIO GOLDBERG -28 ÍTEMS en grupos muestrales y comparación estadística de las mismas	145
18	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la CLASIFICACIÓN PATOLÓGICA DEL GOLDBERG-28 ÍTEMS en grupos muestrales.....	146
19	Comparación de las Medias en los FACTORES DEL 16 PF del GRUPO DE LESIONADOS DE MANO con las Medias Poblacionales.	149
20	Comparación de las Medias en los FACTORES DEL 16 PF del GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR con las Medias Poblacionales	151
21	Comparación de las distribuciones según los NIVELES EN LOS FACTORES DEL 16 PF con las distribuciones poblacionales.	155
22	Comparación de las Medias del Goldberg-28 Ítems obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS en el GRUPO DE LESIONADOS DE MANO	159
23	Comparación de las Medias del Goldberg-28 Ítems obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN en el GRUPO DE LESIONADOS DE MANO	161
24	Comparación de las Medias de la Escala C del 16 PF obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS en el GRUPO DE LESIONADOS DE MANO	163
25	Comparación de las Medias de la Escala C del 16 PF obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN en el GRUPO DE LESIONADOS DE MANO	165
26	Puntuaciones Medias del Goldberg-28 Ítems obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS en el GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR	166

TABLA**PÁGINA**

27	Comparación de las Medias del Goldberg-28 Ítems obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN en el GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR	168
28	Puntaciones Medias de la Escala C del 16 PF obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS en el GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR	169
29	Comparación de las Medias de la Escala C del 16 PF obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN en el GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR	170
30a	Correlaciones de Spearman en el GRUPO DE LESIONADOS DE MANO	173
30b	Correlaciones de Spearman en el GRUPO DE LESIONADOS DE MANO	174
31	Correlaciones de Pearson en el GRUPO DE LESIONADOS DE MANO	176
32a	Correlaciones de Spearman en el GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR	177
32b	Correlaciones de Spearman en el GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR	178
33	Correlaciones de Pearson en el GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR	179

I. - INTRODUCCIÓN

I.O.- JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El principal objeto de estudio de este trabajo de investigación, las lesiones accidentales de manos, se considera un problema de una elevada repercusión social. Esto se debe, por un lado, a la cantidad de víctimas que se ven afectadas por este tipo de lesiones. Por sus cualidades funcionales, la mano es una de las partes del cuerpo que más frecuentemente se lesiona. Los datos epidemiológicos indican que las lesiones de mano representan alrededor de un tercio del total de lesiones accidentales (Justis, Moore y LaVelle, 1.987; Himmelstein, Feuerstein, Stanek et al., 1.995).

Por otro lado, también hay que tener en consideración el gasto social que lleva consigo tanto la recuperación del paciente lesionado, como los costes de la compensación laboral, cuando ésta corresponde.

A pesar de estos datos comentados y de que últimamente parece existir un incipiente interés en relación a este tema, hay que poner de relieve lo poco que se ha publicado en relación al estatus psicológico de los individuos que se ven afectados por este tipo de lesiones. No obstante, hay que destacar la importancia que tienen los aspectos psicológicos en la explicación y en la prevención de los accidentes, así como en la recuperación de los pacientes traumatizados.

En este sentido, muchos de los factores de riesgo que han sido identificados en la accidentabilidad se refieren a características individuales y psicológicas (Booth-Kewley y Vickers, 1.994; Méndez y Sánchez, 1.995; Chau, d'Houtaud, Grubert et al., 1.995; Mackinnon y Novak, 1.997; etc.), donde tienen especial relevancia el estatus emocional del individuo, sus características de personalidad, así como las atribuciones causales que realiza sobre las causas del accidente (Domínguez y Real, 1.997).

La posibilidad de conocer más profundamente estas cuestiones puede ayudarnos a identificar de forma más precisa a aquellos individuos que tienen un mayor riesgo de sufrir una lesión accidental, con lo que podemos orientar una actuación preventiva eficaz.

Por otra parte, interesa conocer el proceso de adaptación psicológica que realizan, en general, los pacientes que han sufrido lesiones accidentales y, en particular, aquellos que han sufrido estas lesiones concretamente en las manos. En la medida en que conozcamos las reacciones psicológicas de estos pacientes, mejor podremos guiar la labor psicoterapéutica. Asimismo, esto repercutirá positivamente en la recuperación del paciente y en una pronta vuelta al puesto de trabajo.

En relación a lo anterior, consideramos que es de crucial importancia conocer los factores individuales que determinan la reacción psicológica particular de un paciente. Aquí van a tener gran relevancia los aspectos psicológicos, por lo que será necesario conocerlos en profundidad para intervenir sobre ellos y, de este modo, ayudar a los pacientes a que se adapten de forma positiva a su situación.

Sin dejar de reconocer la dificultad que tiene el estudio de estos temas, intentamos con el presente trabajo de investigación realizar una aproximación al conocimiento de los mismos, lo cual esperamos que, en último término, repercuta en una mejora de la calidad asistencial que podemos ofrecer a estos pacientes.

**I.1.- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS
A LAS LESIONES ACCIDENTALES DE MANO**

El estudio de las causas asociadas a los accidentes que conllevan una lesión de mano, igualmente que el estudio de las circunstancias que envuelven cualquier accidente, no puede basarse en una visión simplista del problema.

Si entendemos que un incidente que provoca una lesión en una persona es un suceso multideterminado habrá que atender, para el estudio de sus causas, a factores de distinta naturaleza, tanto a aquellos relacionados con las condiciones del ambiente en el que se dio, como aquellos a asociados a circunstancias concretas del individuo en el que se produjo, considerándose como tales sus características físicas, psicológicas y psicosociales. De este modo, obtenemos una percepción más global y compleja del problema, al mismo tiempo que se consigue una mayor comprensión del mismo, lo cual va a ser fundamental para la labor preventiva.

A continuación, exponemos los principales factores de riesgo asociados a los accidentes de mano que han sido identificados por los diferentes estudios consultados.

I.1.1.- FACTORES AMBIENTALES.

Los trabajos que se han ocupado del estudio de los determinantes ambientales asociados a las lesiones de mano u otro tipo de lesiones accidentales, se han centrado principalmente en el ambiente laboral. Esto puede limitar, en gran medida, la generalización de los resultados a otros tipos de ambientes, donde pueden entrar en juego circunstancias diferentes.

Respecto a las condiciones físicas del ambiente laboral que se asocian a un mayor riesgo de accidentes, destacan la falta de iluminación adecuada y la presencia de un alto nivel de ruido (Andersson, Johansson, Linden et al., 1.979), debido principalmente a que limitan las capacidades sensoriales del trabajador y por tanto su capacidad de reacción para evitar el accidente; asimismo, el ruido incrementa los niveles de estrés, los cuales, como veremos más adelante, también aumentan el riesgo de sufrir accidentes.

Otras condiciones físicas del trabajo, que requieren especial mención, son el tipo de industria y el tipo de maquinaria utilizada. Justis, Moore y LaValle (1.987) destacan la elevada incidencia que tienen las lesiones de mano dentro de la industria maderera, siendo generalmente la causa directa de estos accidentes el uso de herramientas cortantes, que muchas veces suponen la pérdida de uno o dos dígitos. Asimismo, la utilización de materiales y herramientas defectuosas también

puede considerarse un factor de riesgo en los accidentes de mano (Hertz y Emmett, 1.986).

La industria minera igualmente se considera un sector con elevada incidencia de accidentes laborales, teniendo los trabajadores de amplias explotaciones mineras un mayor riesgo que aquellos que trabajan en minas pequeñas (Bennett y Passmore, 1.984). Otros sectores que también han sido objeto de estudio en muchos de los trabajos revisados, debido al elevado riesgo de accidentes que representan, son la industria siderúrgica (Ong, Phoon, Iskandar et al., 1.987; Méndez y Sánchez, 1.995), los procesos productivos llevados a cabo en las cadenas de montaje (Allodi y Montgomery, 1.979), las fuerzas de seguridad - ejército, policía - (Booth-Kewley y Vickers, 1.994) o el sector de la construcción (Salminen y Klen, 1.994).

De otro lado, otro tipo de actividad, no necesariamente laboral, que necesita especial atención es la conducción, ya que los accidentes de tráfico conllevan anualmente cifras astronómicas de mortalidad y de personas lesionadas con secuelas graves (Hancock y Verwey, 1.997).

En relación a las características del tipo de trabajo desempeñado, hay que destacar la fuerza, la duración y la repetición, ya que los elevados niveles de tensión muscular, unidos al estrés y la fatiga, se asocian con un incremento de accidentes y lesiones en las extremidades superiores del cuerpo (Arndt, 1.987; Mackinnon y Novak, 1.997). Hertz y Emmett (1.986)

identifican, entre los factores de riesgo asociados a las lesiones de mano de un grupo de empleados municipales, el hecho de llevar a cabo una tarea que no es el trabajo usual.

La categoría profesional, también parece estar asociada al riesgo de accidentes laborales; en este sentido, Méndez y Sánchez (1.995) observaron un mayor número de lesiones accidentales entre los trabajadores de la siderúrgica que desarrollan su actividad en íntima relación con el proceso productivo, debido principalmente al peligro potencial que conlleva este tipo de tarea, ya que se asocia a la presencia de elementos físicos agresivos y determinadas condiciones laborales (jornadas a turnos, exigencias productivas, etc.).

En relación a lo anterior, un estudio realizado también en el sector siderúrgico (Ong, Phoon, Iskandar et al., 1.987) puso de manifiesto la relación del tipo de turno de trabajo (mañana, tarde o noche) con la frecuencia y tipo de accidente laboral. Los resultados de este trabajo llevaron a la conclusión de que hay un mayor riesgo de accidente durante los turnos de mañana y tarde; sin embargo, durante la noche, a pesar de que se producen menos accidentes, éstos son más graves. Asimismo, también se desprende de este estudio, que las lesiones de mano son más frecuentes durante los turnos de mañana y tarde (provocadas por accidentes con herramientas o quemaduras), mientras que por la noche ocurren con mayor frecuencia las de pie (producidas generalmente por caídas).

Otras condiciones laborales a tener en cuenta son la falta de formación y de entrenamiento previo para el puesto de trabajo a desempeñar (Chau, d'Houtaud, Gruber et al., 1.995) o la categoría ocupacional, ya que parece existir un mayor riesgo de accidentes entre los trabajadores contratados, en comparación con los autónomos (Leigh, 1.986). La frecuencia de horas extraordinarias también se ha identificado como un factor de riesgo asociado positivamente a la ocurrencia de accidentes industriales (Leigh, op. cit.).

Igualmente, las medidas de seguridad representan un factor clave para el control de los accidentes laborales; en este sentido, tienen una gran importancia la correcta utilización de los equipos de seguridad, la información ofrecida acerca de los riesgos específicos del trabajo o sobre las medidas de seguridad disponibles para su control. Justis, Moore y LaVelle (1.987) identifican como uno de los factores de mayor peso en las lesiones de mano de los trabajadores de la carpintería, el uso inadecuado de las medidas de protección.

I.1.2.- FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES.

A continuación pasamos a exponer algunas de las características individuales más relevantes, que deben tenerse en cuenta, en relación al estudio del riesgo de accidentes. Dichos determinantes individuales pueden clasificarse en: condiciones físicas de la persona, características sociodemográficas, características de personalidad y estrés.

I.1.2.1.- CONDICIONES FÍSICAS DE LA PERSONA.

Mackinnon y Novak (1.997) destacan la importancia de las propiedades físicas de la persona como la fortaleza o el peso en el riesgo de lesiones. De otra parte, Arndt (1.987), destaca que determinadas particularidades físicas de la mano y de la muñeca (fuerza, tamaño, defectos congénitos, etc.) inciden sobre la probabilidad de sufrir una lesión de mano.

La zurdera también puede considerarse una condición física que pudiera estar asociada al riesgo de accidentes, lo cual se entiende teniendo en cuenta que generalmente los aparatos y herramientas son diseñados por diestros y para diestros. Coren (1.989, 1.992) informa que los zurdos tienen un mayor riesgo de sufrir lesiones accidentales, lo cual contribuye a una posible desventaja en la supervivencia en comparación con los diestros. Halpern y Coren (1.991) observaron que la incidencia de

accidentes mortales de tráfico es mayor entre los zurdos. Por su parte, Peters y Perry (1.991) no encuentran asociación entre la zurdera y el riesgo de accidentes de tráfico.

En un estudio realizado con 486 lesionados de mano, comparados con 402 controles, Porac (1.993) observa que en ambas muestras existe la misma proporción de zurdos y diestros, lo cual le lleva a la conclusión de que los zurdos no tienen un mayor riesgo de padecer lesiones de mano. Otra conclusión que se desprende de este mismo estudio es que no hay relación entre el lugar de la mano preferente y el lugar de la mano lesionada; es decir, que los lesionados de mano, ya sean zurdos o diestros, tienen la misma probabilidad de haber sufrido la lesión en la mano preferente (sobre el 60%); por otro lado, entre aquellos individuos con preferencia manual consistente (independientemente de si eran diestros o zurdos) hay una mayor probabilidad a lesionarse la mano dominante, en comparación con los que tienen una dominancia mixta.

Respecto a los déficits sensoriales, Méndez y Sánchez (1.995) señalan que la disminución de la agudeza visual y auditiva, junto con otros trastornos sensoriales, como el daltonismo, pueden estar asociados a una mayor accidentalidad cuando las actividades realizadas requieren la integridad de estas funciones. De otro lado, estos autores destacan que las personas que han sufrido frecuentes accidentes (pluriaccidentados) presentan un desajuste en su capacidad perceptivo-motriz, debido a que reaccionan más rápidamente de lo

que perciben, lo cual les conduce a reacciones precipitadas y erróneas. Asimismo, los pluriaccidentados tienen una capacidad más baja para la atención distribuida, es decir, para atender a a varios focos a la vez (Méndez y Sánchez, op. cit.).

La capacidad perceptivo-motora puede verse alterada por el consumo de alcohol y otras drogas, ya sean legales o no, por lo que pueden asociarse a una mayor frecuencia de accidentes en las personas que las consumen. La Organización Internacional del Trabajo (1.987) pone de manifiesto que las personas que consumen alguna de estas sustancias tienen una probabilidad entre 2 y 4 veces mayor a sufrir un accidente en el lugar de trabajo; asimismo, destaca que entre el 15 y el 30% de los accidentes laborales mortales están ocasionados por consumo de alcohol y otros tóxicos. Por otro lado, Lewis y Cooper (1.989) identifican un 13% de casos con contenido del alcohol en sangre y un 7% con indicadores de psicotropos con prescripción legal en una muestra de 207 fallecidos en accidente laboral.

La fatiga también se ha identificado como un factor asociado a la accidentabilidad (Justis, Moore y LaVelle, 1.987), por cuanto la presencia del cansancio facilita la aparición de errores; en este sentido, parece ser que en las primeras horas de la jornada son menos frecuentes los accidentes y que en los días previos y posteriores al fin de semana se produce un mayor índice de lesiones accidentales (Méndez y Sánchez, op. cit.).

Respecto a los problemas de sueño, la somnolencia asociada a la digestión de las comidas (Justis, Moore y LaVelle, op. cit.) y el hecho de dormir nueve o más horas por la noche (Hertz y Emmett, 1.986) incrementan el riesgo de las lesiones de mano producidas por los accidentes en el trabajo.

I.1.2.2.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Por lo que respecta a la edad, aunque hay estudios que han mostrado que los trabajadores más jóvenes tienen un mayor riesgo de sufrir lesiones accidentales en las manos (Hertz y Emmett, 1.986), los trabajos de revisión bibliográfica llegan a la conclusión de que existen resultados contradictorios (Cellier, Eyrolle y Bertrand, 1.995). Esto mismo sucede al revisar los trabajos que han tratado la experiencia laboral como uno de los factores de riesgo asociados a los accidentes industriales (Cellier, Eyrolle y Bertrand, op cit.). No obstante, parece ser que se produce un efecto interactivo entre la edad y la experiencia laboral, de forma que son los sujetos más jóvenes y los de más edad con baja experiencia laboral los que presentan una mayor frecuencia de ocurrencia de accidentes en el trabajo (Cellier, Eyrolle y Bertrand, op cit.).

En el caso de los trabajadores jóvenes con falta de experiencia, determinadas características de personalidad pueden estar contribuyendo a la evaluación del riesgo y, por tanto,

incidir en una mayor accidentabilidad; tales características podrían ser la falta de vigilancia, exceso de entusiasmo o la aceptación de un trabajo de alto riesgo (Chau, d'Houtaud, Gruber et al., 1.995).

Méndez y Sánchez (1.995) sugieren que la explicación al hecho de que a igualdad de condiciones, las mujeres presentan un mayor índice de accidentabilidad cuando se prolonga la jornada de trabajo por encima de las 10 o 12 horas, podría ser que tienen una menor resistencia a la fatiga, en comparación con los hombres.

El nivel de educación y el nivel de inteligencia también son variables que parecen estar asociadas al riesgo de accidentes (Leigh, 1.986; Méndez y Sánchez, 1.995). En el caso de la inteligencia, ocurre que por debajo un cierto coeficiente intelectual los trabajadores se accidentan más, situándose los déficits cognitivos de estos trabajadores con mayor riesgo de accidentes, a nivel de inteligencia concreta (Méndez y Sánchez, op. cit.).

I.1.2.3.- CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD.

Los estudios realizados en este ámbito han tratado de identificar ciertas características de personalidad asociadas a una mayor susceptibilidad o predisposición al accidente.

Para Allodi y Montgomery (1.979) la *propensión a los accidentes* es la predisposición que incrementa la probabilidad de que una persona se vea involucrada en un accidente, lejos y por encima de lo que sería esperable en otros individuos bajo las mismas condiciones ambientales. Boyle (1.980) en un trabajo realizado con trabajadores de una cadena de montaje que iban rotando en sus puestos, concluye que hay individuos más propensos que otros a sufrir accidentes laborales bajo las mismas condiciones ambientales.

En el estudio de Allodi y Montgomery (op. cit.) se parte del planteamiento psicoanalista de que en las personas propensas a los accidentes existen ciertas fuerzas mentales (deseo de muerte, deseo de autodañarse, necesidades de dependencia, etc.), resultado de un conflicto psicológico, que inconscientemente impulsa a la persona a sufrir accidentes. Los autores, sin dejar de reconocer la dificultad de contrastar esto empíricamente, postulan que las personas con alta propensión a los accidentes presentarán una alta incidencia de traumas infantiles, una larga historia de enfermedad psiquiátrica, como expresión de su psicopatología latente y una gran incidencia de accidentes, como manifestación de su propensión. Para llevar a cabo la

comprobación de estas hipótesis, estudian un grupo de 255 trabajadores accidentados en una industria de ensamblaje de automóviles y los comparan con 215 trabajadores de la misma industria no accidentados. Los resultados del estudio demostraron que el grupo de accidentados tenía una historia previa con una frecuencia significativamente superior de episodios médicos, psiquiátricos y/o accidentales (laborales o no); por tanto, el accidente representaba un episodio más, dentro de un patrón mayor de problemas de este tipo.

La aceptación o asunción del riesgo que supone una determinada actividad también es una característica a tener en cuenta. Desde este punto de vista, Näätänen y Summala (1.976) proponen la *Teoría del riesgo cero*, para explicar el riesgo de accidentes de tráfico. Según esta teoría el conductor se adapta al riesgo que envuelve la conducción, de manera que generalmente no percibe ningún riesgo en su actividad. A esto hay que unir que muchas prácticas de conducción, que resultan arriesgadas o peligrosas, proporcionan un refuerzo al conductor (p.e. ahorro de tiempo, experimentar la excitación que acompaña a la velocidad, demostrar a los demás las habilidades como conductor, etc.), por lo que estarán "extra-motivados" en realizarlas, al tiempo que no perciben riesgo alguno de sufrir un accidente.

Salminen (1.995) ha publicado un estudio donde pone a prueba la hipótesis del riesgo cero en el ámbito de los accidentes laborales. Según el autor, para aplicar esta teoría en este campo, es necesario encontrar o descubrir las "extra-

motivaciones" que afectan a la conducta del trabajador. Para Salminen, una de las más importantes sería la presión de la comunidad laboral, es decir, la influencia de compañeros, encargados y clientes. Tras entrevistar a 72 víctimas de accidentes laborales, Salminen concluye que la presión de la comunidad laboral no representa una extra-motivación para el riesgo de accidentes en el trabajo. Según los resultados del estudio, el ahorro de tiempo y trabajo, así como la presión del horario, son los motivos más importantes que impulsaron a la asunción del riesgo.

La revisión de los estudios realizados sobre la determinación de las características concretas de personalidad que se asocian a una mayor accidentabilidad o propensión al accidente, pone de manifiesto que este ámbito de estudio ha generado muy pocas publicaciones. Algo más productivo ha sido otro campo de estudio, donde puede incluirse el anterior, que trata de identificar los constructos de personalidad que predicen las diferencias individuales en los patrones comportamentales de salud. Vamos a realizar una breve descripción de estos trabajos, por lo que puedan aportar al tema que nos ocupa.

Por una parte, diversos trabajos (Brook, Whiteman, Gordon et al., 1.986; Spielberger y Jacobs, 1.982) han puesto de manifiesto que el Neuroticismo, definido como la disposición a experimentar emociones negativas relativamente fuertes y a ser vulnerable ante el estrés, se relaciona con la práctica de actividades nocivas para la salud y con la ausencia de conductas

de salud positivas. Por otra parte, Booth-Kewley y Vickers (1.994) informan de un estudio realizado con 103 militares donde se observó que los individuos más neuróticos realizan menos conductas saludables (ejercicios, dietas, etc.), junto con un menor número de conductas dirigidas a prevenir accidentes y más comportamientos que conllevan un alto riesgo de accidentes de tráfico.

Otros estudios han llegado a la conclusión de que las personas más extravertidas, es decir, más sociables y con una mayor tendencia a experimentar emociones positivas, practican más frecuentemente algunas conductas negativas para la salud asociadas al consumo de sustancias (Labouvie y McGree, 1.986; Spielberger y Jacobs, 1.982; Tappan y Weybrew, 1.982) y algunas conductas positivas, como son las preventivas (Mechanic y Cleary, 1.980) o la colaboración en los ejercicios de rehabilitación (Blumenthal, Sanders, Wallace et al., 1.982). Teniendo en cuenta, como ya se ha mencionado (O.I.T., 1.987), que el consumo alcohol y otros tóxicos es un factor de riesgo para los accidentes, cabe pensar que las personas extravertidas pueden tener también una mayor tendencia a la accidentabilidad. Por otra parte, en el estudio de Booth-Kewley y Vickers, comentado en el párrafo anterior, se demostró que los individuos más extravertidos además de consumir más sustancias, realizan menos conductas dirigidas a la prevención de accidentes.

El conformismo, entendido como la inclinación a ser una persona tolerante aceptando de otras el cinismo y la hostilidad, está relacionado con hábitos de ejercicio, autocuidado y control dietético, así como con un menor consumo de sustancias (Booth-Kewley y Vickers, 1.994). Esta característica de personalidad parece ser, por tanto, una variables muy importante para las conductas de salud, relacionándose, además, inversamente con las conductas de riesgo asumido (Booth-Kewley y Vickers, op. cit.); según lo anterior, podría decirse que los individuos más inconformistas -más cínicos, hostiles e intolerantes con los demás- pueden involucrarse más frecuentemente en conductas de confrontación con otras personas (p.e. peleas) o de infracción con las normas y derechos de los demás (p.e. conducir temerariamente), lo cual se traduce en que estas personas tengan más posibilidades de accidentarse. De hecho, parecer ser que estos individuos previenen menos los accidentes y realizan conductas que suponen un mayor riesgo de accidentes de circulación (Booth-Kewley y Vickers, op. cit.).

La apertura a la experiencia, que se asocia a una mayor inclinación a la búsqueda de sensaciones nuevas, se relaciona con un mayor consumo de sustancias y drogas (Brook, Whiteman, Gordon et al., 1.986; Booth-Kewley y Vickers, op. cit.); por lo que cabe pensar en un mayor riesgo de accidentes.

Otra característica importante de personalidad, como es la Concienciación, se define como la tendencia a estar bien orientado, a ser metódico y responsable, lo cual viene a asociarse a un bajo nivel de consumo de sustancias (Brook, Whiteman, Gordon et al., 1.986; Labouvie y McGree, 1.986).

Cuando Booth-Kewley y Vickers (1.994) estiman la importancia de las distintas características de personalidad sobre las conductas de salud, obtienen que la Concienciación es la dimensión (de las cinco comentadas: Neuroticismo, Extraversión, Conformismo, Concienciación y Apertura a la experiencia) que mejor predice los patrones comportamentales saludables. Según estos autores, esta característica se asocia a un mayor control de accidentes, a un menor riesgo de tráfico y, en general, más conductas saludables, ya que los individuos más concienciados son más disciplinados, más persistentes y desarrollan planes a largo plazo que proporcionan más beneficios no inmediatos; todo lo cual representa la clave para el mantenimiento de los patrones de comportamiento de salud.

La tendencia a percibir los eventos o sucesos, bien como resultado de circunstancias externas, azarosas e incontrolables, o bien asociados a nuestra propia conducta o nuestras características de personalidad, se denomina *locus de control*. Esta característica de personalidad ha sido identificada por Salminen y Klen (1.994) como un factor asociado a la accidentabilidad laboral, de manera que los trabajadores con un *locus de control* externo presentan un mayor riesgo de sufrir

lesiones accidentales, en comparación con aquellos que perciben tener un mayor control sobre las circunstancias que pueden conducir a un accidente.

En una publicación posterior, Janicak (1.996) observa que el mejor predictor de la accidentabilidad laboral es el locus de control del trabajador unido al riesgo ambiental implícito; por lo cual, concluye que los accidentes laborales son el resultado de una compleja interacción entre los aspectos humanos y las influencias ambientales.

Respecto al tema que específicamente nos ocupa, en un estudio realizado con 288 pacientes con lesiones de mano, Chau, d'Houtaud, Gruber et al. (1.995) llegan a la conclusión de que, en líneas generales, los lesionados de mano tienen una representación de su propia personalidad similar a la de la población general; no obstante, según los autores, estos pacientes tienden a percibirse como más optimistas y menos torpes. De este modo, puede ocurrir que estas personas no perciban o anticipen los riesgos asociados a determinadas actividades, al tiempo que están excesivamente confiados en sus habilidades motoras, por lo que pueden involucrarse más frecuentemente en actividades que impliquen un alto riesgo de accidente o presentar una falta de vigilancia ante determinadas actividades peligrosas.

I.1.2.4.- ESTRÉS.

Según Zegans (1.984), el estrés es la respuesta a situaciones que amenazan las necesidades básicas del hombre, como la consecución de seguridad, relaciones, estatus, intimidad, etc., y que dan lugar a conductas compensatorias y a reacciones fisiológicas y emocionales. El estrés se produce por la interacción de diversos factores, entre los que se encuentran los factores estresante externos o propios del medio, los factores estresantes internos o propios del individuo y los factores moduladores, que modifican la interacción entre los anteriores (González de Rivera, 1.989).

Respecto a los factores comentados en primer lugar, se consideran aquellas experiencias o circunstancias de índole psicosocial que requieren un esfuerzo de adaptación por parte del individuo para adaptarse a la nueva situación, las cuales se denominan acontecimientos o cambios vitales (Holmes y Rahe, 1.967) y pueden ser tanto situaciones socialmente deseables como desagradables. La evaluación de los cambios vitales representa una forma de medir operacionalmente el estrés (Levenson, Hirschfeld y Hirschfeld, 1.980), siendo, por tanto, el planteamiento básico subyacente que cada acontecimiento en la vida de un individuo requiere un ajuste físico y/o psicológico el cual es estresante. De este modo, el estrés es directamente proporcional a la cantidad total de adaptación al cambio que ha tenido que realizar un individuo a causa de sus acontecimientos

vitales, en un período determinado de tiempo (Holmes y Rahe, op. cit.).

Los factores internos de estrés son aquellos asociados al individuo, donde se incluyen su particular reactividad psicofisiológica, el significado específico que otorgue a los cambios vitales (Eysenk, 1.983), la susceptibilidad individual, las reacciones anticipatorias, la capacidad de afrontar las situaciones estresantes, etc.

Por último, los factores mediadores, aunque no están directamente relacionados con los elementos inductores del estrés, ni con la forma de expresarlo, van a influir sobre los factores externos y los internos, modulando la interrelación entre los mismos. Tal es el caso del apoyo social, que tiene un efecto amortiguador (*buffering*) sobre las consecuencias físicas y psicológicas del estrés (Williams, Ware y Donald, 1.981). De este modo, la persona que recibe afecto, comprensión y ayuda de su ambiente social ante un acontecimiento vital potencialmente estresante (p.e. pérdida de un ser querido), se sentirá más segura y confiada para afrontar dicha situación y la percibirá como menos amenazante para su integridad física y psicológica.

La relación entre estrés y salud representa un importante ámbito de estudio dentro de la Medicina Comportamental y de la Psicología de la Salud; siendo actualmente incuestionable el fuerte vínculo que mantienen (Fernández, 1.988). El mecanismo subyacente de la vulnerabilidad a la enfermedad ante el estrés

tiene que ver con la alteración de la capacidad funcional de las células inmunes, bajo la influencia de los estresores psicológicos, los cuales producen más inmunosupresión cuanto más intensos y duraderos sean (Borràs, 1.992).

En el estudio de la relación entre estrés y enfermedad se parte de la base de que para que el organismo funcione idóneamente es necesario un equilibrio homeostático; de este modo, la pérdida prolongada de dicha armonía es un factor causante en la aparición de síntomas fisiológicos y/o psicológicos (Rabkin y Struening, 1.976; Kasl, 1.984). En la interacción del individuo con su medio, normalmente las demandas ambientales suponen un esfuerzo de adaptación y regulación interna de los mecanismos psicológicos, neuronales y endocrinos para contrarrestar el cambio externo. Pero, cuando las demandas del entorno superan las capacidades adaptativas y defensivas del organismo, el estado de funcionamiento idóneo se pierde, por lo que se favorece el desarrollo de patologías.

En relación a este tema, González de Rivera (1.983) realiza un estudio comparando 42 pacientes con enfermedades médicas agudas con 36 individuos que no habían padecido ninguna patología en los 12 meses anteriores. Tras evaluar los cambios vitales en estos dos grupos, el autor llega a la conclusión de que el acúmulo de sucesos estresantes favorece el desarrollo de patologías. En otro estudio posterior, González de Rivera, Morera y Monterrey (1.989), al estudiar pacientes hospitalizados y compararlos con sujetos sanos, llegan a la misma conclusión.

La relación entre estrés y enfermedad también se ha puesto de manifiesto en el estudio de los factores precursores de los procesos oncológicos (Eysenck, 1.987; Forsen, 1.988; Andersen, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1.994); asimismo, algunos estudios han observado un mayor número de acontecimientos vitales previos en pacientes con infartos de miocardio (Theorrell y Rahe, 1.971; Rahe, Bennett, Romo et al., 1.973).

Los sucesos vitales estresantes también pueden actuar como factores precursores o precipitantes para la aparición de síntomas o trastornos psicopatológicos, como por ejemplo en el caso de la depresión y/o el suicidio (Paykel, Poresoff y Meyers, 1.975; Hawkins y Hawkins, 1.992; Heikkinen, Aro y Lönnqvist, 1.994) o de la esquizofrenia (Birley y Brown, 1.970).

Hirschfeld y Behan (1.966), a partir de los resultados obtenidos en un estudio realizado por ellos mismos en 1.963, donde encuentran que los trabajadores lesionados tienen un mayor índice de situaciones vitales desagradables previas al accidente, proponen que este tipo de lesiones podría ser la expresión de los síntomas psicológicos asociados a las situaciones precursoras del estrés.

Entre la situaciones potencialmente estresantes, que se han asociado al riesgo de accidente, podemos diferenciar los estresores ocupacionales (p.e. control laboral, demandas de trabajo, supervisión, seguridad, etc.) y estresores no ocupacionales (p.e. dificultades económicas, problemas

familiares, falta de apoyo social, etc.) (Mackinnon y Novak, 1.997).

La insatisfacción laboral asociada al estrés en el trabajo puede producirse debido a la mecanización y la deshumanización de los trabajos tediosos y repetitivos (p.e. en cadenas de montaje). Allodi y Montgomery (1.979), en un estudio realizado con 255 trabajadores lesionados, observaron que la insatisfacción laboral se asocia con una mayor presencia de síntomas psicológicos; asimismo, concluyen que la inclinación del individuo al accidente depende de la satisfacción laboral. En este trabajo también se pone de manifiesto que los eventos vitales estresantes se asocian a una mayor presencia de síntomas psicológicos, como ansiedad y depresión.

Levenson, Hirschfeld y Hirschfeld (1.980), en un estudio realizado con 164 trabajadores con lesiones accidentales, encuentran que estos pacientes experimentaron previamente al accidente más eventos vitales, más estrés asociado y más cambios no deseados, que un grupo control de 605 personas. La conclusión que se desprende de estos datos es que los acontecimientos vitales, principalmente aquellos que producen un mayor nivel de estrés, representan un factor de riesgo para sufrir una lesión accidental.

En un estudio posterior de Levenson, Hirschfeld, Hirschfeld et al. (1.983), se comprueba que existen diferencias entre hombres y mujeres respecto a la vivencia de los cambios vitales. Aunque, para ambos sexos estos eventos se asocian a una mayor accidentabilidad laboral, las mujeres suelen experimentar un mayor número de acontecimientos estresantes relacionados con el trabajo, debido a que frecuentemente tienen puestos de peor categoría, condiciones y sueldo que los hombres. Además a esto hay que unir otros estresores como las cargas familiares y las obligaciones domésticas.

**I.2.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN
PACIENTES CON LESIONES DE MANO**

I.2.1.- REACCIÓN PSICOLÓGICA A LA LESIÓN DE LA MANO.

De acuerdo con Gilbert (1.996), los problemas psicológicos que se asocian a las lesiones de mano son, principalmente, alteraciones de la imagen corporal, junto con la presencia de estrés postraumático y depresión. Pero para entender la reacción psicológica de una persona que sufre pérdidas funcionales y/o anatómicas como consecuencia de una lesión grave de mano, hay que prestar atención a la importancia que tiene este miembro en el desempeño de la actividad cotidiana, en la expresión comunicativa no verbal o como elemento de crucial relevancia para del autoesquema corporal.

Las manos sirven para trabajar, para defendernos o atacar, para ser autónomos y valernos por nosotros mismos (alimentarnos, asearnos, cuidarnos, etc.), para expresar ideas y emociones sin palabras o para acompañar a éstas y enriquecer su significado, para expresar afectos a través de caricias, contando, además, con su importancia para la actividad sexual. En definitiva, las manos representan un medio de interacción y de comunicación entre la persona y su medio, como instrumento de expresión comportamental y como medio para recibir estímulos externos - tengamos en cuenta que el sentido del tacto se centraliza principalmente en las manos-.

Cuando un individuo pierde un miembro o una parte del cuerpo -p.e. una mano-, suele experimentar una reacción psicológica similar a la que se produce ante la muerte de un ser querido (Krueger, 1.988). De este modo, comienza un proceso de duelo por la función que ese miembro cumplía, por las satisfacciones que proporcionaba, por el deterioro de la imagen corporal y por las expectativas que se basaban en el supuesto de la existencia de dicha función. Según López, Polaino y Arranz (1.992), la pérdida de una parte importante del cuerpo, cuando no ha sido elaborada, suele generar problemas de ansiedad, depresión, insomnio, etc.

Según Knorr y Edgerton (1.971), las manos son uno de los primeros elementos que entran a formar parte del esquema corporal en los niños. Al observar el movimiento de sus manos, los bebés interiorizan esa parte del cuerpo como propia. Para estos autores, cuando los niños aún no tienen capacidad para ser conscientes de una deformidad facial, pueden reconocer diferencias en sus manos al compararlas con otras. A la edad de 6 ó 7 años, la habilidad manual desarrollada a través de juegos o actividades manuales, constituye una fuente importante para la autoestima del niño, más que la posesión de una cara atractiva. Durante la adolescencia, continúa esa sensibilidad ante la forma y el funcionamiento de las manos, siendo a esta edad especialmente catastrófico para la autoestima la pérdida parcial o completa de la mano (Knorr y Edgerton, op. cit.).

Tras una lesión de mano, las personas que se han dedicado a una actividad laboral principalmente manual pueden experimentar sentimientos de impotencia, incapacidad e inutilidad por no poder seguir ejerciendo como antes, lo cual puede asociarse a la presencia de una depresión reactiva (Knorr y Edgerton, 1.971). Esto suele ocurrir, principalmente, en aquellas personas que dependen del desempeño del trabajo para el mantenimiento de su nivel de autoestima; de este modo, cuando la lesión impone restricciones sobre la actividad usual, afloran los sentimientos negativos y las reacciones emocionales adversas.

En un estudio llevado a cabo por Lee, Ho, Tsang et al. (1.985) se evaluaron a 62 varones con lesiones laborales en las manos, producidas en el período anterior a tres años y a otros 49 trabajadores de similares características que no habían sufrido accidentes. A través de la comparación de ambos grupos, los autores llegaron a la conclusión de que los trabajadores lesionados de mano manifiestan un peor ajuste psicológico, evaluado a través de la presencia de síntomas de depresión, ansiedad, manifestaciones psicósomáticas y desajuste psicosocial.

Diferentes trabajos (Grunert, Matloub, Sanger et al., 1.990; Grunert, Matloub, Sanger et al., 1.991) ponen de manifiesto que los síntomas psicológicos más frecuentes tras una lesión de mano producida por un accidente son los que se describen para el trastorno por estrés postraumático: imágenes y pensamientos intrusivos referentes al accidente (*flashbacks*), excesivo estado de alerta asociado a trastornos del sueño, pesadillas, evitación

de relaciones íntimas, sentimientos de culpa, evitación de pensamientos o sentimientos asociados al evento, altos niveles de ansiedad y depresión, trastornos de memoria y problemas de concentración.

Las tasas de incidencia indican que alrededor del 90% de los pacientes con lesiones de mano graves desarrollan uno o más de estos síntomas psicológicos, siendo las manifestaciones más frecuentes los recuerdos recurrentes de la lesión, las pesadillas y la presencia de ansiedad y/o depresión. Al mes de haberse producido la lesión esta cifra no mejora sustancialmente, mientras que a los dos meses se reduce a un 60%.

Estos síntomas tienen especial importancia cuando el paciente ha visto cómo su mano fue lesionada y, además, la vio inmediatamente después de haberse producido el accidente (Gilbert, 1.996).

Los flashbacks parecen ser el síntoma más frecuente y persistente durante los dos primeros meses (Grunert, Smith, Devine et al., 1.988); los cuales pueden llegar a ser especialmente dramáticos cuando se vuelve al lugar donde se produjo la lesión. La prevalencia de estos pensamientos recurrentes a los seis meses de la operación se sitúa entre el 50 y el 25%, dependiendo, respectivamente, de si el accidente es laboral o no (Grunert, Hargarten, Martloub et al., 1.992).

La persistencia de estos recuerdos recurrentes se debe, principalmente, a que algunos componentes de los mismos enfatizan el hecho de que el individuo tiene poco o ningún control sobre el incidente y que no sólo puede volver a ocurrir, sino que además puede llegar a ser más grave de lo que fue (Grunert, Devine, Matloub et al., 1.992).

La frecuencia de pesadillas es muy elevada durante los primeros días seguidos al accidente y a lo largo del primer mes -sobre un 90%- , pero decrecen significativamente al segundo mes de la lesión, afectando al 13% de los pacientes (Grunert, Smith, Devine et al., op. cit.). La mayoría de las pesadillas reflejan sentimientos de preocupación con futuras lesiones o la anticipación de incapacidades resultado de la lesión actual (op. cit.). Al igual que los flashbacks, representan elementos asociados de forma natural al trauma que permiten el procesamiento de los aspectos emocionales relacionados al mismo.

Pasados uno o más años de la lesión, algunos pacientes pueden seguir teniendo estas pesadillas recurrentes; las cuales, a menudo, se producen una o dos semanas antes de una cirugía reconstructiva de la mano, de manera que el paciente vuelve a revivir algunas de las circunstancias de la situación original del trauma (op. cit.).

Por otro lado, la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión es bastante frecuente durante los primeros días tras la lesión -sobre el 85%- y sigue afectando alrededor del 50% de los pacientes al mes y a los dos meses de la misma (Grunert, Smith, Devine et al., op. cit.).

La evitación de pensamientos y sentimientos asociados al trauma también es un síntoma de elevada frecuencia, afectando a un 28% de pacientes antes de la cirugía y a un 56% a los seis meses de la misma (Grunert, Hargarten, Matloub et al., 1.992).

El estudio de Grunert, Devine, Matloub, et al. (1.992) pone de manifiesto que durante el primer año los síntomas psicológicos, en líneas generales, disminuyen significativamente, a pesar de que sigue existiendo un elevado porcentaje de pacientes (superior al 50%) que experimentan uno o más de estos síntomas. En este mismo trabajo, se observa que al año y medio de haberse producido la lesión, la incidencia de estos problemas psicológicos perdura sin mejorías significativas.

La evolución de los síntomas psicológicos a través del tiempo puede estar asociada al paso que realiza el paciente por diferentes etapas adaptativas, en las cuales utiliza diferentes mecanismos de defensa para afrontar la situación. Paterson y Burke (1.995), describen cuatro fases por las que suele pasar el paciente con lesiones de mano y que son las mismas que se han descrito ante el proceso de adaptación psicológica ante la muerte de un ser querido. Estas son: choque-negación, ansiedad-estrés,

abatimiento y reorganización. Los autores afirman que no hay límite de tiempo para cada etapa y que el paso por cada una de ellas depende de cada individuo.

Por su parte, Edgerton (1.971) sugiere que el principal mecanismo de defensa usado por estos pacientes para luchar contra la ansiedad y la depresión asociadas a la lesión, es la negación. Para el autor, esta forma de afrontar la situación permite al paciente minimizar bien la existencia o la extensión de la lesión o bien la incapacidad que le ha producido, con lo cual se produce un aumento de la sensación de integridad corporal. Es el mecanismo de defensa al que suele recurrirse en la fase aguda de tratamiento, ya que es entonces cuando el paciente no considera la posibilidad de que puedan existir consecuencias a largo plazo de la lesión (Gilbert, 1.996). La negación se asocia a un ajuste emocional positivo, por lo que no está indicada la intervención psicológica a menos que el paciente, negando la realidad, no se adhiera adecuadamente al tratamiento.

Sin embargo, cuando la actividad laboral del paciente es principalmente manual es difícil que pueda seguir manteniendo su negación, ya que la evidencia le hace ser consciente de sus limitaciones e incapacidades. Entonces, cuando la negación se interrumpe, aumentan los sentimientos depresivos y la desesperanza, y si peligrara el puesto de trabajo se unen, además, los sentimientos de angustia (Edgerton, op. cit.). Por otro lado, si el accidente se produjo en el ambiente laboral, la vuelta al trabajo también puede precipitar una sobre-elevación de la

ansiedad, debido al miedo a que se produzca una nueva lesión.

Grunert, Smith, Devine et al. (1.988) apuntan que las sensaciones del miembro fantasma pueden ayudar al paciente con una amputación de la mano a negar la existencia de la lesión. Posteriormente, cuando el paciente empieza a afrontar de forma más realista su nueva situación y a desarrollar una nueva imagen corporal, en la cual se incorpore su amputación, dichas sensaciones se vivencian como algo desagradable, ya que representan una incongruencia entre las sensaciones táctiles y visuales.

Estos mismos autores (op. cit.) observan también un incremento, a través del tiempo, en la presencia de problemas y sentimientos negativos asociados a los resultados estéticos de la lesión de mano. Esto puede indicar que, en un primer momento, los pacientes experimentan una sensación de alivio por no haber perdido la mano, negando las consecuencias reales de la lesión; pero, pasados pocos meses, cuando empiezan a ser conscientes de su nueva imagen corporal, el sentimiento de alivio es reemplazado por el de preocupación por la aceptación social.

Gilbert (1.996) nos sugiere que hay que prestar también atención a otras manifestaciones no verbales que pueden ser la evidencia de que un paciente esté desarrollando problemas psicológicos, tales como ocultamiento de la mano, negar o ignorar esa mano lesionada, no colaborar con el tratamiento o presentar problemas de sueño.

I.2.2.- FACTORES QUE INCIDEN EN EL AJUSTE PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES CON LESIONES DE MANO.

El ajuste psicológico que presenta un paciente lesionado de mano en un momento determinado va a depender de un gran número de factores, entre los que se encuentran el grado de deterioro físico producido, la estructura de personalidad del individuo, su edad, vocación, aficiones, motivaciones, valores culturales, etc. (Grealish, 1.994). En este apartado, vamos a describir aquellos que han sido identificados a través de los diferentes trabajos revisados.

I.2.2.1.- CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN.

Algunos factores relacionados con la lesión que pueden afectar al ajuste psicológico del paciente accidentado de mano son la gravedad de la misma, las pérdidas funcionales asociadas, el resultado estético, el grado de amputación o la dominancia de la mano afectada.

Tsoi, Lueng y Chow (1.982, cit. por Grunert, Smith, Devine et al., 1.988) observan que cuanto mayor es la gravedad de la lesión de la mano menor es el nivel de autoestima de los pacientes. Por otro lado, Lee, Ho, Tsang et al. (1.985) no encuentran relación entre el nivel de gravedad de la lesión producida en la mano y el ajuste ocupacional (valorado a través

del nivel de ingresos y la frecuencia de cambios laborales tras la lesión); sin embargo, ponen de manifiesto que los pacientes con lesiones de mano más graves expresan una menor satisfacción con su vida social en general, en comparación con aquellos que tienen lesiones más leves. Para los autores esto puede deberse a que las lesiones con consecuencias más graves son más visibles (p.e. es más fácil ocultar un dedo cortado que una mano amputada); de forma que estos pacientes tienden a ser más conscientes de su discapacidad y se sienten más incómodos ante los encuentros sociales, por lo que tienden a evitarlos o rechazarlos.

En relación a este tema, Beasley (1.981, cit. por Grunert, Smith, Devine et al., 1.988) afirma que el grado de preocupación de un paciente por los problemas estéticos de su lesión se relaciona directamente con la percepción que tiene de la valoración que los demás realizan de la misma; por ejemplo, si el paciente percibe que la apariencia es llamativa hasta el punto de molestar a los otros, puede estar constantemente intentando ocultar la lesión para que los demás no la vean.

Por otra parte, Grunert, Smith, Devine et al. (op. cit.) concluyen que la preocupación con los resultados estéticos de la mano depende del deterioro físico producido y del grado de visibilidad de la lesión, y que son los pacientes más preocupados por estos temas los que manifiestan un mayor nivel de estrés emocional. En otro trabajo, realizado por Franulic, González, Trucco et al. (1.996) no se encuentra relación entre el nivel de

gravedad de las lesiones en pacientes quemados y la presencia de sintomatología emocional durante la primera semana de hospitalización; los autores sugieren que los síntomas depresivos suelen desarrollarse más tardíamente y que el nivel de ansiedad puede estar más relacionado con la presencia de dolor, que con la gravedad de la lesión.

I.2.2.1.- FACTORES RELACIONADOS CON LA ACTIVIDAD LABORAL.

Millender (1.992) opina que las lesiones de mano de carácter laboral son sustancialmente diferentes a las lesiones de mano no producidas en el trabajo. Esto se debe, principalmente, a que las primeras presentan, además del problema musculoesquelético y las repercusiones psicológicas del mismo, un importante componente psicosocial y legal relacionados con: a) el ambiente laboral (posibles negligencias en el trabajo que condujeron a la lesión, reacción del jefe u otros compañeros); b) el sistema de respaldo social (problemas con las compañías aseguradoras, las indemnizaciones por incapacidad) y c) la medicina legal (alta laboral, inspecciones médicas, etc.).

En este sentido, es relevante la percepción que tiene el paciente de cómo está siendo tratado por el "sistema"; cuando el paciente siente que dicho tratamiento es inadecuado o injusto

pueden surgir sentimientos de ira, frustración, confusión y depresión, que dificultan el retorno a la actividad laboral.

En un trabajo de investigación (Grunert, Hargarten, Matloub et al., 1.992), donde se compararon 69 pacientes con lesiones laborales de mano frente a otros 44 con lesiones de mano no laborales, los autores llegan a la conclusión de que, pocos días tras el accidente, no hay diferencias en la presencia de síntomas psicológicos, ni en la percepción de las causas del accidente entre unos pacientes y otros; no obstante, en las lesiones no laborales se produce una mayor incidencia de sentimientos de evitación. Posteriormente, a los seis meses de la lesión, los pacientes con lesiones laborales presentan un peor ajuste psicológico, manifiestan un mayor grado de evitación de la situación donde se produjo la lesión y tienden, en mayor medida, a percibir que la causa del accidente estaba asociada a algún factor que se escapaba de su control (mala suerte, casualidad, fallos técnicos impredecibles, etc.).

Cuando el trabajador lesionado percibe que su accidente ha sido causado por un fallo en las medidas de seguridad y culpa de esto a su empresario, suele desarrollar sentimiento de ira, hostilidad y resentimiento hacia él. Esto resulta en un aumento de la ansiedad cuando el paciente vuelve al trabajo (Grunert, Devine, Matloub et al., 1.992).

Asimismo, los pacientes lesionados de mano que han sufrido el trauma en el lugar del trabajo son particularmente vulnerables al desarrollo de un alto grado de ansiedad, debido a que el lugar del trabajo y las rutinas que lleva implícitas la actividad laboral provocan reminiscencias del momento del accidente (Grunert, Devine, Matloub et al., 1.992). Además, debido a que el trabajo es a menudo una importante fuente de satisfacción e interacción social, el efecto del trauma puede ser aún mayor cuando esta fuente de autoestima se pierde (op. cit.).

La evaluación psicológica llevada a cabo por Grunert, Matloub, Sanger et al. (1.991) en 143 pacientes con lesiones severas de la mano y con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (criterios D.S.M.-III-R), puso de relieve que la condición de estar en litigio, para conseguir una mayor indemnización económica por las secuelas psicológicas de la lesión, no mantiene la presencia de los síntomas psicológicos; sino que más bien estos síntomas están asociados a los factores contribuyentes al desarrollo del trastorno por estrés postraumático y están mantenidos por señales reminiscentes del accidente original.

Por último, Lee, Ho, Tsang et al. (1.985) no encuentran la existencia de relación entre otras características de tipo laboral como son el salario previo y actual o el número de cambios laborales anteriores a la lesión, y nivel de ajuste psicológico y psicosocial del paciente lesionado de mano.

I.2.2.3.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

Algunas características sociodemográficas como el estatus marital o el nivel ocupacional no se han observado entre los factores influyentes en el ajuste psicológico del paciente con lesiones de mano (Lee, Ho, Tsang et al., 1.985).

Respecto a la variable sexo, Levenson, Hirschfeld, Hirschfeld et al. (1.983) concluyen que, tras el accidente, tanto los hombres como las mujeres con lesiones de mano experimentan altos niveles de estrés psicosocial; sin embargo, en el caso de los varones la problemática se centra principalmente en las secuelas médicas que sufren, mientras que en el caso de las mujeres se producen más eventos estresantes relacionados con la pareja y la actividad ocupacional.

I.2.2.4.- CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD.

A pesar de la importancia que tienen las variables de personalidad sobre la adaptación psicológica de los individuos, cabe resaltar la escasa atención que se le ha prestado a este tema en el ámbito de estudio que nos ocupa.

Destacamos el trabajo de Franulic, González, Trucco et al. (1.996) realizado con 25 pacientes hospitalizados, que habían sufrido quemaduras de diferente localización corporal, a consecuencia de un accidente. Uno de los objetivos principales

de este estudio era determinar la relación entre la presencia de síntomas emocionales y los siguientes factores de personalidad: búsqueda de situaciones novedosas, evitación del daño o perjuicio y dependencia-recompensa. Los resultados indicaron que los pacientes que puntuaban más alto en el rasgo evitación del daño o perjuicio presentaban mayor sintomatología ansiosa; para los autores, la experiencia traumática por sí misma, junto con la presencia de dolor, puede hacer que se acentúen muchos aspectos, incluidos ciertos rasgos de personalidad (miedo, defensa, evitación fóbica).

Otro estudio (Lee, Ho, Tsang et al., 1.985) realizado con pacientes lesionados de mano, pone de relieve la asociación entre el *locus de control* y el ajuste psicológico: los pacientes que experimentan una mayor presencia de síntomas psicológicos se caracterizan por poseer un *locus de control* externo, es decir que están más externamente orientados; además de ello, estos pacientes se involucran menos frecuentemente en actividades de diverso tipo y expresan menor satisfacción respecto a su vida social en general. Sin embargo, los pacientes con mejor ajuste psicológico, perciben un mayor control sobre las circunstancias que les rodean, se sienten más optimistas para continuar con sus vidas normalmente, con sus actividades sociales habituales y con sus ocupaciones de ocio y tiempo libre. Para los autores, estas diferencias pueden deberse tanto a desigualdades promórbidas como actuales en los estilos de afrontamiento.

En relación a esto último, en el estudio comentado en primer lugar (Franulic, González, Trucco et al., op. cit.) se informa de que los pacientes con un peor ajuste psicosocial previo al accidente tienden a presentar mayor sintomatología emocional. En concreto, aquellos pacientes con problemas previos de ajuste en las áreas familiar y laboral, suelen desarrollar tras la lesión síntomas de ansiedad de mayor intensidad; esto puede estar debido a la elaboración de expectativas negativas acerca del impacto que la lesión va a tener sobre su ambiente social y familiar.

Gilbert (1.996) destaca la importancia de la presencia de problemas psicológicos preexistentes sobre la sintomatología actual, a lo cual hay que prestar especial atención cuando la lesión ha sido autoinflingida.

**I.3.- EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN
PACIENTES CON LESIONES DE MANO**

Son múltiples las ventajas y los beneficios que proporciona la evaluación psicológica de los pacientes con lesiones de mano. Una de estas ventajas es que les transmite un sentido de preocupación e interés por parte del personal sanitario, bajo lo cual subyace una filosofía del cuidado de la salud, donde el tratamiento médico se individualiza procurando no ser impersonal y distante.

La evaluación psicológica de pacientes con lesiones de mano tiene especial relevancia para las siguientes finalidades:

- 1) Identificar la sintomatología psicológica y/o establecer un diagnóstico clínico que oriente hacia una intervención psicoterapéutica.
- 2) Determinar las condiciones psicológicas preexistentes que puedan estar asociadas directamente con la sintomatología actual.
- 3) Diagnosticar trastornos facticios, trastornos de conversión y casos de simulación de enfermedad.
- 4) Evaluar la adherencia al tratamiento para, en su caso, mejorar la cooperación del paciente.
- 5) Ayudar en las decisiones terapéuticas.
- 6) Identificar los factores psicológicos asociados a la recuperación.

A continuación nos ocuparemos con mayor profundidad de cada uno de estos objetivos planteados.

Respecto al primero de ellos, la evaluación psicológica va a permitir detectar el trastorno psicológico que pueda sufrir el paciente (p.e. trastorno por estrés postraumático) y la gravedad del mismo (Johnson, 1.993). Una vez conozcamos estos parámetros es posible orientar la intervención psicoterapéutica y, al mismo tiempo, realizarla lo más tempranamente posible. Sutker et al. (1.991, cit. por Johnson, 1.993) proponen una serie de instrumentos, que conforman una batería de pruebas, para evaluar el trastorno por estrés postraumático. Por su parte, Johnson (op. cit.) sugiere que la batería psicológica debe incluir las siguientes técnicas de evaluación: 1) Medidas de inteligencia general y de niveles de lectura, 2) listados de síntomas, 3) inventarios autoinformados sobre el estado del humor y 4) inventarios de personalidad.

Para la exploración de los síntomas principales del trastorno por estrés postraumático, Grunert realiza una entrevista psicológica semiestructurada que incluye las siguientes áreas (Grunert, Devine, Matloub et al., 1.992):

- Área cognitiva: exploración de *flashbacks*, pesadillas y problemas de atención y concentración.
- Área afectiva: exploración de la ansiedad (incluye miedo a la muerte y a volverse a lesionar), la depresión (incluye ideación suicida), sentimientos de hastío, irritabilidad y

hostilidad, así como problemas con el resultado estético de la mano (se explora también la autoaceptación y la percepción de la aceptación social).

- Área psicológica: evaluación de reacciones de alarma exageradas, presencia de sensaciones fantasmas y disfunciones sexuales.

- Área comportamental: evaluación de reacciones de evitación, negación y aversión a mirarse la mano lesionada, abuso de alcohol y/o drogas, y estrés marital.

Tras el diagnóstico del estado psicopatológico del paciente, cabe preguntarse si la naturaleza y severidad de los síntomas emocionales son el resultado del impacto psicológico de la lesión o si existían previamente en el paciente antes del accidente. Esto puede constituir, en determinados casos, una cuestión legal importante, ya que, en ocasiones, es necesario averiguar si el estrés emocional que sufre el paciente está, al menos en parte, asociado a algún factor o característica de personalidad que le pueda predisponer al desarrollo de dicho estrés (Johnson, 1.993). En este sentido, a través de la evaluación psicológica podemos examinar la historia previa del paciente y determinar los casos que presentan una tendencia a psicosomatizar conflictos psicológicos, a padecer trastornos psicológicos crónicos o los casos con historia de abuso de sustancias psicoactivas.

Costa y McCrae (1.992) argumentan que el conocimiento de los rasgos de personalidad del paciente, puede ayudar a esclarecer la cuestión de si los problemas emocionales presentes son una reacción ante los eventos actuales o si son un síntoma de un mal ajuste duradero y permanente.

La relación entre la condición psicológica preexistente y el estado físico actual es crucial en determinadas enfermedades de la mano, donde parece existir un importante componente psicógeno, como en la disforia refleja simpática (Johnson, 1.993) o en la algodistrofia (Didierjean, 1.997).

La evaluación psicológica también puede ayudarnos a determinar aquellos casos en los que las lesiones de la mano están provocadas por una acción deliberada del propio paciente, con o sin intención de producir la lesión o la enfermedad -son los llamados trastornos facticios- (Kasdan y Stutts, 1.995). Las acciones que suelen realizar los pacientes con trastorno facticio son automutilaciones, manipulaciones de heridas, deformidades posturales y edemas. Los pacientes pueden inyectarse sustancias, provocarse laceraciones, quemaduras, traumatizar heridas preexistentes, morderse, realizarse torniquetes, adoptar posturas incorrectas, excederse en la medicación o contaminar sus heridas, por ejemplo, con saliva o sustancias fecales (Kasdan y Stutts, op. cit.). Describiremos a continuación algunos de los trastornos facticios de la mano más relevantes y significativos:

- Linfedema facticio de la mano: es un edema autoinflingido; generalmente es intermitente y relacionado con el estrés emocional (Grunert, Sanger, Matloub et al., 1.991).

- Síndrome de Munchausen: el paciente suele realizarse automutilaciones activas y ocultadas, con el objetivo de obtener ganancias materiales o psicológicas de la enfermedad. Para ocultar la verdad, suele contar historias dramáticas y falsas - como hacía el Barón Munchausen - (Kasdan y Stutts, op. cit.).

- Síndrome del Ocultador ("Secretan Syndrome"): también son llamados golpeadores de paredes, porque los pacientes con este síndrome traumatizan de este modo el dorso de la mano hasta producir un edema subcutáneo profundo y grueso, que finalmente provoca una fibrosis peritendinosa de la mano (Kasdan y Stutts, op. cit.).

- Posturas anormales o deformidades de la mano: representan contracturas en las manos de origen psicogenético. Puede ocurrir que uno o varios dedos se flexionen rígidamente; la extensión de los mismos sólo puede realizarse bajo anestesia o auto-hipnosis. Algunos de los síndromes que se han descrito son el Síndrome del puño cerrado (Simmons y Vasile, 1.980), el Síndrome de la mano psicoflexa (Frykman, Virchel, Wood et al., 1.983) o el Síndrome de la mano psicógena (Albaladejo, Saura, Chavarría et al., 1.99).

Según Kasdan y Stutts (1.995), es característica de los pacientes con trastornos facticios el hecho de tener una infancia traumática, una vida adulta inestable, con relaciones sociales también inestables y una historia de continuas visitas, ingresos y cambios médicos. Aunque piden ayuda, generalmente no están motivados para mejorar su situación y, de hecho, obtienen de su situación una ganancia significativa debido al refuerzo emocional secundario, resultado de su condición. Grunert, Sanger, Matloub et al. (1.991) observan en estos pacientes dos tipos de perfiles de personalidad uno emocionalmente dependiente y otro cuyas características principales son la ira y la hostilidad.

La alteración física de la mano (p.e. una parálisis) también puede ser el resultado de un trastorno de conversión, como expresión de un mecanismo de defensa que encierra un conflicto psicológico fuera de la consciencia del individuo; existe una ganancia secundaria, relacionada con la evitación de responsabilidades y/o la suscitación en los demás de atención y apoyo (Johnson, 1.993).

La evaluación psicológica puede ser útil en la detección de pacientes fingidores, que deliberadamente y conscientemente fabrican síntomas y provocan lesiones en sus manos, con una clara motivación externa (eludir el trabajo o recibir algún tipo de remuneración económica). Muchos de estos pacientes se caracterizan por experimentar un alto grado de resentimiento hacia sus superiores, sus médicos, su aseguradora, etc. (Johnson, op. cit.; Kasdan y Stutts, op. cit.).

En relación a la evaluación de la adherencia al tratamiento, la evaluación psicológica puede ayudar a determinar los factores que influyen en la falta de colaboración del paciente en la terapia médica. Según Johnson (1.993) estos factores pueden ser:

- Problemas de memoria asociados a una disfunción neurológica, un retardo mental o un trastorno del aprendizaje. También pueden existir una inteligencia limitada o un pensamiento psicótico que interfiere con la comprensión de instrucciones o la necesidad de seguirlas.
- Afrontamiento a través de la negación - donde no se asume la necesidad de seguir las instrucciones - o a través del desamparo/desesperanza - con una orientación pesimista y anticipación del fracaso -.
- Evitación de responsabilidades laborales y/o domésticas, junto con una ganancia secundaria en atención y simpatía por parte de los demás.
- Ganancia externa, por ejemplo: una indemnización económica.
- Presencia de un historial previo de fracasos médicos, falta de confianza en el personal médico o carencia de información detallada sobre las ventajas del tratamiento; todo lo cual influye en que el paciente tenga unas expectativas mínimas o negativas sobre los procedimientos médicos.

- Existencia de un estilo de personalidad independiente, donde la aceptación de la ayuda es un signo de debilidad. Presencia de trastornos de personalidad antisocial (con resentimiento constante hacia la autoridad y, por extensión, al personal médico) o histérico (las ganancias de la situación de enfermo interfieren con la colaboración a la terapia).
- Padecimiento de un grave problema emocional, por ejemplo depresión mayor, que impide al paciente atender a las demandas terapéuticas.
- Falta de apoyo y colaboración de familia o amigos para seguir las instrucciones del tratamiento.
- Presencia de ira, resentimiento y rencor hacia jefes, personal médico, aseguradoras o hacia la propia enfermedad o pérdida de salud.

Una vez que han sido identificados los factores que están influyendo en que un paciente no se adhiera correctamente al tratamiento, es posible intervenir sobre ellos, lo cual repercutirá positivamente en la recuperación del paciente y en que no se retrase su incorporación al trabajo.

Otros factores que inciden en la recuperación física del paciente y que son susceptibles de evaluación e intervención psicológicas son la insatisfacción laboral (Allodi y Montgomery, 1.979), el miedo a volverse a lesionar y los altos niveles de

catastrofismo (Himmelstein, Feuerstein, Stanek et al., 1.995), las características de personalidad hipocondriacas e histéricas (Lee, Ho, Tsang et al., 1.985), los sentimientos de ira, frustración y depresión (Millender, 1.992) o la falta de expresión de estos sentimientos, lo cual puede proyectarse a través de la presencia de dolor persistente y recurrente (Millender, op. cit.).

En algunas ocasiones es necesario conocer el estado psicológico del paciente para realizar una decisión terapéutica adecuada. Deaton y Langman (1.986) sugieren que la evaluación prequirúrgica puede conducir a diferentes opciones; estas son:

- Aplazar la cirugía hasta que el paciente presente un estado emocional más adecuado (a través de una intervención psicoterapéutica), de manera que pueda manejar de forma más efectiva el estrés.
- Ofrecer al paciente un consejo psicológico, mejorando sus expectativas hacia los procedimientos quirúrgicos y la recuperación, para que, de este modo, se encuentre más preparado para recibir la cirugía.
- Realizar la cirugía al mismo tiempo que se ofrece al paciente el consejo psicológico. Esta intervención psicológica se realiza tanto antes, como después de la cirugía, para proporcionarle apoyo y las habilidades para el manejo del estrés.

**I.4.- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN
PACIENTES CON LESIONES DE MANO**

Como se puso de manifiesto en el apartado segundo, las reacciones psicológicas de las lesiones accidentales de mano se acompañan frecuentemente de la sintomatología psicológica asociada a los trastornos por estrés postraumático. Las técnicas que se han desarrollado y aplicado en los diferentes trabajos revisados van, por tanto, dirigidas al control de esta sintomatología.

De este modo, Grunert, Matloub, Sanger et al. (1.990) proponen un programa para la intervención psicológica de pacientes con lesiones de mano accidentales, que se basa en la aplicación de las siguientes técnicas psicoterapéuticas:

1) Confrontación y reprocesamiento de pensamientos intrusivos del trauma. Se estimula a los pacientes para que permitan que sucedan los recuerdos recurrentes del trauma y para que los vean como un recurso para mejorar su ajuste, ya que representan un proceso normal que acompaña al trauma.

2) Entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Es un recurso para lograr disminuir las reacciones psicológicas y afectivas asociadas a los pensamientos recurrentes del accidente. Esta técnica incluye entrenamiento en relajación y reestructuración cognitiva de los pensamientos referidos al trauma.

3) Vuelta temprana al trabajo. Se alienta a los pacientes a volver a su lugar de trabajo tan pronto como las condiciones médicas lo permitan. El objetivo principal de esta técnica es controlar las reacciones de evitación leves.

4) Exposición gradual al trabajo. Está indicada cuando las reacciones de evitación del paciente son moderadas y permite al paciente desensibilizarse gradualmente del lugar de trabajo y sus demandas. Son necesarias cinco semanas de tratamiento; a lo largo de la primera semana, el paciente observa durante una hora al día su área de trabajo; la segunda semana trabaja durante una hora al día; la tercera semana trabaja dos horas al día; cuatro horas al día la cuarta semana y a tiempo completo la quinta.

5) Evaluaciones en el lugar de trabajo. Puede utilizarse en los casos en los que el paciente presenta reacciones de evitación muy graves, de forma que es incapaz de ir solo al lugar de trabajo. Consiste en realizar una visita al lugar de trabajo para adiestrar al paciente en el uso de estrategias de afrontamiento que previamente se le han enseñado. Los pacientes son acompañados por un psicólogo, un médico y algún representante de la empresa. Se discuten las limitaciones de determinadas tareas para el paciente y se le asesora.

El programa de intervención propuesto por los autores propone como primer paso, la aplicación de la confrontación y el reprocesamiento de los pensamientos intrusivos combinados con el entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Estas dos técnicas

aplicadas conjuntamente reduce de forma efectiva todos los síntomas asociados al trastorno por estrés postraumático que sufren los pacientes lesionados de mano, excepto la evitación del ambiente donde se produjo el trauma (Grunert, Matloub, Sanger et al., 1.990). Por ello, es necesario aplicar alguna de las restantes técnicas (vuelta temprana al trabajo, exposición gradual al trabajo o evaluaciones en el lugar de trabajo) en función de la gravedad de las reacciones de evitación.

Con este programa de intervención se consigue un alto nivel de éxito terapéutico en el tratamiento de pacientes con lesiones de mano ocupacionales y fomenta una vuelta rápida al puesto de trabajo que tenían anteriormente a la lesión (Grunert, Matloub, Sanger et al., 1.990).

Otra técnica que se ha usado también para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático es la hipnosis (Spiegel, 1.988, cit. por Grunert, Matloub, Sanger et al., op. cit.). Una vez hipnotizado el paciente se realiza la reexposición al trauma y una reinterpretación del mismo; lo cual resulta en una desensibilización a los estímulos aversivos.

Para el tratamiento de víctimas de accidentes de automóviles se ha utilizado la exposición directa o en vivo, para desensibilizarles de la conducción (Kuch, Swinson y Kirby, 1.985, cit. por Grunert, Matloub, Sanger et al., op. cit.). También se puede combinar la exposición en vivo con exposición en imaginación o desensibilizar de la conducción utilizando un

chofer. Todo esto debe acompañarse de instrucciones para la reconceptualización del trauma y para la reducción de la ansiedad.

Respecto al tratamiento de las pesadillas, es necesario informar al paciente de que son un acompañamiento normal al trauma y que permiten un procesamiento de aspectos emocionales del mismo. De este modo, los pacientes llegan a percibir las pesadillas como un aspecto positivo para el ajuste emocional (Grunert, Smith, Devine et al., 1.988).

La utilización de tranquilizantes, antidepresivos o medicación para el sueño está indicada muchas veces cuando hay una elevada presencia de agitación, depresión o dificultades para dormir, respectivamente (Knorr y Edgerton, 1.971). Para Grunert, Matloub, Sanger et al. (1.990), la medicación ansiolítica puede utilizarse con un alto nivel de éxito, especialmente en el tratamiento de pacientes con lesiones laborales de mano, con el objetivo de conseguir un buen funcionamiento cuando el paciente regresa al ambiente donde se produjo el accidente.

De acuerdo con Knorr y Edgerton (op. cit.), la entrevista psicológica de apoyo permite al paciente ventilar sus sentimientos acerca de la lesión y la deformidad, ayudando al reestablecimiento de la autoestima y mejorando su visión de futuro. A este respecto, la calidad de la comunicación médico-paciente también va a jugar un papel muy importante. En ocasiones, sólo es necesario que el médico dedique más tiempo al

paciente para que éste transmita sus temores y preocupaciones acerca de la lesión (Paterson y Burke, 1.995), lo cual le aliviará en gran medida. Además, de este modo, el paciente no se va a sentir solo ante su problema y el médico va a comprender mejor las reacciones psicológicas por las que atraviesa el paciente a lo largo del proceso de la enfermedad. Todo esto repercutirá positivamente en una mejora de la calidad asistencial.

Según Grealish (1.994) el personal de enfermería también representa un papel importante en la ayuda al paciente para que consiga aceptar la lesión y su nueva imagen corporal, así como para que consiga un adecuado nivel funcional y de independencia.

II.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

II.1.- OBJETIVOS

II.1.1.- OBJETIVOS GENERALES.

Los objetivos principales que nos proponemos lograr con la presente investigación son los siguientes:

1º) Comprobar si las lesiones accidentales de mano se asocian a determinadas características individuales, tanto psicológicas como sociolaborales, que puedan predisponer a la lesión y/o determinar la reacción psicológica a la misma.

2º) Determinar las variables que inciden en la adaptación psicológica del paciente con lesiones accidentales de mano.

II.1.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Teniendo en cuenta los objetivos anteriores, nos planteamos los siguientes objetivos más concretos:

1º) Comprobar si los pacientes con lesiones accidentales de mano presentan determinadas características de personalidad que los diferencien de otros pacientes con otro tipo de lesiones accidentales (p.e. lesionados de extremidad inferior) y/o de la población general.

2º) Comprobar si el nivel de estrés psicológico previo a la lesión incide en la ocurrencia de accidentes que traen como consecuencias lesiones de mano, a diferencia de otro tipo de lesiones (p.e. lesionados de extremidad inferior).

3º) Examinar los efectos de las lesiones accidentales de mano sobre la adaptación psicológica tras la lesión, comprobando si la reacción psicológica es diferente a la que se produce tras otro tipo de lesiones accidentales (p.e. lesionados de extremidad inferior).

4º) Determinar la incidencia que tienen sobre la adaptación psicológica tras la lesión los siguientes aspectos:

a) las características de personalidad

b) el nivel de estrés psicológico previo a la lesión

c) las características sociodemográficas

d) así como otras características relacionadas con la lesión y la actividad laboral.

II.2.- HIPÓTESIS

En función de los objetivos planteados y de la bibliografía consultada, nos planteamos las siguientes hipótesis:

1.- Los pacientes con lesiones accidentales de mano, frente a aquellos con lesiones accidentales en las extremidades inferiores, presentarán:

1.1.- Características diferenciales de personalidad.

1.2.- Un mayor nivel de estrés psicológico experimentado en el período de un año previo a la lesión (definido por la presencia de un mayor número de acontecimientos vitales estresantes).

1.3.- Un peor nivel de adaptación psicológica tras la lesión.

2º) Los pacientes con lesiones accidentales de mano presentarán determinadas características de personalidad diferenciales a las de la población de referencia.

3º) Los factores que incidirán en una peor adaptación psicológica de los pacientes lesionados de mano son:

3.1.- Haber sufrido un mayor nivel de estrés psicológico previo a la lesión (definido igual que en el punto 1.2).

3.2.- Presentar las siguientes características de personalidad:

3.2.1.- Una mayor tendencia a ser una persona que, ante situaciones difíciles o estresantes, se siente insegura y tiende a experimentar reacciones emocionales adversas.

3.2.2.- Una mayor tendencia a ser una persona poco abierta afectivamente a los demás, con relaciones sociales marcadas por la desconfianza y la suspicacia, por lo que previsiblemente obtendrá menos apoyo social.

3.3.- Haber sufrido la lesión accidental en el ambiente laboral.

3.4.- Tener un mayor número de cambios laborales antes de la lesión.

3.5.- Haber sufrido previamente otras lesiones accidentales.

3.6.- Tener lesionada la mano dominante.

3.7.- Haber sufrido una lesión de carácter grave o muy grave.

III.- MATERIAL Y MÉTODO

III.1.- MATERIAL

III.1.1.- MUESTRA.

Para lograr los objetivos de investigación planteados anteriormente, tomamos dos grupos muestrales. El primero de ellos es el grupo principal de nuestro estudio, ya que fue seleccionado atendiendo a la variable principal del mismo: haber sufrido una lesión accidental de mano. Un segundo grupo, o grupo control, estuvo formado por pacientes que habían sufrido una lesión accidental de extremidad o miembro inferior. A continuación, pasamos a comentar las características específicas de cada uno de los grupos.

GRUPO 1: LESIONADOS DE MANO.

Este grupo estuvo compuesto por 50 pacientes varones que habían sufrido lesiones de cierta importancia en una de las manos, cuya gravedad era determinada por el hecho mínimo de haber sido precisa la hospitalización. En todos los casos, las lesiones se habían producido en el período comprendido en el mes anterior.

En el momento de la evaluación, los pacientes que constituyeron este grupo tenían una media de edad de 24.2 años, con una desviación típica de 8.7 (Tabla 2a, pag. 122); asimismo, podemos observar en la Tabla 2b (pag. 123) que cerca del 80% tenía 29 años o menos, mientras que el 20% restante tenía entre 30 y 49 años.

El estado civil mayoritario de estos pacientes era el de soltero, con un 75%; el resto estaba casado (Tabla 3, pag. 124).

Respecto al nivel de estudios (Tabla 4, pag. 124), existe un 61% de pacientes de este grupo que tenían estudios primarios; un 26% refirió tener estudios medios (F.P. o B.U.P.), mientras que la minoría restante o bien no tenía estudios formalizados (un 4%) o bien tenía estudios superiores o universitarios (un 8%).

La profesión mayoritaria de estos pacientes era la de obrero u operario (con un 61%), seguida de un 14% que era funcionario o administrativo; un 4% era militar o policía. El 20% estaba en período de formación, ya que estaban en aquel momento realizando sus estudios (Tabla 5, pag. 125).

En la Tabla 6 (pag. 125) se observa que cerca del 60% de los hombres de este grupo tenía un nivel socioeconómico medio y que alrededor del 30% tenía un nivel medio-bajo. Tan solo un 12% manifestó tener un nivel socioeconómico medio-alto.

En relación a los antecedentes (Tabla 7, pag. 126), había un 6% con antecedentes psiquiátricos en la familia; un 4% con antecedentes de dependencia al alcohol; asimismo, un paciente refirió haber sufrido una depresión en el pasado y otro haber consumido en exceso derivados del cannabis.

Como se desprende de la Tabla 8 (pag. 127), en un 26% de casos una mano lesionó accidentalmente a la otra - accidental directo-; en el 75% de los casos la causa de la lesión estuvo relacionada con un elemento accidental indirecto; en ningún caso el paciente refirió haberse provocado él mismo la lesión. De otro lado, alrededor del 95% de las lesiones habían sido causadas por un agente traumático físico-cortante o físico-contundente y el 37% había sufrido en el pasado algún tipo de lesión accidental, previa a la actual lesión de la mano. Entre estos últimos, había 5 pacientes que habían sufrido lesiones en las manos, 10 en otras partes del cuerpo, mientras que en 3 pacientes las lesiones eran combinadas (afectando a manos y otras partes del cuerpo).

Las lesiones fueron en la mayoría de los casos o bien heridas (45%) o bien lesiones asociadas y complejas (45%); afectando a la piel en un 14% de los casos, a los tendones en un 31%, a los huesos en un 6% y a varias estructuras a la vez en un 49%. La mano lesionada fue la dominante en un 52% de pacientes, siendo en un 94% la mano dominante la derecha (Tabla 10, pag. 130); en ningún caso el accidente afectó a las dos manos. Por último, en un 41% la lesión se podía clasificar de grave o muy grave (Tabla 9, pag. 129).

El 63% de los accidentes tuvieron relación con la actividad laboral. Por otra parte, los pacientes tenían una antigüedad media en el trabajo de 3.3 años (aunque con una gran variabilidad) y habían cambiado de trabajo una o más veces en el pasado en un 23% de casos (Tabla 11, pag. 131).

GRUPO 2: LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR.

El segundo grupo del estudio, considerado como grupo control, estaba formado por 30 hombres que habían sufrido una lesión accidental en piernas o pies, por la cual había sido necesaria la hospitalización. En estos casos, la lesión también se había producido en un período máximo anterior al mes desde el momento de la evaluación.

Estos hombres tenían una media de edad de 35.6 años, con una desviación típica de 8.1 (Tabla 2a, pag. 122); por otra parte, alrededor del 57% tenía entre 30 y 39 años, un 17% entre 20 y 29, y otro 17% entre 40 y 49 (Tabla 2b, pag. 123).

El estado civil fue en el 77% de los casos el de casado, mientras que el 20% estaba soltero y un 3% estaba separado o divorciado (Tabla 3, pag. 124).

El nivel de estudios que los pacientes refirieron tener (Tabla 4, pag. 124) era en un 77% el de primarios, el 3% no tenía estudios formalizados y el resto tenía estudios medios (un 7%) o superiores (7%).

Por otra parte, el 17% era funcionario o administrativo, el 77% obrero u operario y un 3% era militar o policía (Tabla 5, pag. 125).

Como se refleja en la Tabla 6 (pag. 125), el 7% de los pacientes tenía un nivel socioeconómico medio-alto, el 79% un

nivel medio y el 14% medio-bajo.

Un paciente tenía antecedentes psiquiátricos de depresión, otro refirió tener antecedentes psiquiátricos en su familia y un 10% tenía historia de abuso del alcohol (Tabla 7, pag. 126).

La causa de la lesión estuvo asociada a un elemento accidental indirecto en el 73% de los casos (no hubo ningún caso de autolesión), siendo el agente traumático físico-contundente en el 83% de las lesiones. Por otro lado, el 47% de los pacientes refirió haber sufrido antes de su lesión actual algún otro accidente (Tabla 8, pag. 127), el cual afectó en 13 casos a partes del cuerpo diferentes de las manos y en un casos las lesiones eran de mano combinadas con otra/s parte/s del cuerpo.

Según la Tabla 9 (pag. 129) en un 37% de casos la lesión era una contusión, un 10% eran heridas y en el resto el tipo de lesión era asociada y compleja. Asimismo, al 7% de los pacientes la lesión afectó sólo a los tendones, al 40% a los huesos, mientras que el 53% eran lesiones mixtas y complejas. La gravedad de la lesión podía considerarse en el 60% de los casos de grave o muy grave.

El 97% de los accidentes de este grupo fueron laborales. Los pacientes llevaban una media de 5.5 años en el trabajo actual y habían cambiado previamente alguna vez de trabajo en el 63% de los casos (Tabla 11, pag. 131).

III.1.2.- INSTRUMENTOS.

III.1.2.1.- MATERIAL TESTOLÓGICO.

Seleccionamos los siguientes instrumentos que conformaron la batería psicológica que utilizamos para la evaluación de los pacientes (ver en Anexo):

- **Entrevista Estructurada sobre datos sociodemográficos, médicos y laborales**, la cual fue creada para esta investigación con el fin de recoger, de una forma sistemática, la información necesaria sobre distintos aspectos sociobiográficos de interés.
- **Cuestionario de Personalidad 16 PF (Forma A)**, de R. B. Cattell (1.967).
- **Cuestionario de Salud General (GHQ-28)**, del Goldberg (1.972, 1.978).
- **Escala de Acontecimientos Vitales**, de Holmes y Rahe (1.967).

A continuación pasamos a realizar una descripción más detallada de estos instrumentos.

III.1.2.1.1.- ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, MÉDICOS Y LABORALES.

La entrevista estuvo formada por un total de 19 ítems (ver en Anexo), siendo el contenido de los mismos el siguiente:

- Datos sociodemográficos: edad, estado civil, profesión, nivel de estudios y estatus socioeconómico (ítems 1 al 5).
- Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos: antecedentes psiquiátricos familiares, antecedentes psiquiátricos personales y hábito tóxico (ítems 6 al 8).
- Características del accidente: causa de la lesión (se considera accidental directo cuando una mano lesiona a la otra), accidentabilidad previa y agente traumático (ítems 9, 11 y 18).
- Características de la lesión: tipo de lesión, estructuras lesionadas, mano lesionada (esta pregunta sólo se realizó a los pacientes del grupo 1) y gravedad de la lesión (ítems 13, 16, 17 y 19).
- Dominancia manual: mano dominante (ítem 12).
- Actividad laboral: relación de la lesión con la actividad laboral, cambios laborales y antigüedad laboral (ítems 10, 14 y 15).

III.1.2.1.2.- CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD 16 PF (FORMA A).

El Cuestionario de 16 Factores de Personalidad o 16 PF, creado por R. B. Cattell, es un instrumento psicométrico que ofrece una valoración objetiva de diferentes características de la personalidad, ofreciendo una visión bastante completa de la misma (TEA, 1.985). Ha sido adaptado y tipificado a la población española por la Sección de Estudios de TEA Ediciones.

La administración del cuestionario puede ser de forma individual o colectiva, aplicándose a sujetos de 16 años en adelante.

Existen diversas formas del cuestionario (A, B, C, D, E Y F), que se diferencian fundamentalmente en su longitud y, por tanto, en el tiempo requerido en la administración de la prueba. Las formas A y B están indicadas para su aplicación en individuos con nivel de formación medio o superior.

El cuestionario incluye unas instrucciones para que sea posible la autoaplicación de la prueba. La forma A consta de 187 preguntas, ante cada una de las cuales el sujeto debe elegir una contestación, entre las tres que se proponen y anotar su opción en una hoja de respuestas. El tiempo que suele emplearse en contestar la prueba es alrededor de 45 o 60 minutos.

La corrección del cuestionario puede realizarse de forma manual -a través de unas plantillas- o de forma mecanizada (que fue por la que optamos nosotros). Se obtienen 16 puntuaciones directas, cada una de las cuales corresponde a una de las escalas o factores principales del cuestionario. También pueden obtenerse las puntuaciones de otras dos escalas complementarias.

Las puntuaciones directas de las escalas principales, para ser interpretadas, pueden convertirse en puntuaciones decatípicas, que sitúan al sujeto en una escala del 1 al 10 en relación con las puntuaciones obtenidas por el grupo poblacional. Para ello, existen unas tablas con valores tipificados en población española que permiten la conversión. Utilizamos los baremos para varones de la forma A, aplicando el de adultos para los individuos mayores de 19 años y el de adolescentes para aquellos que tenían esta edad o menos.

A partir de las puntuaciones decatípicas de las escalas de primer orden, es posible calcular otros factores de segundo orden, que ofrecen una visión más global de la personalidad.

Todas estas escalas y factores son bipolares, por lo que hay que tener en cuenta si la puntuación es baja o alta para interpretar los datos. Hay que tener en cuenta que los decatipos 5 y 6 son valores medios, el 4 y el 7 muestran una pequeña desviación (en una y otra dirección respectivamente), 2-3 y 8-9 indican una gran desviación; por último, 1 y 10 se consideran indicadores de una desviación extrema.

A continuación pasamos a describir cada una de las escalas y factores, atendiendo a la guía para el uso clínico desarrollada por Karson y O'Dell (1.983) y al manual de TEA (op. cit.).

Escalas de primer orden:

- **Escala A (Sizotimia-Afectotimia)**: Es el factor de la afectividad. Las personas con puntuaciones bajas en esta escala suelen ser reservadas, distanciadas, críticas y frías; mientras que las que puntúan alto suelen ser afectuosas, abiertas, calmadas y participativas.
- **Escala B (Inteligencia baja-alta)**: Informa sobre la capacidad mental para el aprendizaje. Las puntuaciones bajas indican un tipo de pensamiento concreto y escasa capacidad intelectual; por su parte las puntuaciones altas en esta escala sugieren una alta capacidad para manejar conceptos abstractos y para la comprensión y el aprendizaje rápidos.
- **Escala C (Poca-Mucha Fuerza del Ego)**: Es el factor de la fuerza del yo o de la estabilidad emocional. Las personas con puntuaciones bajas tienden a ser emocionalmente inestables, turbables y afectadas por los sentimientos; aquellas con puntuaciones altas tienden a ser emocionalmente estables, maduras, tranquilas, no dejando que las necesidades emocionales afecten a su comportamiento o a la interpretación de las situaciones.

- **Escala E (Sumisión-Dominancia)**: En el polo de la sumisión se encuentran las personas apacibles, manejables, débiles, dóciles y conformistas; en el polo de la dominancia encontraremos personas tendentes a ser agresivas, independientes, competitivas y obstinadas.

- **Escala F (Desurgencia-Surgencia)**: Esta escala proporciona información principalmente acerca del grado de impulsividad del sujeto. Aquellos con puntuación baja suelen ser prudentes, reflexivos, serios y cautelosos, mientras que los que tienen alta puntuación tienden a ser descuidados (confiados a la suerte y las circunstancias externas), imprevisibles, cambiantes y animosos.

- **Escala G (Poca-Mucha Fuerza del Superego)**: Representa la conformidad con el grupo. En el polo de las puntuaciones bajas se encuentran aquellos que manifiestan poca aceptación de las normas sociales o grupales, por lo que suelen ser libres, frívolos, irresponsables, negligentes e indulgentes consigo mismos. En el polo contrario, las personas suelen ser más conscientes, moralistas, disciplinadas y responsables.

- **Escala H (Trectia-Parmia)**: Las puntuaciones bajas en un individuo indican que éste tiende a ser tímido, cohibido, reprimido y desconfiado en sí mismo. En el polo contrario encontraremos personas atrevidas, emprendedoras, desinhibidas y espontáneas.

- **Escala I (Harria-Premia)**: Nos informa acerca de la sensibilidad emocional de la persona. Si obtiene una puntuación baja nos indica tendencia a la dureza, a la autoconfianza, al realismo y a las actuaciones prácticas y lógicas. Con puntuaciones altas, cabe pensar en una persona con tendencia a ser sensible, apegada a los demás, dependiente y con tendencia a actuar por la intuición en lugar de la lógica.

- **Escala L (Alaxia-Protensión)**: En el polo de la alaxia se encuentran las personas confiadas, comprensivas, tolerantes y adaptables al cambio; en el otro polo, las personas suelen ser suspicaces, celosas, dogmáticas y hostiles.

- **Escala M (Praxernia-Autia)**: Se considera el factor de la imaginación autística. Con baja puntuación encontraremos personas prácticas, convencionales y realistas; mientras que en el polo opuesto se sitúan las personas más imaginativas, bohemias, fantasiosas y abstraídas.

- **Escala N (Sencillez-Astucia)**: Los individuos situados en el polo de la sencillez tienden a ser sinceros, modestos, naturales y confiados en los demás. Los que puntúan alto son astutos, calculadores, perspicaces y ambiciosos.

- **Escala O (Adecuación imperturbable-Tendencia a la culpabilidad)**: Con puntuación baja encontramos individuos seguros y confiados en sí mismos, insensibles a la aprobación/desaprobación de los demás y poco temerosos. En el polo de la tendencia a la culpabilidad encontramos personas aprensivas, inseguras,

preocupadas, temerosas y sensibles a la opinión que los demás tienen de ellas.

- **Escala Q1 (Conservadurismo-Radicalismo)**: Es el factor de la rebeldía. En el extremos inferior se encuentran las personas con temperamento conservador, respetuosas con las ideas establecidas y los valores tradicionales. Los individuos radicales, liberales y de pensamiento abierto puntúan alto en esta escala.

- **Escala Q2 (Adhesión al grupo-Autosuficiencia)**: Los que obtienen puntuaciones bajas suelen ser socialmente dependientes y seguidores del grupo; mientras que aquellos que las obtienen elevadas tienden a ser autosuficientes, con recursos propios y seguidores de sus propias opiniones e iniciativas.

- **Escala Q3 (Baja integración-Mucho control autoimagen)**: Se considera el factor del autocontrol o de la capacidad para contener la ansiedad. Con puntuación baja los individuos tienden a seguir sus propias necesidades, descuidando las reglas sociales y con puntuación alta tienden a ser controlados, manteniendo su propia imagen ante los demás, aunque para ello pongan en un segundo plano sus deseos particulares.

- **Escala Q4 (Poca-Mucha tensión energética)**: Informa acerca de la ansiedad flotante del sujetos. Los que puntúan bajo suelen ser relajados, tranquilos, aletargados y sosegados; mientras que los que puntúan alto son individuos tensos, frustrados, impulsivos y sobreexcitados.

Escalas de complementarias:

- Distorsión Motivacional (DM): Evalúa el grado de sinceridad ante la prueba. Cuando se puntúa bajo en la escala puede decirse que el sujeto ha sido sincero en sus respuestas; pero ante puntuaciones altas cabe pensar que ha tratado de presentar una falsa imagen de sí mismo; el sujeto altera su sinceridad y pretende dar una buena imagen de sí mismo.

Según Seisdedos (1.985) pueden interpretarse de la siguiente forma las puntuaciones:

De 0 a 3 puntos	.....	Muy sincero
De 4 a 6 puntos	.....	Sincero
De 7 a 10 puntos	.....	Algo distorsionador
De 11 a 15 puntos	.....	Distorsionador

- Escala de Negación (o del Azar): Con baja puntuación encontramos a sujetos cooperadores con la evaluación pero los que puntúan alto suelen ser sujetos negativos y poco cooperadores, que desatienden las instrucciones, contestan al azar o de forma poco frecuente. El baremo propuesto por Seisdedos (op. cit.) sería el siguiente:

De 0 a 5 puntos	.....	Cooperación
De 6 a 9 puntos	.....	Negación
De 10 a 22 puntos	.....	Negación alta

Factores de segundo orden:

- **Factor QI (Ajuste-Ansiedad)**: Las personas que obtienen puntuaciones bajas están bien ajustadas, suelen responder ante las situaciones con baja ansiedad y llevan una vida gratificante. Con puntuaciones altas encontramos personas con posibles desajustes o insatisfacciones en alguna esfera de su persona y que tienen a manifestar altos niveles de ansiedad.
- **Factor QII (Introversión-Extraversión)**: Las personas introvertidas (puntuán bajo) suelen ser reservadas autosuficientes e inhibidas en sus contactos sociales e interpersonales. Las extravertidas no son inhibidas, se desenvuelven adecuadamente en el medio social y tienen una adecuada capacidad para lograr y mantener los contactos sociales.
- **Factor QIII (Poca-Mucha socialización controlada)**: Los que puntuán bajo aceptan pocas obligaciones, no siguen las normas, actúan de forma espontánea e impulsiva, siguiendo deseos y necesidades particulares. Los que poseen mucha socialización controlada son responsables, prudentes y se comportan de acuerdo con las normas y de forma controlada.
- **Factor QIV (Dependencia-Independencia)**: Con puntuación baja encontramos personas dependientes, necesitadas de los demás, pasivas y que se dejan llevar por el grupo. Puntuán alto en este factor aquellas personas tendentes a la agresividad, la independencia, que suelen ser atrevidas, emprendedores y con

iniciativa propia.

Los trabajos que se han centrado en el estudio de la fiabilidad de la forma A del cuestionario (TEA, 1.985; Seisdedos, 1.986), reflejan altas correlaciones (entre 0.72 y 0.92, según las escalas) a la semana siguiente de la primera aplicación, así como a los dos meses y medio de intervalo (entre 0.36 y 0.85). Los estudios de validez (TEA, 1.985; Seisdedos, 1.986) muestran que los diferentes elementos del cuestionario son buenas medidas de los factores de personalidad que pretenden evaluar; así se han encontrado correlaciones entre 0.35 y 0.92 (según las escalas) en el estudio de la validez directa y entre 0.63 y 0.96 en el estudio de la validez indirecta; asimismo hay suficientes datos que sostienen la validez concreta (correlaciones con criterios externos específicos) de las diferentes medidas.

III.1.2.1.3.- ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES DE HOLMES Y RAHE.

La escala (ver en Anexo) fue creada en 1.967 por Holmes y Rahe, siendo adaptada y validada a la población española por González de Rivera y Morera en 1.983.

Presenta 61 situaciones o sucesos vitales potencialmente estresantes, que se relacionan con las principales áreas personales (pareja, familia, salud, trabajo, relaciones sociales, costumbres personales, etc.) y que se refieren tanto a situaciones valoradas socialmente como positivas (p.e. contraer matrimonio, conseguir un trabajo, etc.), como a situaciones que pueden considerarse negativas (p.e. divorcio, muerte de un familiar, etc.).

La agrupación de los ítems que hemos realizado en función de las áreas anteriormente mencionadas se detalla en el Anexo.

El sujeto que contesta a la prueba debe señalar aquellos acontecimientos vitales que ha vivenciado en un período concreto de tiempo. Cada ítem tiene asignado un valor correspondiente a la intensidad, impacto emocional o grado de cambio que induciría en un sujeto medio normal, según se ha estimado en la población de nuestro medio -ver en Anexo- (González de Rivera y Morera, 1.983).

Con la suma de los valores que correspondan a los ítems señalados por el individuo, se obtiene el Índice de Sucesos Vitales (I.S.V.), que representa la cantidad total de cambio vital experimentado por el sujeto en un período concreto de tiempo.

No disponemos de datos tipificados para esta escala. Asimismo, no hemos encontrado en la bibliografía consultada resultados referidos a la fiabilidad o validez de la prueba; no obstante, existe numerosa evidencia empírica que sostiene la utilidad de la escala para detectar factores de estrés conducentes a la enfermedad física o psicológica (Morera y González de Rivera, 1.983; González de Rivera, Morera y Monterrey, 1.989; Heikkinen, Aro y Lönnqvist, 1.994; etc.). A este respecto, González de Rivera, Morera y Monterrey (op. cit.) utilizan como punto de corte una puntuación superior a 300 en el Índice de Sucesos Vitales para diferenciar a los sujetos con "alto riesgo" de sufrir consecuencias negativas para la salud.

III.1.2.1.4.- CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG.

También se denomina Cuestionario de Salud Mental de Goldberg o GHQ-28 Ítems. Goldberg (1.972, 1.978; cit. por Lobo, 1.989) crea esta prueba con el objetivo de disponer de un instrumento de aplicación rápida y sencilla para la identificación de casos psiquiátricos no psicóticos, entre los enfermos de medicina general (ver en Anexo). El Cuestionario ha sido adaptado a la población española por Lobo y colaboradores (1.981, 1.986).

Consta de 28 ítems, con cuatro opciones de respuesta cada uno de ellos, que implican una graduación en la frecuencia del síntoma al que se refiere el ítem (p.e. Mejor que lo habitual / Igual que lo habitual / Peor que lo habitual / Mucho peor que lo habitual).

Para facilitar la autoaplicación de la prueba, el cuestionario incluye unas instrucciones muy sencillas, donde se indica al sujeto que conteste subrayando la opción de respuesta que se adapte mejor a su estado psíquico.

La puntuación total del GHQ-28 Ítems se considera un índice de la adaptación psicológica del individuo e informa de la posible existencia de algún trastorno psíquico. Además de esta valoración global, el cuestionario consta de cuatro subescalas (con 7 ítems cada una de ellas) que proporcionan información adicional, referidas a los siguientes problemas psicológicos:

- Escala A Síntomas somáticos de origen psicológico.
- Escala B Angustia / Ansiedad.
- Escala C Disfunción social (en las actividades cotidianas)
- Escala D Depresión.

La puntuación de cada subescala se obtiene sumando un punto por cada una de las dos opciones de frecuencia subrayadas por el individuo que indican una mayor frecuencia del síntoma psicológico. El máximo de la puntuación en cada subescala, por tanto, es siete.

La puntuación total se obtiene sumando los valores de cada subescala. Los datos de estandarización indican, en nuestro medio, un punto de corte o umbral "caso probable" / "probable normal" que se ha fijado a nivel 5/6 o bien a nivel 6/7 dependiendo del estudio- (Lobo, 1.989). De este modo, los individuos que superen este umbral o punto de corte patológico pueden ser considerados como un caso probable de padecer un trastorno psíquico significativo, orientándose el diagnóstico en función de la subescala con mayor puntuación.

Es este trabajo se ha considerado como punto de corte psicopatológico una puntuación igual o superior a 6.

Los estudios de validez del Cuestionario ponen de manifiesto que los índices de sensibilidad (capacidad para detectar casos normales), de especificidad (capacidad para detectar casos patológicos) y de mal clasificados, en comparación con criterios externos clínicos psiquiátricos son respectivamente para el punto de corte 6/7 de 76.9%, 90.2% y 15% (Lobo, 1.989). Estos valores pueden considerarse aceptables u óptimos para los instrumentos de este tipo y comparables a los conseguidos en países extranjeros (Lobo, op. cit.).

III.1.2.2.- MATERIAL INFORMÁTICO.

La corrección del 16 PF fue llevada a cabo mecánicamente por el Servicio Informático de TEA Ediciones, S.A.

Los resultados proporcionados por TEA, junto con los demás datos recopilados a través de la evaluación psicológica, fueron tratados estadísticamente con el programa informático SPSS para Windows, versión 6.0.1.

III.2.- MÉTODO

III.2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS MUESTRAS.

A) Las características comunes, que tuvimos en cuenta para seleccionar a los pacientes de los dos grupos muestrales, son la siguientes:

- Ser varón.
- Tener una edad comprendida entre los 18 y los 65 años.
- Poseer como mínimo un nivel básico de escritura y lectura.
- No estar actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico, ni haber estado en los últimos 12 meses.
- No estar en el momento de la entrevista bajo el efecto de medicación psicoactiva.

B) Para asignar a los hombres del grupo de lesionados de mano, además de las características comunes anteriormente detalladas, tuvimos en cuenta los siguientes criterios:

- Haber sufrido una lesión accidental en una o las dos manos, cuya gravedad fuera tal que como mínimo requiriera la hospitalización del paciente.

- Haber sufrido alguna de las siguientes lesiones: heridas cutáneas complejas, lesiones tendinosas, lesiones nerviosas, lesiones musculares, lesiones vasculares o lesiones osteoarticulares.
- Haber sufrido esa lesión en el período anterior máximo de un mes y mínimo de 7 días.

C) Para el grupo de pacientes lesionados en la extremidad inferior, además de los criterios comunes, tuvimos en cuenta:

- Haber sufrido una lesión en uno o los dos miembros inferiores, cuya gravedad fuera tal que como mínimo requiriera la hospitalización del paciente.
- Haber sufrido alguna de las siguientes lesiones: heridas cutáneas complejas, lesiones tendinosas, lesiones nerviosas, lesiones musculares, lesiones vasculares o lesiones osteoarticulares.
- Haber sufrido esa lesión en el período anterior máximo de un mes y mínimo de 7 días.

La selección de los pacientes que conformaron el grupo de lesionados de mano se realizó en función del orden de llegada a los Servicios de Urgencia de los dos hospitales donde se desarrolló la presente investigación; estos son: el Hospital Militar Central "Gómez Ulla" de Madrid y el Hospital Militar

"Vigil de Quiñones" de Sevilla. El procedimiento de selección para el grupo de lesionados de extremidad inferior fue el mismo que en el caso anterior, si bien todos los pacientes procedían del Hospital "Fremap" de Sevilla.

Durante el período de hospitalización, una vez superados los 7 primeros días y antes de cumplirse el mes después de haberse producido la lesión, los pacientes que cumplían los criterios para uno u otro grupo eran informados por la persona encargada de la evaluación del trabajo que se estaba realizando, especificándoles que se trataba de un estudio para una tesis doctoral y que en él participaban pacientes con lesiones similares a las suyas. Asimismo, se explicaba a los pacientes que el objetivo de la investigación era conocer con mayor profundidad los problemas psicológicos a los que se enfrentan los pacientes con ese tipo de lesiones y que los resultados llevarían a una mejora en la atención de los mismos.

Posteriormente, se preguntaba al paciente si deseaba colaborar en el estudio, especificando que tal colaboración era voluntaria, que consistía en rellenar unos cuestionarios y que los resultados eran de carácter confidencial. Además se le informaba que su negativa a participar en la investigación no conllevaría ningún tipo de repercusión para él y que el trato con el personal médico no cambiaría en absoluto.

III.2.2.- PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS.

La Entrevista Estructurada sobre Datos Sociodemográficos, Médicos y Laborales era cumplimentada por el evaluador en función de los datos reflejados en la historia médica y de los aportados por el propio paciente.

Posteriormente se le hacía entrega al paciente de un cuadernillo con las pruebas psicológicas que conformaban la batería del estudio, especificándole que no tenía tiempo límite para la cumplimentación de las mismas. El orden de aplicación de los cuestionarios siempre era igual, para todos los pacientes y en los dos grupos: Cuestionario de Personalidad 16 PF, Escala de Acontecimientos Vitales y Cuestionario de Salud General de Goldberg.

Para el Cuestionario 16 PF se incluía el Cuadernillo de la prueba en su Forma A, donde se especifican las instrucciones para su cumplimentación, y la hoja de respuestas para la corrección mecanizada.

La Escala de Acontecimientos Vitales y el Cuestionario de Salud General de Goldberg se aplicaron en el formato y con las instrucciones que aparecen en el Anexo. Para la Escala de Acontecimientos Vitales se especificaba al paciente en las instrucciones que señalara los ítems que hubiera vivenciado en el período de un año previo a la lesión.

La evaluación se realizó en todos los casos en una sola sesión, cuya duración fue alrededor de una hora u hora y cuarto.

Se cuidaron especialmente las condiciones del lugar donde se llevó a cabo la evaluación de los pacientes, procurando que el sitio fuera tranquilo, luminoso y cómodo; para ello, se habilitó un despacho al efecto.

Todos los pacientes contestaron de forma autoaplicada a la batería de pruebas. La persona encargada de la evaluación ofrecía antes de cada cuestionario una breve explicación de sus instrucciones, para facilitar la comprensión de las mismas; asimismo, informaba al paciente de su disposición a resolverle cualquier duda que le surgiera a lo largo de la evaluación. Una vez terminada la misma, el evaluador daba las gracias al paciente por su colaboración.

La evaluación del grupo de lesionados de mano fue llevada a cabo personalmente por el propio doctorando, tanto en el Hospital "Gómez Ulla" como en el "Vigil de Quiñones". Por otro lado, los pacientes con lesiones en las extremidades inferiores fueron evaluadas por el psicólogo del Hospital "Fremap" de Sevilla.

III.2.3.- MÉTODO ESTADÍSTICO.

La selección de las distintas pruebas estadísticas, que se describen a continuación, se realizó en función de las características específicas de las variables a las que se les iba a aplicar y/o en función de los objetivos concretos que pretendíamos conseguir con tales pruebas.

III.2.3.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVOS.

En el caso de las variables de naturaleza cuantitativa, se realizó el cálculo de estabilidad de la tendencia central (media) y de variabilidad (desviación típica), de cada uno de los grupos y para cada una de las variables.

Cuando las variables eran de naturaleza nominal u ordinal, se tomaron las frecuencias absolutas de cada valor en relación a cada grupo, así como el porcentaje que dicha frecuencia tenía respecto al mencionado grupo (este valor viene reflejado en las tablas entre paréntesis).

III.2.3.2.- PRUEBA DE NORMALIDAD DE KOLMOGOROV-SMIRNOV.

Utilizamos esta prueba estadística cuando nos interesó verificar la hipótesis de la normalidad, es decir, comprobar si la distribución empírica que presentaba una variable cuantitativa en un grupo seguía una distribución comparable a una distribución normal (o Campana de Gauss).

A las variables que cumplieron el requisito de la Ley Normal, se les pudo aplicar posteriormente pruebas estadísticas de carácter paramétrico.

III.2.3.3.- ANÁLISIS COMPARATIVOS.

III.2.3.3.1.- PRUEBAS PARAMÉTRICAS.

III.2.3.3.1.1.- PRUEBA T DE STUDENT PARA UNA MUESTRA.

Es la misma prueba que la utilizada para dos muestras relacionadas.

Se recurrió a este análisis cuando nos interesó comprobar si la puntuación media en una variable de un grupo muestral era igual a la media poblacional.

III.2.3.3.2.- PRUEBAS NO PARAMÉTRICAS.**III.2.3.3.2.1.- PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV PARA DOS MUESTRAS.**

Esta prueba no paramétrica evalúa las diferencias entre dos distribuciones en torno a la medida central, permitiendo la verificación de la hipótesis de que dos muestras proceden de la misma población.

III.2.3.3.2.2.- ANÁLISIS DE VARIANZA KRUSKAL-WALLIS.

Utilizamos este análisis, cuando la variable dependiente no cumplía los supuestos paramétricos y nos interesaba comprobar si dos o más grupos tenían la misma media en relación a esta variable.

III.2.3.3.2.3- PRUEBA CH CUADRADO PARA DOS MUESTRAS.

Realizamos este tipo de análisis cuando era necesario comparar la distribución de frecuencias de variables nominales entre los distintos grupos. Ch Cuadrado evalúa en qué medida dos variables se encuentran asociadas; es decir, evalúa la existencia de una covariación observada conjunta.

El estadístico principal es la Ch Cuadrado de Pearson; pero si la comparación se realizaba entre dos grupos y la variable se distribuía en ellos en dos categorías (tablas 2x2), tomábamos el estadístico "Coeficiente de Continuidad de Yates", que resulta más apropiado para este tipo de comparaciones, ya que realiza una corrección sobre la fórmula de la Ch Cuadrado de Pearson. Si además menos del 20% de las casillas presentaban una probabilidad esperada menor de cinco, tomábamos como grado de significación prevalente sobre el que proporcionan los dos estadísticos anteriores, la "Probabilidad Exacta de Fisher".

III.2.3.4.- ANÁLISIS CORRELACIONALES.

III.2.3.4.1.- CORRELACIÓN LINEAL SIMPLE DE PEARSON.

Esta prueba estadística nos permitió determinar el grado de asociación lineal entre dos variables de carácter cuantitativo que cumplieran los supuestos paramétricos.

III.2.3.4.1.- CORRELACIÓN DE SPEARMAN.

Analiza el grado de asociación lineal entre dos variables cuantitativas, aunque una de ellas (o las dos) no cumplan los requisitos paramétricos.

III.2.3.5.- NIVEL DE SIGNIFICACIÓN.

Asumimos en la prueba de nuestras hipótesis una probabilidad de error, desde la cual el riesgo se consideraba excesivo, menor al 5%; por tanto, trabajamos con un nivel de significación inferior a 0.05. Cuando una prueba estadística nos ofrecía un grado de significación inferior a 0.01 o a 0.001, también se especificó.

IV. - RESULTADOS

IV.O.- PRUEBA DE NORMALIDAD

Se realizó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov sobre todas aquellas variables cuantitativas de nuestro estudio (Tablas la a ld), con el objetivo de comprobar si las distribuciones de las mismas en los grupos muestrales cumplían la Ley de la Normalidad.

En la Tabla la aparecen los resultados obtenidos con esta prueba realizada sobre dos de las variables sociodemográficas que tenían carácter cuantitativo.

Tabla 1a: Prueba de Normalidad (Variables Sociodemográficas).

VARIABLES	LESIONADOS DE MANO		LESIONAD. MIEM. INF.	
	Z	G ^o SIG.	Z	G ^o SIG.
EDAD	1.82	0.002 (*)	0.64	0.812
ANTIGÜEDAD LABORAL	2.18	0.0002 (***)	1.22	0.099

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Como se puede observar en la tabla anterior, la comparación de las distribuciones de las variables edad y antigüedad en el trabajo, del grupo de lesionados de mano, con una distribución teórica normal alcanzó el nivel de significación estadística; puede decirse, por tanto, que no cumplen el criterio de normalidad, por lo que no podremos realizar con ellas pruebas estadísticas paramétricas.

En el caso del grupo de los pacientes lesionados de miembro inferior, las variables sociodemográficas analizadas sí cumplieron el criterio de normalidad.

En el caso del Cuestionario 16 PF, la prueba de normalidad se realizó con las puntuaciones decatípicas de cada escala, ya que son las variables que utilizaremos para los análisis correspondientes.

Tabla 1b: Prueba de Normalidad (Variables del 16 PF).

VARIABLES	LESIONADOS DE MANO		LESIONAD. MIEM. INF.	
	Z	G ^o SIG.	Z	G ^o SIG.
FACTOR A	1.13	0.153	0.78	0.574
FACTOR B	0.91	0.373	0.94	0.345
FACTOR C	1	0.270	0.65	0.786
FACTOR E	1.15	0.14	0.96	0.315
FACTOR F	1.05	0.21	0.63	0.816
FACTOR G	0.93	0.350	1.16	0.133
FACTOR H	1.14	0.147	0.97	0.306
FACTOR I	1.20	0.110	0.72	0.679
FACTOR L	0.96	0.317	0.92	0.358
FACTOR M	0.88	0.427	1.14	0.150
FACTOR N	0.87	0.429	1.01	0.253
FACTOR O	1	0.260	0.63	0.813
FACTOR Q1	0.87	0.431	0.74	0.648
FACTOR Q2	0.98	0.419	0.99	0.273
FACTOR Q3	1.22	0.100	0.84	0.472
FACTOR Q4	0.90	0.393	1.05	0.218
FACTOR QI	0.48	0.974	0.43	0.992
FACTOR QII	0.63	0.820	0.53	0.940
FACTOR QIII	0.90	0.383	0.96	0.315
FACTOR QIV	0.51	0.956	0.73	0.650

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

De la tabla anterior se desprende que todas las variables del Cuestionario 16 PF se distribuyen, tanto en un grupo muestral como en el otro, siguiendo la ley normal.

Tabla 1c: Prueba de Normalidad (Variables Escala Sucesos Vitales).

VARIABLES	LESINADOS DE MANO		LESIONAD. MIEM. INF.	
	Z	G° SIG.	Z	G° SIG.
I.S.V.	1.46	0.028 (*)	1.27	0.080
PAREJA	2.74	0.0001 (***)	2.78	0.0001 (***)
FAMILIA	2.02	0.0006 (***)	2.51	0.0001 (***)
COSTUMBRES	1.53	0.018 (*)	2.42	0.0001 (***)
OCUPACIÓN	2.25	0.0001 (***)	2.48	0.0001 (***)
ECONOMÍA Y LEY	2.94	0.0001 (***)	2.52	0.0001 (***)
SALUD	3.4	0.0001 (***)	2.78	0.0001 (***)

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Respecto a las variables de la Escala de Acontecimientos Vitales en el grupo de lesionados de mano, en la Tabla 1c observamos que el porcentaje asociado al estadístico de la Prueba de Normalidad alcanza en todos los casos el nivel de significación, por lo que puede decirse que estas variables no se distribuyen normalmente en dicho grupo y que, por tanto, no podremos aplicar sobre las mismas pruebas estadísticas paramétricas.

En el grupo de pacientes lesionados de extremidad inferior, tan solo la distribución del Índice de Sucesos Vitales siguió la ley normal.

En la tabla que aparece a continuación, se muestran los resultados obtenidos con la Prueba de Normalidad realizada sobre las diferentes medidas del Cuestionario de Goldberg.

Tabla 1d: Prueba de Normalidad (Variables Cuestionario Goldberg).

VARIABLES	LESIONADOS DE MANO		LESIONAD. MIEM. INF.	
	Z	G ^o SIG.	Z	G ^o SIG.
ESCALA A	1.42	0.035 (*)	1.93	0.001 (**)
ESCALA B	2.33	0.0001 (***)	2.71	0.0001 (***)
ESCALA C	1.92	0.001 (**)	2.48	0.0001 (***)
ESCALA D	1.74	0.004 (**)	2.46	0.0001 (***)
PUNT. TOTAL	2.93	0.0001 (***)	2.84	0.0001 (***)

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Las variables del Cuestionario de Goldberg no cumplieron en ningún caso, ni en ninguno de los dos grupos muestrales, el requisito de la normalidad.

**IV.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVOS Y
COMPARACIONES INTERGRUPO**

IV.1.1. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DATOS RELACIONADOS CON LA LESIÓN Y LA ACTIVIDAD LABORAL.

Respecto a la variable edad llevamos a cabo tanto los análisis descriptivos correspondientes a la medida central y su variabilidad -media y desviación típica- (Tabla 2a), como la distribución de frecuencias en relación a los diferentes intervalos de edad considerados -los porcentajes aparecen entre paréntesis- (Tabla 2b).

Tabla 2a: Medias y Desviaciones Típicas de la EDAD en los grupos muestrales.

EDAD	Media	Desv. Tip.
LESIONADOS MANO	24.2	8.7
LESIONADOS M. INFERIOR	35.6	8.1

Kruskal-Wallis: $Ch^2 = 26.2$; $p = 0.0001$ (***)

Kolmogorov-Smirnov: $Z = 2.9$; $p = 0.0001$ (***)

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Como podemos observar en la Tabla anterior, la media de la edad del grupo de lesionados de mano es sensiblemente inferior a la del grupo control. Estas diferencias resultaron ser estadísticamente significativas, como se pone de manifiesto a través del Análisis de Varianza de Kruskal Wallis (ver parte inferior de la Tabla). La prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras demostró, además, que la variable edad no se distribuye homogéneamente en los grupos.

Tabla 2b: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según las EDADES POR INTERVALO en los grupos muestrales.

EDAD POR INTERVALOS	L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
MENOS DE 20 AÑOS	22 (44)	1 (3.3)	23 (28.8)
DE 20 A 29 AÑOS	17 (34)	5 (16.7)	22 (27.5)
DE 30 A 39 AÑOS	7 (14)	17 (56.7)	24 (30)
DE 40 A 49 AÑOS	4 (8)	5 (16.7)	9 (11.3)
DE 50 A 59 AÑOS	0	2 (6.7)	2 (2.5)

Ch²: Pearson = 28.8; p = 0.0001 (***)

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

En la Tabla 2b destaca el hecho de que en el grupo de lesionados de mano existe una mayor acumulación de frecuencias en los intervalos "menos de 20 años" y "de 20 a 29 años", mientras que en el grupo de lesionados de miembro inferior el mayor porcentaje de sujetos se concentra en el intervalo "de 30 a 39 años". La comparación de las distribuciones a través de la prueba estadística Chi Cuadrado, como se muestra en la parte inferior de la Tabla, señaló la existencia de diferencias significativas al nivel del 0.1%.

En la Tabla que se expone a continuación, Tabla 3, se reflejan las distribuciones de los grupos muestrales según el estado civil; asimismo, en la parte inferior de la misma figuran los resultados procedentes de la comparación estadística realizada con la prueba Chi Cuadrado.

Tabla 3: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el ESTADO CIVIL en los grupos muestrales.

ESTADO CIVIL	L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
SOLTERO	37 (75.5)	6 (20)	43 (54.4)
CASADO	12 (24.5)	23 (76.7)	35 (44.3)
SEPARADO/DIVORCIADO	0	1 (3.3)	1 (1.3)

χ^2 : Pearson = 23.6; p = 0.0001 (***)

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Como se desprende de la Tabla anterior entre los pacientes con lesiones de mano evaluados existe una mayor presencia de solteros, mientras que en el grupo de lesionados de miembro inferior el 77% estaban casados. Las diferencias en las distribuciones resultaron ser estadísticamente significativas.

En la Tabla 4, que se expone a continuación, podemos observar que en los dos grupos muestrales existe una mayor presencia de individuos con estudios primarios. La comparación estadística de las distribuciones según el nivel de estudios no alcanzó el nivel de significación estadística, como figura bajo la Tabla.

Tabla 4: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el NIVEL DE ESTUDIOS en los grupos muestrales.

NIVEL DE ESTUDIOS	L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
SIN ESTUDIOS	2 (4.1)	3 (10)	5 (6.3)
PRIMARIOS	30 (61.2)	23 (76.7)	53 (67.1)
MEDIOS	13 (26.5)	2 (6.7)	15 (19)
SUPERIORES	4 (8.2)	2 (6.7)	6 (7.6)

χ^2 : Pearson = 5.6; p = 0.132

Tabla 5: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la PROFESIÓN en los grupos muestrales.

PROFESIÓN	L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
FUNCIONARIOS, ADMINISTRATIVOS	7 (14.3)	5 (16.7)	12 (15.2)
OBREROS, OPERARIOS	30 (61.2)	23 (76.7)	53 (67.1)
MILITARES, POLICÍAS	2 (4.1)	1 (3.3)	3 (3.8)
ESTUDIANTES	10 (20.4)	0	10 (12.7)
NO CLASIFICADOS	0	1 (3.3)	1 (1.3)

χ^2 : Pearson = 8.5; p = 0.074

Según la anterior Tabla, en los dos grupos muestrales existe un mayor porcentaje de pacientes lesionados cuya profesión es la de obrero u operario. La comparación estadística de las dos distribuciones puso de manifiesto que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación a esta variable.

En la Tabla que se expone a continuación, se muestran las frecuencias y porcentajes obtenidos en los dos grupos muestrales correspondientes a los diferentes niveles socioeconómicos considerados.

Tabla 6: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el ESTATUS SOCIOECONÓMICO en los grupos muestrales.

ESTATUS SOCIOECONÓMICO	L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
MEDIO-ALTO	6 (12.2)	2 (7.1)	8 (10.4)
MEDIO	29 (59.2)	22 (78.6)	51 (66.2)
MEDIO-BAJO	14 (28.6)	4 (14.3)	18 (23.4)

χ^2 : Pearson = 3.1; p = 0.222

En relación al estatus socioeconómico (Tabla 6), encontramos que cerca de un 60% de pacientes lesionados de mano y alrededor de un 80% de lesionados de miembro inferior tenían un nivel medio. Con nivel socioeconómico medio-bajo, se observaron un 28% de pacientes lesionados de mano y un 14% de miembro inferior. Las diferencias entre los grupo, como se muestra bajo la Tabla 6, no llegaron a ser estadísticamente significativas.

A continuación, se muestra en la Tabla 7 el número de individuos de cada grupo muestral que presentaba antecedentes psiquiátricos familiares, personales o de abuso de sustancias. Las comparaciones estadísticas de cada una de estas tres variables se realizó teniendo en cuenta los sujetos de cada grupo que tenían y que no tenían alguno de estos antecedentes. Los datos estadísticos figuran en la parte inferior de la Tabla.

Tabla 7: Frecuencias y Porcentajes de sujetos con ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES, PERSONALES O DE ABUSO DE SUSTANCIAS, en los grupos muestrales.

ANTECEDENTES		L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
Psiquiátricos familiares(1)		3 (6.1)	1 (3.3)	4 (5.1)
Psiquiátricos personales(2)		1 (2)	1 (3.3)	2 (2.5)
Toxicomanías (3)	Alcohol	4 (8.2)	3 (10)	7 (8.9)
	Cannabis	1 (2)	0	1 (1.3)

(1) Ch^2 : Fisher; $p = 1$

(2) Ch^2 : Fisher; $p = 1$

(3) Ch^2 : Pearson = 0.68; $p = 0.710$

Como se desprende de la tabla anterior, el porcentaje de casos con antecedentes psiquiátricos familiares es ligeramente superior en el grupo de lesionados de mano, sin que estas diferencias fueran de carácter estadísticamente significativo. Por otra parte, la incidencia de antecedentes psiquiátricos personales y de toxicomanías es muy similar entre los dos grupos muestrales.

En la siguiente Tabla, aparecen los datos referidos a diversas variables relacionadas con las características del accidente.

Tabla 8: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según las CARACTERÍSTICAS DEL ACCIDENTE en los grupos muestrales.

CARACT. DEL ACCIDENTE		L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
CAUSA DE LA LESIÓN (1)	ACC. DIRECTO	13 (26.5)	8 (26.7)	21 (26.6)
	ACC. INDIRECTO	36 (73.5)	22 (73.3)	58 (73.4)
AGENTE TRAUMÁTICO (2)	FÍSICO-CORTANTE	20 (40.8)	3 (10)	23 (29.1)
	FÍS-CONTUNDENTE	27 (55.1)	25 (83.3)	52 (65.8)
	FÍSICO-OTROS	2 (4.1)	0	2 (2.5)
	GIROS, CAÍDAS	0	2 (6.7)	2 (2.5)
ACCIDENTALIDAD PREVIA (3)	NO	31 (63.3)	16 (53.3)	47 (59.5)
	SÍ	18 (36.7)	14 (46.7)	32 (40.5)

(1) χ^2 : Yates = 0; p = 1

(2) χ^2 : Pearson = 12.8; p = 0.005 (**)

(3) χ^2 : Yates = 0.4; p = 0.524

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Como podemos comprobar en la tabla anterior, el porcentaje de casos de cada grupo en los que la causa de la lesión estaba asociada a un factor accidental indirecto era muy similar, en torno al 73%. El agente traumático causante de la lesión fue en la mayoría de los accidentes de mano o bien físico cortante (un 41%) o bien físico contundente (un 55%), mientras que en las lesiones de extremidad inferior la mayor parte de los accidentes (83%) estaban causados por un agente físico contundente; esta variable estableció diferencias estadísticamente significativas entre los grupos a un nivel del 1%.

Respecto a la existencia de accidentes previos al actual, encontramos un 37% de casos en el grupo de lesiones de mano y un 47% en el de lesiones de miembro inferior; estas diferencias no resultaron tener valor de significación estadística.

En la próxima tabla se detallan los datos referidos a las variables relacionadas con las características de la lesión y bajo la misma los resultados procedentes de la comparación estadística de los grupos muestrales.

Tabla 9: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según las CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN en los grupos muestrales.

CARACT. DE LA LESIÓN		L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
TIPO DE LESIÓN (1)	CONTUSIÓN	5 (10.2)	11 (36.7)	16 (20.3)
	HERIDAS	22 (44.9)	3 (10)	25 (31.6)
	ASOC. Y COMPLEJAS	22 (44.9)	16 (53.3)	38 (48.1)
ESTRUCTURAS LESIONADAS (2)	PIEL	7 (14.3)	0	7 (8.9)
	TENDONES	15 (30.6)	2 (6.7)	17 (21.5)
	HUESO	3 (6.1)	12 (40)	15 (19)
	MIXTAS Y COMPLEJAS	24 (49)	16 (53.3)	40 (50.6)
MANO LESIONADA	DOMINANTE	26 (52)	----	----
	NO DOMINANTE	24 (48)	----	----
	AMBAS MANOS	0	----	----
GRAVEDAD LESIÓN (3)	GRAVE / MUY GRAVE	20 (40.8)	18 (60)	38 (48.1)
	MENOS GRAVE / LEVE	29 (59.2)	12 (40)	41 (51.9)

(1) χ^2 : Pearson = 13.9; $p = 0.0009$ (***)

(2) χ^2 : Pearson = 20.6; $p = 0.0001$ (***)

(3) χ^2 : Yates = 2.03; $p = 0.154$

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Destacamos de la tabla anterior el hecho de que en ambos grupos muestrales alrededor de la mitad de las lesiones fueran de tipo asociadas y complejas; sin embargo, entre los lesionados de mano abundaron más las heridas y entre los de miembro inferior las contusiones. Respecto al tipo de estructuras lesionadas, en el primer grupo consistieron fundamentalmente en lesiones de tendones y en lesiones mixtas y complejas, mientras que en el grupo con traumatismos en las piernas, éstos consistieron también en lesiones mixtas y complejas, pero había un elevado porcentaje

de casos con afectación de huesos.

Tanto el tipo de lesión, como el tipo de estructura lesionada estableció diferencias estadísticamente significativas entre los grupos muestrales.

En relación a la gravedad de la lesión, observamos en la Tabla 9 que el 40% de las lesiones de mano estudiadas podían recibir el calificativo de grave o muy grave, lo cual ocurrió en el 60% de los casos de lesiones de extremidad inferior. Estas diferencias no fueron de carácter estadísticamente significativo.

A continuación, se especifica el número de individuos de cada grupo según el tipo de dominancia manual (Tabla 10); como puede observarse en ambos grupos el porcentaje de casos con dominancia de la mano derecha se sitúa entre el 90 y el 95%. La comparación de las distribuciones puso de manifiesto que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación a esta variable.

Tabla 10: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la DOMINANCIA MANUAL en los grupos muestrales.

MANO DOMINANTE	L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
DERECHA	47 (94)	22 (91.7)	69 (93.2)
IZQUIERDA	3 (6)	2 (8.3)	5 (6.8)

χ^2 : Fisher; $p = 0.657$

Tabla 11: Descriptivos de las variables relacionadas con la ACTIVIDAD LABORAL en los grupos muestrales.

ACTIVIDAD LABORAL		L.MANO	L.M.INF.	TOTAL
RELACIÓN CON LA LESIÓN (1)	ACC. LABORAL	31 (63.3)	29 (96.7)	60 (75.9)
	ACC. NO LABORAL	18 (36.7)	1 (3.3)	19 (24.1)
CAMBIOS LABORALES (2)	NO	33 (76.7)	11 (36.7)	44 (60.3)
	sí	10 (23.3)	19 (63.3)	29 (39.7)
ANTIGÜEDAD LABORAL (3)	Media	3.3	5.5	-----
	Desv. Típica	6.6	5.4	-----

(1) χ^2 : Yates = 9.6; $p = 0.002$ (**)

(2) χ^2 : Yates = 10.2; $p = 0.001$ (**)

(3) Kruskal-Wallis: $\chi^2 = 11.6$; $p = 0.0006$ (***)

Kolmogorov-Smirnov: $Z = 1.8$; $p = 0.003$ (**)

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

De la Tabla 11 se desprende que el 63% de las lesiones de mano y el 97% de las de miembro inferior se habían producido en el ambiente laboral; este dato estableció diferencias estadísticas entre los grupos.

Por otra parte, el 23% de los pacientes de mano, frente al 63% de los de extremidad inferior, habían tenido uno o más cambios de trabajo previamente al accidente; siendo la antigüedad laboral media de 3.3 años en el primer grupo y de 5.5 años en el segundo. Estas dos variables también marcaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En relación a la antigüedad laboral, además hay que señalar que las distribuciones de los grupos no eran comparables entre sí.

IV.1.2. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL CUESTIONARIO 16 PF.

Debido a las diferencias existentes entre los grupos muestrales en relación a las características sociodemográficas, para realizar los análisis de los datos procedentes de este Cuestionario, optamos por utilizar las puntuaciones decatípicas de los sujetos, obtenidas en cada una de las escalas o factores. De este modo, situamos a cada individuo en relación a las puntuaciones obtenidas por su grupo poblacional de referencia.

Las puntuaciones decatípicas con valores 5 y 6, representan niveles medios; 4 y 7 una pequeña desviación (algo bajo / algo alto); 2 y 3 pueden considerarse como un nivel muy bajo; 8 y 9 un nivel muy alto, siendo las puntuaciones 1 y 10 desviaciones extremas.

En las tablas que se muestran a continuación (de la 12a a la 12e), se especifican las distribuciones de los grupos muestrales, en relación a estos niveles, en cada una de las escalas de primer orden y factores de segundo orden del Cuestionario analizado.

Tabla 12a: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en los grupos muestrales.

FACTORES 16 PF		L. MANO	L. M. INF.	TOTAL
A	EXTREM. BAJO	0 (0)	1 (3.3)	1 (1.3)
	MUY BAJO	7 (14)	5 (16.7)	12 (15)
	ALGO BAJO	8 (16)	7 (23.3)	15 (18.8)
	MEDIO	19 (38)	11 (36.7)	30 (37.5)
	ALGO ALTO	12 (24)	4 (13.3)	16 (20)
	MUY ALTO	4 (8)	2 (6.7)	6 (7.5)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
B	EXTREM. BAJO	0 (0)	2 (6.7)	2 (2.5)
	MUY BAJO	11 (22)	3 (10)	14 (17.5)
	ALGO BAJO	8 (16)	5 (16.7)	13 (16.3)
	MEDIO	22 (44)	11 (36.7)	33 (41.3)
	ALGO ALTO	5 (10)	6 (20)	11 (13.8)
	MUY ALTO	4 (8)	3 (10)	7 (8.8)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
C	EXTREM. BAJO	1 (2)	1 (3.3)	2 (2.5)
	MUY BAJO	13 (26)	4 (13.3)	17 (21.3)
	ALGO BAJO	7 (14)	7 (23.3)	14 (17.5)
	MEDIO	11 (22)	9 (30)	20 (25)
	ALGO ALTO	12 (24)	5 (16.7)	17 (21.3)
	MUY ALTO	4 (8)	4 (13.3)	8 (10)
	EXTREM. ALTO	2 (4)	0 (0)	2 (2.5)
E	EXTREM. BAJO	1 (2)	1 (3.3)	2 (2.5)
	MUY BAJO	3 (6)	4 (13.3)	7 (8.8)
	ALGO BAJO	8 (16)	6 (20)	14 (17.5)
	MEDIO	25 (50)	11 (36.7)	36 (45)
	ALGO ALTO	6 (12)	6 (20)	12 (15)
	MUY ALTO	4 (8)	2 (6.7)	6 (7.5)
	EXTREM. ALTO	3 (6)	0 (0)	3 (3.8)

Tabla 12b: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en los grupos muestrales.

FACTORES 16 PF		L. MANO	L. M. INF.	TOTAL
F	EXTREM. BAJO	1 (2)	2 (6.7)	3 (3.8)
	MUY BAJO	3 (6)	8 (26.7)	11 (13.8)
	ALGO BAJO	9 (18)	6 (20)	15 (18.8)
	MEDIO	18 (36)	9 (30)	27 (33.8)
	ALGO ALTO	7 (14)	4 (13.3)	11 (13.8)
	MUY ALTO	11 (22)	1 (3.3)	12 (15)
	EXTREM. ALTO	1 (2)	0 (0)	1 (1.3)
G	EXTREM. BAJO	2 (4)	2 (6.7)	4 (5)
	MUY BAJO	9 (18)	4 (13.3)	13 (16.3)
	ALGO BAJO	9 (18)	3 (10)	12 (15)
	MEDIO	22 (44)	15 (50)	37 (46.3)
	ALGO ALTO	2 (4)	4 (13.3)	6 (7.5)
	MUY ALTO	6 (12)	2 (6.7)	8 (10)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
H	EXTREM. BAJO	0 (0)	3 (10)	3 (3.8)
	MUY BAJO	6 (12)	5 (16.7)	11 (13.8)
	ALGO BAJO	8 (16)	1 (3.3)	9 (11.3)
	MEDIO	17 (34)	12 (40)	29 (36.3)
	ALGO ALTO	10 (20)	5 (16.7)	15 (18.8)
	MUY ALTO	9 (18)	4 (13.3)	13 (16.3)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
I	EXTREM. BAJO	0 (0)	2 (6.7)	2 (2.5)
	MUY BAJO	10 (20)	3 (10)	13 (16.3)
	ALGO BAJO	5 (10)	7 (23.3)	12 (15)
	MEDIO	23 (46)	9 (30)	32 (40)
	ALGO ALTO	7 (14)	4 (13.3)	11 (13.8)
	MUY ALTO	4 (8)	5 (16.7)	9 (11.3)
	EXTREM. ALTO	1 (2)	0 (0)	1 (1.3)

Tabla 12c: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en los grupos muestrales.

FACTORES 16 PF		L. MANO	L. M. INF.	TOTAL
L	EXTREM. BAJO	1 (2)	1 (3.3)	2 (2.5)
	MUY BAJO	2 (4)	2 (6.7)	4 (5)
	ALGO BAJO	8 (16)	6 (20)	14 (17.5)
	MEDIO	19 (38)	10 (33.3)	29 (36.3)
	ALGO ALTO	9 (18)	5 (16.7)	14 (17.5)
	MUY ALTO	10 (20)	6 (20)	16 (20)
	EXTREM. ALTO	1 (2)	0 (0)	1 (1.3)
M	EXTREM. BAJO	3 (6)	1 (3.3)	4 (5)
	MUY BAJO	11 (22)	5 (16.7)	16 (20)
	ALGO BAJO	7 (14)	2 (6.7)	9 (11.3)
	MEDIO	18 (36)	15 (50)	33 (41.3)
	ALGO ALTO	6 (12)	2 (6.7)	8 (10)
	MUY ALTO	5 (10)	5 (16.7)	10 (12.5)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
N	EXTREM. BAJO	2 (4)	1 (3.3)	3 (3.8)
	MUY BAJO	3 (6)	1 (3.3)	4 (5)
	ALGO BAJO	11 (22)	6 (20)	17 (21.3)
	MEDIO	15 (30)	7 (23.3)	22 (27.5)
	ALGO ALTO	9 (18)	2 (6.7)	11 (13.8)
	MUY ALTO	10 (20)	13 (43.3)	23 (28.8)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
O	EXTREM. BAJO	0 (0)	1 (3.3)	1 (1.3)
	MUY BAJO	1 (2)	6 (20)	7 (8.8)
	ALGO BAJO	6 (12)	5 (16.7)	11 (13.8)
	MEDIO	22 (44)	10 (33.3)	32 (40)
	ALGO ALTO	10 (20)	4 (13.3)	14 (17.5)
	MUY ALTO	7 (14)	3 (10)	10 (12.5)
	EXTREM. ALTO	4 (8)	1 (3.3)	5 (6.3)

Tabla 12d: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en los grupos muestrales.

FACTORES 16 PF		L. MANO	L. M. INF.	TOTAL
Q1	EXTREM. BAJO	2 (4)	1 (3.3)	3 (3.8)
	MUY BAJO	5 (10)	5 (16.7)	10 (12.5)
	ALGO BAJO	12 (24)	8 (26.7)	20 (25)
	MEDIO	18 (36)	10 (33.3)	28 (35)
	ALGO ALTO	8 (16)	1 (3.3)	9 (11.3)
	MUY ALTO	5 (10)	5 (16.7)	10 (12.5)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Q2	EXTREM. BAJO	0 (0)	1 (3.3)	1 (1.3)
	MUY BAJO	5 (10)	1 (3.3)	6 (7.5)
	ALGO BAJO	5 (10)	0 (0)	5 (6.3)
	MEDIO	20 (40)	13 (43.3)	33 (41.3)
	ALGO ALTO	6 (12)	8 (26.7)	14 (17.5)
	MUY ALTO	13 (26)	3 (10)	16 (20)
	EXTREM. ALTO	1 (2)	4 (13.3)	5 (6.3)
Q3	EXTREM. BAJO	4 (8)	1 (3.3)	5 (6.3)
	MUY BAJO	6 (12)	5 (16.7)	11 (13.8)
	ALGO BAJO	4 (8)	5 (16.7)	9 (11.3)
	MEDIO	23 (46)	10 (33.3)	33 (41.3)
	ALGO ALTO	8 (16)	2 (6.7)	10 (12.5)
	MUY ALTO	5 (10)	7 (23.3)	12 (15)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Q4	EXTREM. BAJO	0 (0)	1 (3.3)	1 (1.3)
	MUY BAJO	6 (12)	3 (10)	9 (11.3)
	ALGO BAJO	6 (12)	0 (0)	6 (7.5)
	MEDIO	17 (34)	13 (43.3)	30 (37.5)
	ALGO ALTO	8 (16)	7 (23.3)	15 (18.8)
	MUY ALTO	12 (24)	5 (16.7)	17 (21.3)
	EXTREM. ALTO	1 (2)	1 (3.3)	2 (2.5)

Tabla 12e: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF en los grupos muestrales.

FACTORES 16 PF		L. MANO	L. M. INF.	TOTAL
QI	EXTREM. BAJO	1 (2)	3 (10)	4 (5)
	MUY BAJO	3 (6)	0 (0)	3 (3.8)
	ALGO BAJO	17 (34)	12 (40)	29 (36.3)
	MEDIO	14 (28)	7 (23.3)	21 (26.3)
	ALGO ALTO	13 (26)	6 (20)	19 (23.8)
	MUY ALTO	2 (4)	2 (6.7)	4 (5)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
QII	EXTREM. BAJO	0 (0)	1 (3.3)	1 (1.3)
	MUY BAJO	8 (16)	8 (26.7)	16 (20)
	ALGO BAJO	5 (10)	4 (13.3)	9 (11.3)
	MEDIO	20 (40)	11 (36.7)	31 (38.8)
	ALGO ALTO	9 (18)	5 (16.7)	14 (17.5)
	MUY ALTO	8 (16)	1 (3.3)	9 (11.3)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
QIII	EXTREM. BAJO	2 (4)	0 (0)	2 (2.5)
	MUY BAJO	11 (22)	2 (6.7)	13 (16.3)
	ALGO BAJO	4 (8)	2 (6.7)	6 (7.5)
	MEDIO	15 (30)	6 (20)	21 (26.3)
	ALGO ALTO	8 (16)	10 (33.3)	18 (22.5)
	MUY ALTO	10 (20)	10 (33.3)	20 (25)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)
QIV	EXTREM. BAJO	3 (6)	2 (6.7)	5 (6.3)
	MUY BAJO	10 (20)	5 (16.7)	15 (18.8)
	ALGO BAJO	14 (28)	9 (30)	23 (28.8)
	MEDIO	18 (36)	7 (23.3)	25 (31.3)
	ALGO ALTO	1 (2)	5 (16.7)	6 (7.5)
	MUY ALTO	4 (8)	2 (6.7)	6 (7.5)
	EXTREM. ALTO	0 (0)	0 (0)	0 (0)

De las tablas anteriores, destaca la elevada tendencia de los sujetos de ambos grupos muestrales a situarse en los niveles centrales del baremo, tanto en el nivel medio como en los que representan una pequeña desviación (algo bajo y algo alto).

También se observa que un mayor número de pacientes lesionados de mano, en comparación con los lesionados de miembro inferior, se desviaron del promedio hacia el polo de la Afectotimia (Escala A), de la Surgencia (Escala F), de la Poca Fuerza del Superego (Escala G), de la Prexernia (Escala M), de la Tendencia a la culpabilidad y de la Poca socialización controlada (Factor QIII).

Para comparar estadísticamente estas distribuciones y debido a su dispersión, realizamos una agrupación de frecuencias, de forma que consideramos el nivel promedio (decatipos 5 y 6) y las desviaciones hacia los niveles bajos (decatipos 1 al 4), por un lado, y hacia los niveles altos (decatipos 7 al 10), por otro.

Los resultados de los análisis estadísticos comparativos, realizados a través de la prueba Chi-Cuadrado, se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 13: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los NIVELES DE LOS FACTORES DEL 16 PF entre los grupos muestrales.

FACTORES 16 PF	CH ²	G ^o SIG.
A	1.9	0.378
B	1.5	0.459
C	0.7	0.705
E	1.8	0.408
F	6.9	0.032 (*)
G	0.8	0.657
H	0.5	0.757
I	2	0.365
L	0.6	0.724
M	2.1	0.346
N	1.1	0.572
O	7.1	0.029 (*)
Q1	0.6	0.717
Q2	2.7	0.259
Q3	1.3	0.525
Q4	1.5	0.470
QI	0.5	0.783
QII	3.1	0.216
QIII	7.5	0.024 (*)
QIV	3.2	0.203

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Los análisis estadísticos pusieron de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, a un nivel del 5%, en relación a los factores F, O y QIII del 16 PF.

En relación a la escala F, observamos en la Tabla 12b que un 38% de pacientes lesionados de mano, frente a un 16% del grupo de miembro inferior, se desviaron del promedio hacia el polo de la Surgencia. Destaca, también, que un 26% de pacientes de mano, frente a un 53.4% de lesionados de extremidad inferior, se desviarán hacia el polo de la Desurgencia.

Respecto a la escala O, como se desprende de la Tabla 12c, la mayor parte de los lesionados de mano se situaba o bien en el nivel medio (44%) o bien se desviaron hacia el polo de la Tendencia a la culpabilidad (42%). En el grupo de pacientes lesionados de pierna o de pie, también hubo una tendencia a puntuar como el promedio (33%); pero el 40% de los individuos se desviaron hacia al polo de la Poca tendencia a la culpabilidad.

Por último la distribución de los pacientes en los diferentes niveles del factor QIII (Tabla 12e), puso de manifiesto que cerca del 70% de los pacientes lesionados de extremidad inferior, frente a un 36% de mano, se desviaba del promedio hacia el polo de la Mucha socialización controlada. Tendentes al polo de Poca socialización controlada encontramos al 34% de los pacientes lesionados de mano y al 13.4% de los lesionados de miembro inferior.

Los resultados obtenidos con las Escalas complementarias del 16 PF se muestran en la tabla que se expone a continuación.

Tabla 14: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE LAS ESCALAS COMPLEMENTARIAS DEL 16 PF en los grupos muestrales.

ESCALAS 16 PF		L. MANO	L. M.INF.	TOTAL
DIMENSIÓN MOTIVACIONAL (1)	MUY SINCERO	14 (29.8)	5 (17.2)	19 (25)
	SINCERO	9 (19.1)	10 (34.5)	19 (25)
	ALGO DISTORS.	18 (38.3)	11 (37.9)	29 (38.2)
	DISTORSIONADOR	6 (12.8)	3 (10.3)	9 (11.8)
NEGACIÓN (2)	COOPERADOR	41 (87.2)	28 (96.6)	69 (90.8)
	NEGADOR	6 (12.8)	1 (3.4)	7 (9.2)
	MUY NEGADOR	0 (0)	0 (0)	0 (0)

(1) χ^2 : Pearson = 2.9; p = 0.406

(2) χ^2 : Fisher; p = 0.240

Como se observa en la tabla, alrededor del 90% de los cuestionarios pueden considerarse no distorsionados o poco distorsionados; asimismo, la gran mayoría de los pacientes pueden clasificarse como "cooperadores" con la evaluación psicológica.

IV.1.3. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA ESCALA DE SUCESOS VITALES DE HOLMES Y RAHE.

A continuación se analizan los acontecimientos vitales extrerantes experimentados por los sujetos de nuestro estudio en el período anterior a un años de haberse producido la lesión. Con el objetivo de analizar más detalladamente las áreas en las que se habían producido los sucesos vitales, realizamos una agrupación de los ítems de esta escala, tal y como se muestra en el Anexo.

Los datos referidos al Índice de Sucesos Vitales de la Escala y al número de sucesos vitales por cada una de éstas áreas aparecen reflejados en la siguiente tabla.

Tabla 15: Medias y Desviaciones Típicas en la ESCALA DE SUCESOS VITALES y comparación estadística de las mismas.

ESCALA DE SUCESOS VITALES	L.MANO Media (D.T.)	L.M.INF. Media (D.T.)	G ^o SIG. (K - W)
I.S.V.	222.7 (274.6)	87.7 (105.1)	0.004 (**)
PAREJA	0.71 (1.5)	0.17 (0.5)	0.090
FAMILIA	0.86 (1.2)	0.3 (0.6)	0.020 (*)
COSTUMBRES	1.69 (2.2)	0.33 (0.6)	0.0003 (***)
OCUPACIONES	0.55 (1.1)	0.37 (0.9)	0.150
ECONOMÍA Y LEY	0.43 (0.8)	0.33 (0.7)	0.620
SALUD	0.24 (0.5)	0.17 (0.4)	0.546

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Destacamos de la Tabla 15 las diferencias existentes entre las puntuaciones medias del Índice de Sucesos Vitales entre los grupos, así como la gran variabilidad dentro de cada uno de ellos. El Análisis de Varianza, realizado con la prueba de Kruskal-Wallis, mostró la existencia de diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al número de sucesos vitales experimentados antes del accidente en cada una de las áreas consideradas, en la tabla anterior podemos observar que el grupo de lesiones de mano obtiene una puntuación media superior en todas ellas. Las diferencias estadísticamente significativas se establecieron en las áreas de familia y costumbres.

En la tabla que se muestra a continuación aparece la distribución de los grupos en función del nivel de estrés asociado al riesgo de sufrir consecuencias negativas para la salud, el cual se considera bajo cuando el I.S.V. es menor de 300 y alto cuando es igual o superior a esta cantidad.

Tabla 16: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el NIVEL DE ESTRÉS CON RIESGO PARA LA SALUD en los grupos muestrales y comparación estadística de las mismas.

NIVEL DE RIESGO PARA LA SALUD	LESIONES DE MANO	LESIONES M. INF.	TOTAL
BAJO RIESGO	36 (73.5)	27 (90)	63 (79.7)
ALTO RIESGO	13 (26.5)	3 (10)	16 (20.3)

Ch²: Yates = 2.2; p = 0.137

De la Tabla 16 se desprende que el porcentaje de pacientes cuyo nivel de I.S.V. asociado a alto riesgo de padecer consecuencias negativas para la salud es superior en el grupo de lesionados de mano, siendo del 26%, frente a un 10% en el grupo de lesionados de extremidad inferior. No obstante, a nivel estadístico estas diferencias no son significativas.

IV.1.3. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL CUESTIONARIO GOLDBERG-28 ÍTEMS.

A continuación se detallan los resultados obtenidos con este Cuestionario, que fue contestado por 34 pacientes del grupo de lesionados de mano y por 30 del grupo control.

Tabla 17: Medias y Desviaciones Típicas en el CUESTIONARIO GOLDBERG-28 ÍTEMS en los grupos muestrales y comparación estadística de las mismas.

ESCALAS GOLDBERG	L.MANO Media (D.T.)	L.M.INF. Media (D.T.)	G ^o SIG. (K - W)
PUNTUACIÓN TOTAL	2.79 (3.8)	1.8 (4.7)	0.005 (**)
ESCALA A	0.74 (1.4)	0.3 (0.9)	0.118
ESCALA B	1.03 (1.8)	0.73 (1.8)	0.115
ESCALA C	0.82 (1.1)	0.57 (1.5)	0.043 (*)
ESCALA D	0.18 (0.4)	0.23 (0.7)	0.647

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Como se observa en la Tabla 17 el grupo de lesionados de mano obtuvo puntuaciones medias superiores tanto en lo que respecta a la puntuación total del cuestionario, como a las escalas A (Síntomas psicósomáticos), B (Angustia/Ansiedad) y C (Disfunción social). En la escala D (Depresión) el grupo de lesionados de extremidad inferior puntuó ligeramente más alto que el grupo de mano.

Las comparaciones estadísticas de las puntuaciones medias, realizadas a través del Análisis de Varianza Kruskal-Wallis, puso de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente

significativas entre los grupos en la puntuación total y en la escala C.

En la siguiente tabla se muestra la distribución de los grupos muestrales en función del punto de corte o umbral patológico del Cuestionario, teniendo en cuenta que una puntuación total igual o superior a 6 es indicadora de la existencia de un probable trastorno psíquico.

Tabla 18: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la CLASIFICACIÓN PATOLÓGICA DEL GOLDBERG-28 ÍTEMS en los grupos muestrales.

CLASIFICACIÓN PATOLÓGICA	LESIONES DE MANO	LESIONES MIEM. INF.	TOTAL
PROBABLE NORMAL	28 (82.4)	27 (90)	55 (85.9)
PROBABLE TRASTORNO PSÍQUICO	6 (17.6)	3 (10)	9 (14.1)

Ch²: Fisher; p = 0.305

Como se observa en la Tabla 18, el número de casos que se sitúa por encima del umbral patológico oscila entre el 10 y el 18%, siendo el porcentaje superior en el grupo de pacientes lesionados de mano; no obstante, esta variable no estableció diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Del total de casos que superaron el umbral en el grupo de lesionados de mano, en cuatro de ellos la mayor puntuación la obtuvieron en la escala de "Angustia/Ansiedad", en otro caso en la de "Síntomas psicósomáticos" y en otro en el de "Disfunción social".

En el grupo de pacientes lesionados de extremidad inferior, los dos casos que sobrepasaron el punto de corte obtuvieron mayor puntuación en la escala de "Angustia/Ansiedad".

**IV.2. COMPARACIÓN DE LOS GRUPOS
MUESTRALES CON LA POBLACIÓN**

En la tabla que aparece a continuación se muestran las comparaciones entre las medias obtenidas en los diferentes factores del 16 PF por el grupo de lesiones de mano y las correspondientes a la población. Dichas comparaciones se llevaron a cabo a través de la prueba T de Student para una muestra.

Tabla 19: Comparación de las Medias en los FACTORES DEL 16 PF del GRUPO DE LESIONADOS DE MANO con las medias poblacionales.

FACTORES 16 PF	L.MANO Media	POBLACIÓN Media	T-Test	G ^o SIG.
A	5.38	5.5	-0.52	0.604
B	4.96	5.5	-2.23	0.031 (*)
C	5.28	5.5	-0.70	0.486
E	5.64	5.5	0.54	0.595
F	5.88	5.5	1.34	0.187
G	4.84	5.5	-2.33	0.024 (*)
H	5.72	5.5	0.86	0.394
I	5.22	5.5	-1.14	0.261
L	6.02	5.5	2.05	0.045 (*)
M	4.78	5.5	-2.57	0.013 (*)
N	5.64	5.5	0.48	0.636
O	6.28	5.5	3.11	0.003 (**)
Q1	5.16	5.5	-1.31	0.196
Q2	6.12	5.5	2.25	0.029 (*)
Q3	5.24	5.5	-0.9	0.371
Q4	6.06	5.5	2.12	0.039 (*)
QI	6.84	5.5	5.71	0.0001 (***)
QII	5.67	5.5	0.66	0.512
QIII	5.54	5.5	0.11	0.913
QIV	4.47	5.5	-4.23	0.0001 (***)

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

De acuerdo con la Tabla 19, el grupo de pacientes con lesiones de mano obtuvo puntuaciones medias significativamente superiores a las de la población en los factores L (Alaxia-Protensión), O (Adecuación imperturbable-Tendencia a la culpabilidad), Q2 (Adhesión al grupo-Autosuficiencia), Q4 (Poca-Mucha tensión energética) y QI (Ajuste-Ansiedad).

Por otra parte, este grupo obtuvo medias significativamente inferiores a las de la población en los factores B (Inteligencia Baja-Alta), G (Poca-Mucha fuerza del superego), M (Praxernia-Autia) y QIV (Dependencia-Independencia).

En el resto de las escalas y factores las diferencias entre las medias no alcanzaron el nivel de la significación estadística.

Las comparaciones entre las medias obtenidas en el 16 PF por del grupo de pacientes lesionados de mano y las medias poblacionales se reflejan en la Tabla 21, que se expone a continuación.

Tras la Tabla 20, se muestran las Gráficas 1 y 2 donde se reflejan los perfiles del 16 PF del grupo de lesiones de mano y del grupo control, respectivamente.

Tabla 20: Comparaciones de las Medias en los FACTORES DEL 16 PF del GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR con las medias poblacionales.

FACTORES 16 PF	L.M. INF. Media	POBLACIÓN Media	T-Test	G ² SIG.
A	4.90	5.5	-1.97	0.058
B	5.27	5.5	-0.61	0.544
C	5.20	5.5	-0.77	0.445
E	5.13	5.5	-1.05	0.301
F	4.40	5.5	-3.13	0.004 (**)
G	5.10	5.5	-1.13	0.267
H	5.13	5.5	-0.88	0.387
I	5.17	5.5	-0.86	0.396
L	5.67	5.5	0.48	0.638
M	5.20	5.5	-0.85	0.403
N	6.43	5.5	2.22	0.034 (*)
O	5.17	5.5	-0.88	0.389
Q1	4.90	5.5	-1.56	0.130
Q2	6.47	5.5	2.45	0.021 (*)
Q3	5.50	5.5	0	1
Q4	5.90	5.5	1.10	0.280
QI	6.40	5.5	2.66	0.013 (*)
QII	4.62	5.5	-2.60	0.014 (*)
QIII	6.66	5.5	3.47	0.002 (**)
QIV	4.53	5.5	-2.22	0.034 (*)

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

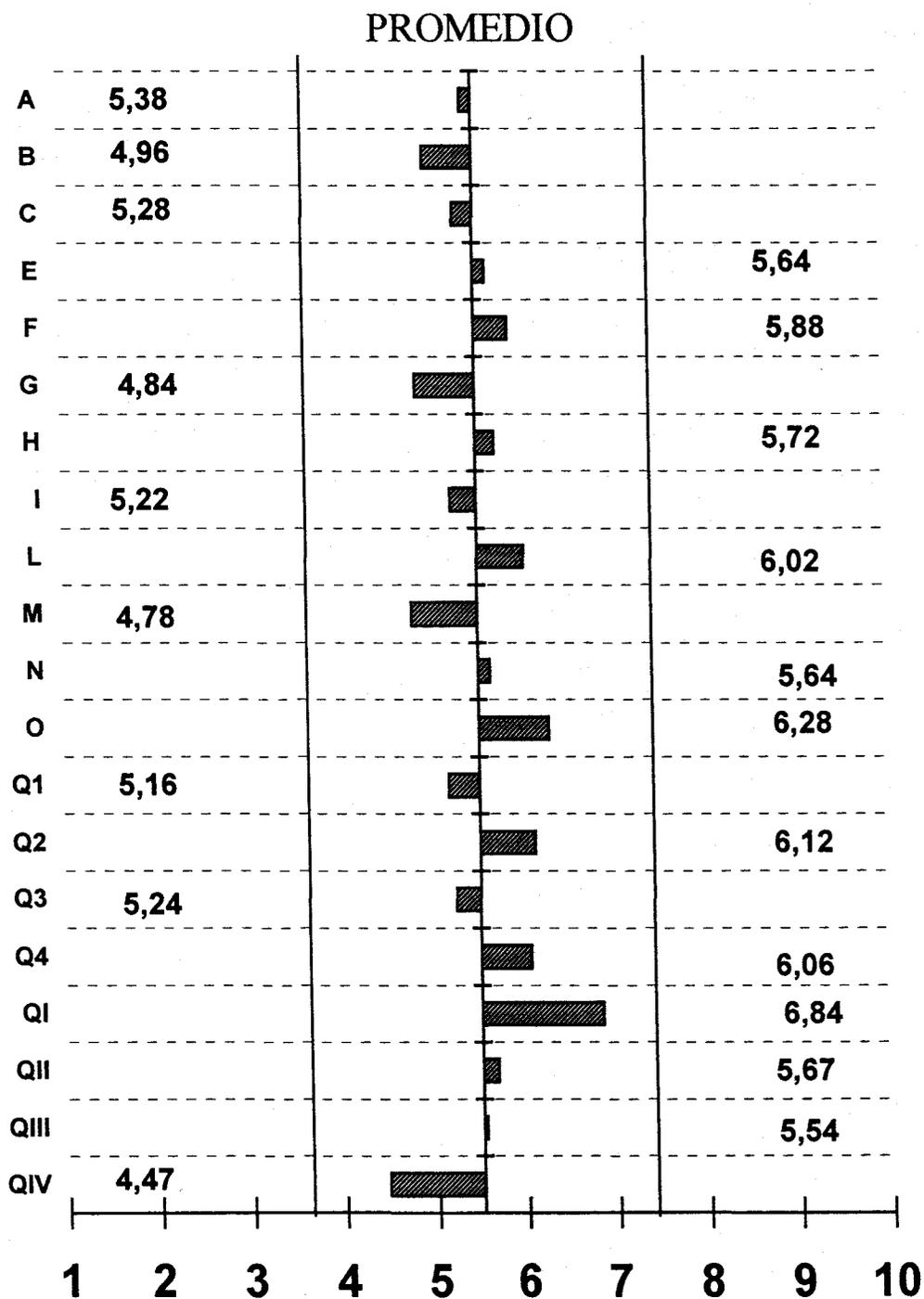
Como podemos observar en la Tabla 20 los pacientes con lesiones de extremidad inferior puntuaron significativamente más alto que la población de referencia en los factores N (Sencillez-

Astucia), Q2 (Adhesión al grupo-Autosuficiencia), QI (Ajuste-Ansiedad) y QIII (Poca-Mucha socialización controlada).

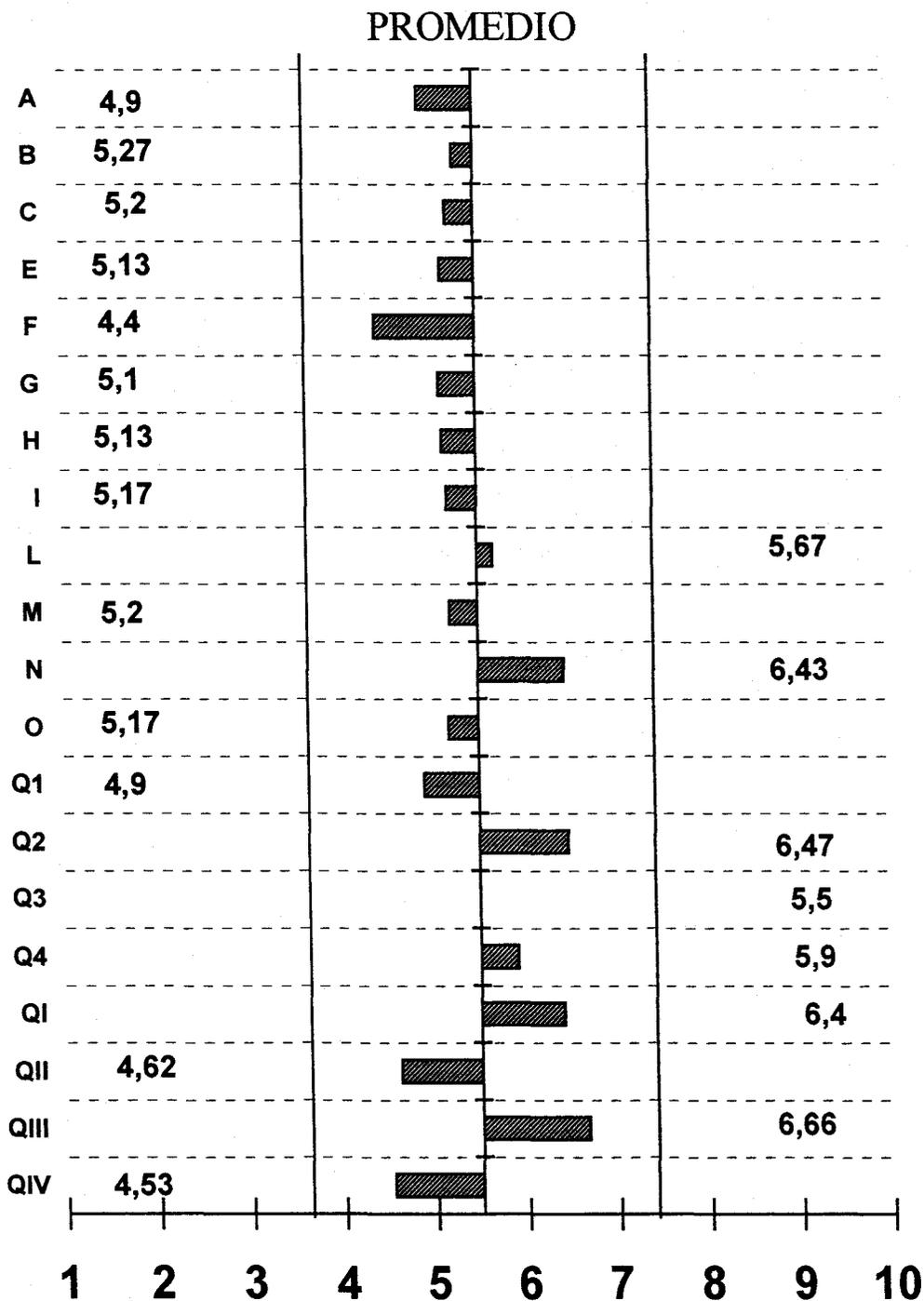
Asimismo obtuvieron puntuaciones medias significativamente inferiores en las escalas F (Desurgencia-Surgencia), y QII (Introversión-Extraversión) y QIV (Dependencia-Independencia).

A continuación se exponen los perfiles de los dos grupos muestrales, elaborados con las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los factores del Cuestionario.

Gráfica 1: Perfil del grupo de lesiones de mano en el Cuestionario 16 PF.



Gráfica 2: Perfil del grupo de lesiones de extremidad inferior en el Cuestionario 16 PF.



En la siguiente tabla se muestran los resultados de la comparación de las distribuciones de frecuencias en los niveles de los factores del 16 PF entre los grupos muestrales y la población de referencia.

Tabla 21: Comparación de las distribuciones según los NIVELES EN LOS FACTORES DEL 16 PF con las distribuciones poblacionales.

FACTORES 16 PF	LESIÓN MANO		LESIÓN M. INF.	
	CH ²	G ^o SIG.	CH ²	G ^o SIG.
A	10.1	0.0063 (**)	7.2	0.0266 (*)
B	20.5	0.0001 (***)	5.2	0.0724
C	0.4	0.8395	2.2	0.3247
E	28.1	0.0001 (***)	5.6	0.0613
F	8.9	0.0117 (*)	6.9	0.0315 (*)
G	21.6	0.0001 (***)	17.2	0.0002 (***)
H	6.7	0.0342 (*)	7.5	0.0235 (*)
I	21.3	0.0001 (***)	2.2	0.3247
L	12.1	0.0023 (**)	3.5	0.1738
M	10.5	0.0052 (**)	16.9	0.0002 (***)
N	3.3	0.1873	2.2	0.3247
O	22.9	0.0001 (***)	4	0.1353
Q1	8.9	0.0117 (*)	6	0.0498 (*)
Q2	15	0.0006 (***)	17.2	0.0002 (***)
Q3	21.1	0.0001 (***)	3.5	0.1738
Q4	8.1	0.0170 (*)	13.6	0.0011 (**)
QI	21.7	0.0001 (***)	13.5	0.0012 (**)
QII	12.9	0.0016 (**)	7.2	0.0266 (*)
QIII	3.1	0.2070	10.7	0.0048 (**)
QIV	20.1	0.0001 (***)	3.6	0.1667

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

La comparación de las distribuciones entre cada uno de los grupos muestrales y la población, al igual que cuando se compararon ambos grupos muestrales, se realizó teniendo en cuenta tres niveles: desviación-baja, nivel medio y desviación-alta.

Las frecuencias esperadas, según la distribución poblacional, son de un 40% de casos para el nivel desviación hacia el polo inferior, de un 20% para el nivel promedio o medio y de un 40% para el nivel de desviación-alta. Estas comparaciones se llevaron a cabo a través de la prueba estadística Chi Cuadrado para una muestra.

Como se observa en las Tablas 12a a 12e, existe una alta tendencia en ambos grupos a puntuar niveles promedios en las prácticamente todas las escalas y factores de segundo orden del Cuestionario analizado.

En el grupo de pacientes lesionados de mano, las diferencias significativas puestas de manifiesto en la Tabla 21, se deben en el caso de los factores A, B, E, F, G, H, I, L, Q1, Q2, Q3 y QII al elevado porcentaje de individuos que se situaron en el nivel promedio, el cual osciló entre el 40 y el 50%. En los demás factores que establecieron diferencias significativas, además de la tendencia a situarse en el promedio, hubo un porcentaje superior al esperado en los niveles de desviación, o bien baja (M, QI y QIV) o bien alta (O y Q4).

En el caso de los pacientes con lesiones de miembro inferior, las diferencias en las distribuciones de los factores del 16 PF con la población de referencia (Tabla 21) se deben, en el caso de las escalas G, H, M y Q2 al elevado porcentaje de sujetos que puntuaron en los niveles promedio; en los factores A, F, Q1, QI, QII y QIV, además de la tendencia al promedio hubo una alta incidencia de pacientes -superior a lo esperado, según la población- que se desviaron hacia el polo representativo de las puntuaciones bajas. Por último, en los factores Q4 y QIII los mayores porcentajes se acumularon en el nivel medio y en el nivel de desviación hacia el polo de las puntuaciones altas (ver Tablas 12a a 12e).

IV.3. COMPARACIONES INTRAGRUPPO

IV.3.1. GRUPO DE LESIONADOS DE MANO.

Las comparaciones intragrupo se realizaron con la puntuación total en el Cuestionario Goldberg-28 Ítems y con la puntuación en la escala C del 16 PF, atendiendo a los diferentes niveles de las variables sociodemográficas y los de las variables relacionadas con la actividad laboral y la lesión.

IV.3.1.1. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA PUNTUACIÓN TOTAL DEL CUESTIONARIO GOLDBERG-28 ÍTEMS.

Tabla 22: Comparación de las medias del Goldberg-28 ítems obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS en el grupo de lesionados de mano.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		nº suj	L.MANO Media (D.T.)	Gº SIG. (K-W)
ESTADO CIVIL	SOLTERO	21	3.05 (0.98)	0.833
	CASADO	12	2.5 (0.7)	
PROFESIÓN	FUNC., ADMINISTR.	4	3.5 (1.7)	0.107
	OBROS, OPERARIOS	21	2.19 (0.7)	
	MILITARES, POLICÍAS	2	2 (2)	
	ESTUDIANTES	6	5 (2.6)	
NIVEL DE ESTUDIOS	SIN ESTUDIOS	2	0.5 (0.5)	0.107
	PRIMARIOS	19	2.79 (1)	
	MEDIOS	10	3.6 (1)	
	SUPERIORES	2	2 (2)	
ESTATUS SOCIO-ECONÓMICO	MEDIO-ALTO	4	6 (2.7)	0.827
	MEDIO	20	2.7 (0.9)	
	MEDIO-BAJO	9	1.77 (0.7)	

(En la columna "nº suj." se especifica el número de pacientes de cada categoría que contestó al Cuestionario)

Según la Tabla 22, respecto al estado civil, fueron los pacientes solteros los que obtuvieron una puntuación media superior en el Cuestionario Goldberg-28 Ítems, en comparación con los casados; no obstante, como se expresa en la misma tabla, las diferencias entre estos dos subgrupos no alcanzaron la significación estadística.

Los estudiantes, seguidos de aquellos cuya profesión era funcionario o administrativo puntuaron más alto en este cuestionario, en comparación con pacientes con otras profesiones. La comparación estadística de las puntuaciones medias no pudo llevarse a cabo debido a que la mayor parte de los sujetos se acumulaban en la categoría de obreros y operarios.

En relación al nivel de estudios, la mayor puntuación media la obtuvieron los pacientes con nivel medio, la cual fue de 3.6. Sólo realizamos la comparación entre los sujetos con estudios primarios y los que tenían estudios medios, ya que las demás categorías de la variable estaban representadas por muy pocos sujetos. La comparación realizada demostró que las diferencias entre los dos subgrupos no eran estadísticamente significativas.

Por último, aquellos lesionados de mano con nivel socioeconómico medio-alto, puntuaron más alto en el cuestionario, seguidos de los que tenían nivel medio. La comparación se realizó sólo entre los sujetos de los niveles medio y medio-bajo, no encontrando diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 23: Comparación de las medias del Goldberg-28 ítems obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN en el grupo de lesionados de mano.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN		nº suj	L.MANO Media (D.T.)	Gº SIG. (K-W)
RELACIÓN CON LA LESIÓN	ACCIDENTE LABORAL	22	2.95 (0.9)	0.755
	ACCID. NO LABORAL	11	2.63 (0.9)	
ACCIDENTA- -LIDAD PREVIA	NO	23	2.65 (4)	0.575
	SÍ	10	3.3 (3.7)	
CAMBIOS LABORALES	NO	18	2.67 (0.8)	0.393
	SÍ	10	4.2 (1.5)	
MANO LESIONADA	DOMINANTE	18	3.27 (1.1)	0.819
	NO DOMINANTE	16	2.25 (0.7)	
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	GRAVE - MUY GRAVE	14	3.07 (1.1)	0.834
	MENOS GRAVE - LEVE	19	2.68 (0.8)	

Como se puede observar en la tabla precedente, los pacientes que sufrieron el accidente de la mano en el ambiente laboral obtuvieron una puntuación media ligeramente superior en el Cuestionario Goldberg, en comparación a los que tuvieron un accidente no laboral. Lo mismo puede decirse del subgrupo de pacientes que presentaban accidentalidad previa, en comparación con aquellos que no habían sufrido ningún accidente.

De otra parte, el subgrupo que había tenido uno o más cambios de trabajo en el pasado presentó una puntuación media superior en el mencionado cuestionario, al grupo que no había tenido cambios laborales.

En último lugar, los pacientes con la mano dominante accidentada y los que tenían lesiones graves o muy graves también obtuvieron puntuaciones medias superiores en comparación con los que tenían, respectivamente, lesionada la mano no dominante o tenían lesiones menos graves o leves.

En ningún caso, las diferencias comentadas alcanzaron el nivel de significación estadística.

IV.3.1.1. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA PUNTUACIÓN DE LA ESCALA C DEL CUESTIONARIO 16 PF.

A continuación se ofrecen los resultados procedentes de las comparaciones intragrupo con la Escala C del 16 PF. En este caso, como todos los pacientes contestaron al Cuestionario 16 PF, el número de sujetos que componen cada subgrupo corresponde a la distribución de cada una de las variables según fueron analizadas en el apartado IV.1.

Tabla 24: Comparación de las medias de la Escala C del 16 PF obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS en el grupo de lesionados de mano.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		L.MANO Media (D.T.)	G° SIG. (K-W)
ESTADO CIVIL	SOLTERO	5.3 (2.4)	0.813
	CASADO	5.1 (1.7)	
PROFESIÓN	FUNC., ADMINISTR.	4.4 (2.1)	0.975
	OBREROS, OPERARIOS	5.5 (2.3)	
	ESTUDIANTES	5.3 (2.4)	
	MILITARES, POLICÍAS	4.5 (0.7)	
NIVEL DE ESTUDIOS	SIN ESTUDIOS	4 (1.4)	0.893
	PRIMARIOS	5.3 (2.5)	
	MEDIOS	5.4 (2.1)	
	SUPERIORES	5.5 (1.3)	
ESTATUS SOCIO-ECONÓMICO	MEDIO-ALTO	6.3 (2.2)	0.937
	MEDIO	5.1 (2.1)	
	MEDIO-BAJO	5.2 (2.6)	

Las puntuaciones medias más bajas en la Escala C (tendientes al polo de poca fuerza del ego o poca estabilidad emocional) las obtuvieron los pacientes casados, en comparación con los solteros; no resultando las diferencias estadísticamente significativas.

Según el tipo de profesión, fueron los funcionarios o administrativos y los policías o militares los que puntuaron más bajo en esta Escala. La comparación estadística se realizó entre los subgrupos de obreros/operarios y los estudiantes (debido al escaso número de individuos en las demás categorías). Esta comparación señaló la no existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las dos puntuaciones medias correspondientes.

Por otro lado, se observa una elevación en la puntuación media de la Escala a medida que aumenta el nivel de estudios de los pacientes con lesiones de mano. La comparación sólo se realizó entre los grupos de estudios primarios y medios, sin que se pusieran de manifiesto diferencias estadísticas.

Respecto al nivel socioeconómico, son los pacientes de estatus medio los que puntuaron más bajo en la escala analizada. Al comparar las puntuaciones medias de los subgrupos de estatus medio y medio-bajo, se demostró que no había diferencias estadísticamente significativas entre las mismas.

Tabla 25: Comparación de las medias de la Escala C del 16 PF obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN en el grupo de lesionados de mano.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN		L.MANO Media (D.T.)	G ² SIG. (K-W)
RELACIÓN CON LA LESIÓN	ACCIDENTE LABORAL	5.2 (2.4)	0.501
	ACCID. NO LABORAL	5.5 (2)	
ACCIDENTA- -LIDAD PREVIA	NO	5 (2.2)	0.328
	SÍ	5.7 (2.2)	
CAMBIOS LABORALES	NO	5 (2.2)	0.569
	SÍ	5.5 (2.1)	
MANO LESIONADA	DOMINANTE	5.3 (2.1)	0.783
	NO DOMINANTE	5.2 (2.4)	
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	GRAVE - MUY GRAVE	5.6 (2.1)	0.353
	MENOS GRAVE - LEVE	5.1 (2.3)	

Como se desprende de la Tabla 25, las puntuaciones medias más bajas en la Escala C las obtuvieron aquellos pacientes que habían sufrido el accidente en el ambiente de trabajo, aquellos que no habían tenido previamente un accidente y quienes no habían cambiado nunca de trabajo. Asimismo, respecto a las características de la lesión, el subgrupo que tenía lesionada la mano no dominante y el que tenía lesiones menos graves o leves obtuvieron una puntuación más baja en la escala analizada.

Las diferencias entre las medias de los diferentes subgrupos correspondientes a las variables consideradas no llegaron a alcanzar la significación estadística.

IV.3.2. GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR.

IV.3.2.1. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA PUNTUACIÓN TOTAL DEL CUESTIONARIO GOLDBERG-28 ÍTEMS.

Tabla 26: Puntuaciones medias del Goldberg-28 ítems obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS en el grupo de lesionados de miembro inferior.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		L.M. INF. Media (D.T.)
ESTADO CIVIL	SOLTERO	0.83 (0.4)
	CASADO	2.04 (1.1)
PROFESIÓN	FUNC., ADMINISTR.	2.4 (1.3)
	OBREROS, OPERARIOS	1.73 (1.1)
NIVEL DE ESTUDIOS	SIN ESTUDIOS	----
	PRIMARIOS	1.87 (1.1)
	MEDIOS	2.5 (0.5)
	SUPERIORES	3.5 (3.5)
ESTATUS SOCIO-ECONÓMICO	MEDIO-ALTO	3.5 (3.5)
	MEDIO	1.13 (0.86)
	MEDIO-BAJO	1.25 (0.48)

Los pacientes casados, frente a los solteros, y los funcionarios o administrativos, frente a los obreros u operarios obtuvieron puntuaciones medias superiores en el Cuestionario analizado. También se observa que a medida que aumenta el nivel cultural se incrementa la puntuación media obtenida en el Goldberg.

Respecto al estatus socioeconómico y siguiendo con la Tabla 26, los pacientes con niveles medios-altos obtuvieron una puntuación media más elevada, mientras que aquellos con niveles medios o medios bajos obtuvieron medias bastante similares.

La comparación estadística de los diferentes subgrupos, no pudo llevarse a cabo debido a que la mayor parte de los sujetos se acumulaba en una sola categoría de las variables, quedando el resto de las categorías representadas por muy pocos sujetos (ver Tablas 3, 4, 5 y 6).

Tabla 27: Comparación de las medias del Goldberg-28 ítems obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN en el grupo de lesionados de miembro inferior.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN		L.M.INF. Media (D.T.)	G ^o SIG. (K-W)
ACCIDENTA- -LIDAD PREVIA	NO	0.87 (1.8)	0.918
	SÍ	2.93 (6.6)	
CAMBIOS LABORALES	NO	2.18 (1.7)	0.632
	SÍ	1.6 (1)	
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	GRAVE - MUY GRAVE	2.55 (1.4)	0.229
	MENOS GRAVE - LEVE	0.75 (0.6)	

Según la tabla anterior los pacientes lesionados de extremidad inferior que no habían sufrido previamente ningún accidente y aquellos que no habían cambiado nunca de trabajo obtuvieron una puntuación media superior en el Cuestionario Goldberg, en comparación con los que sí se habían accidentado y los que sí habían cambiado de trabajo, respectivamente. La comparación estadística de las puntuaciones medias de estos subgrupos demostró que las diferencias no eran significativas.

Aunque tampoco hubo diferencias estadísticas entre los subgrupos correspondientes a los niveles de gravedad de la lesión, cabe destacar que los pacientes con lesiones graves o muy graves obtuvieron una puntuación media superior, en comparación con los de lesiones más leves.

La relación de la lesión con la actividad laboral no fue analizada, debido a que todos los pacientes de este grupo, menos uno, habían sufrido la lesión en el lugar de trabajo.

IV.3.2.2. RESULTADOS OBTENIDOS CON LA PUNTUACIÓN DE LA ESCALA C DEL CUESTIONARIO 16 PF.

Tabla 28: Puntuaciones medias de la Escala C del 16 PF obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS en el grupo de lesionados de miembro inferior.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS		L.M.INF. Media (D.T.)
ESTADO CIVIL	SOLTERO	4.8 (2.8)
	CASADO	5.3 (2)
PROFESIÓN	FUNC., ADMINISTR.	5.6 (1.9)
	OBREROS, OPERARIOS	5.4 (1.9)
NIVEL DE ESTUDIOS	SIN ESTUDIOS	5.3 (1.5)
	PRIMARIOS	5 (2.3)
	MEDIOS	6 (1.4)
	SUPERIORES	6.5 (2.1)
ESTATUS SOCIO-ECONÓMICO	MEDIO-ALTO	6.5 (2.1)
	MEDIO	5.2 (1.7)
	MEDIO-BAJO	4.7 (3.8)

Destacamos de la Tabla 28 las diferencias entre las medias de los subgrupos correspondientes al estado civil, donde los pacientes solteros obtuvieron una puntuación inferior.

Respecto a la puntuación en la Escala según la profesión de los pacientes, es de señalar la similitud entre las puntuaciones medias obtenidas.

Por otro lado, la puntuación media en esta Escala fue superior en pacientes con estudios medios y superiores, en comparación con aquellos que tenían estudios primarios o no

tenían estudios formalizados.

En relación al estatus socioeconómico, se observó que a medida que nivel aumentaba también lo hacía la puntuación media obtenida en la Escala.

Las comparaciones estadísticas correspondientes a estas variables comentadas no pudo llevarse a cabo, por falta de representación de sujetos en las categorías.

Tabla 29: Comparación de las medias de la Escala C del 16 PF obtenidas por los subgrupos correspondientes a los diferentes niveles de las VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN en el grupo de lesionados de miembro inferior.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA LESIÓN		L.M.INF. Media (D.T.)	G ^o SIG. (K-W)
ACCIDENTA- -LIDAD PREVIA	NO	5.7 (1.8)	0.230
	SÍ	4.6 (2.4)	
CAMBIOS LABORALES	NO	5 (2.5)	0.695
	SÍ	5.3 (1.9)	
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	GRAVE - MUY GRAVE	5 (1.9)	0.732
	MENOS GRAVE - LEVE	5.5 (2.4)	

Según la Tabla 29, los pacientes que habían tenido anteriormente a la lesión actual algún accidente, puntuaron más bajo en la Escala C del 16 PF, en comparación con aquellos sin accidentalidad previa. Como refleja el grado de significación asociada al estadístico del Análisis de Varianza Kruskal-Wallis, las diferencias entre estas puntuaciones medias no tienen valor de significación estadística.

Asimismo, la media de la puntuación esta Escala fue algo superior en el subgrupo de pacientes lesionados de extremidad inferior que habían tenido antes del accidente uno o más cambios laborales, en comparación con los que nunca habían cambiado de trabajo. Estas diferencias no alcanzaron el valor de la significación estadística.

Por último, los pacientes con lesiones más graves también obtuvieron una puntuación inferior en esta escala, al compararla con la de los pacientes con lesiones más leves. En este caso, las diferencias tampoco resultaron ser estadísticamente significativas.

IV.4. ANÁLISIS CORRELACIONALES

IV.4.1. GRUPO DE LESIONADOS DE MANO.

Los resultados de los análisis correlacionales realizados en este grupo se reflejan en las Tablas 30a, 30b y 31. En la primera de ellas se expresan las correlaciones, realizadas con el método de Spearman, entre las variables del Cuestionario de Goldberg (Escala A, B, C, y D, y puntuación total) y la Escala C del 16 PF con el Índice de Sucesos Vitales de la Escala de Acontecimientos Vitales, la edad y la antigüedad laboral.

Tabla 30a: Correlaciones de Spearman en el grupo de lesionados de mano.

Coefic./ G° Sig.	ESCALA A GOLDBERG	ESCALA B GOLDBERG	ESCALA C GOLDBERG	ESCALA D GOLDBERG	PUNT.TOT. GOLDBERG	ESC. C 16 PF
I.S.V.	0.22 0.218	-0.07 0.667	0.15 0.395	0.14 0.419	0.15 0.411	0.04 0.780
EDAD	-0.05 0.712	0.11 0.530	0.08 0.662	-0.27 0.114	-0.02 0.882	-0.19 0.188
ANTIGÜE- -DAD	-0.22 0.150	-0.13 0.507	-0.03 0.867	-0.29 0.126	0.26 0.175	-0.31 0.039 *

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Como observamos en la tabla anterior, tan solo la correlación de la puntuación en la Escala C del 16 PF con la antigüedad laboral, resultó ser estadísticamente significativa al nivel del 5%. Ambas variables varían conjuntamente en sentido inverso, a medida que aumento el valor de una, disminuye el valor de la otra.

Tabla 30b: Correlaciones de Spearman en el grupo de lesionados de mano.

Coefic./ G ² Sig.	ESCALA A GOLDBERG	ESCALA B GOLDBERG	ESCALA C GOLDBERG	ESCALA G GOLDBERG	PUNT.TOT. GOLDBERG
ESC.A 16 PF	0.37 0.029 *	0.23 0.182	0.33 0.059	0.23 0.197	0.31 0.074
ESC.B 16 PF	0.11 0.523	-0.01 0.949	0.21 0.223	-0.19 0.278	0.06 0.719
ESC.C 16 PF	-0.42 0.013 *	-0.37 0.030 *	-0.19 0.271	-0.01 0.549	-0.37 0.032 *
ESC.E 16 PF	0.03 0.838	0.45 0.007 **	0.17 0.334	0.04 0.802	0.39 0.023 *
ESC.F 16 PF	-0.19 0.283	-0.21 0.219	0.21 0.231	-0.04 0.821	-0.01 0.937
ESC.G 16 PF	-0.07 0.674	-0.07 0.684	-0.08 0.631	0.02 0.894	-0.12 0.476
ESC.H 16 PF	-0.13 0.471	0.004 0.981	0.02 0.884	0.13 0.468	0.02 0.894
ESC.I 16 PF	-0.25 0.159	-0.36 0.037 *	-0.21 0.243	0.001 0.999	-0.38 0.028 *
ESC.L 16 PF	-0.17 0.345	-0.04 0.837	-0.05 0.781	-0.07 0.679	-0.007 0.968
ESC.M 16 PF	0.15 0.391	0.08 0.662	-0.04 0.805	0.09 0.622	0.06 0.715
ESC.N 16 PF	0.09 0.606	0.33 0.059	0.05 0.789	-0.21 0.224	0.05 0.792
ESC.O 16 PF	0.06 0.741	-0.15 0.401	-0.05 0.778	0.04 0.837	-0.15 0.379
ESC.Q1 16 PF	-0.02 0.907	0.08 0.662	0.07 0.699	0.03 0.881	0.14 0.423
ESC.Q2 16 PF	0.17 0.330	0.25 0.151	0.03 0.865	-0.06 0.715	0.26 0.131
ESC.Q3 16 PF	-0.36 0.038 *	-0.27 0.124	-0.32 0.062	0.01 0.933	-0.4 0.018
ESC.Q4 16 PF	0.28 0.108	0.12 0.500	0.03 0.876	0.14 0.426	0.25 0.146
FACT. QI 16 PF	0.34 0.049 *	0.11 0.516	0.1 0.558	0.06 0.750	0.19 0.269
FACT. QII 16 PF	-0.06 0.725	-0.02 0.898	0.17 0.316	0.15 0.378	0.03 0.843
FACT. QIII 16 PF	0.03 0.839	0.04 0.805	-0.07 0.673	-0.12 0.478	-0.15 0.400
FACT. QIV 16 PF	0.03 0.852	0.3 0.086	0.15 0.391	-0.09 0.607	0.28 0.107

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

En la Tabla 30b, anteriormente expuesta, se muestran las correlaciones -realizadas con el método de Spearman- entre las medidas del Cuestionario de Goldberg y los diferentes factores del 16 PF.

Como se desprende de la tabla, la Escala A del Goldberg (Síntomas somáticos) correlaciona de forma estadísticamente significativa con las puntuaciones en los factores A (Sizotimia-Afectotimia), C (Poca-Mucha fuerza del Ego), Q3 (Baja integración-Mucho control de la autoimagen) y Q1 (Ajuste-Ansiedad) del 16 PF; en el caso de los factores A y Q1 la relación es positiva y en los demás de carácter negativo.

Por otro lado, la Escala B del Goldberg (Angustia/Ansiedad) covaría negativamente de forma significativa con las Escalas C, E (Sumisión-Dominancia) e I (Harria-Prensia) del 16 PF. El sentido de la covariación es positivo en la correlación con el factor E y negativo con los factores C e I.

Por su parte, las Escalas C (Disfunción social) y D (Depresión) del Goldberg no correlacionaron con ninguno de los factores del 16 PF. Asimismo, la puntuación total en el Cuestionario Goldberg presenta correlaciones estadísticamente significativas con los mismos factores del 16 PF -similares, además, en valor y signo- que la Escala B del mismo cuestionario.

Tabla 31: Correlaciones de Pearson en el grupo de lesionados de mano.

CORRELACIONES CON LA ESCALA C DEL 16 PF							
ESC. A	0.11 0.449	ESC. G	0.02 0.893	ESC. N	0.09 0.519	ESC. Q4	-0.46 0.001 **
ESC. B	0.16 0.254	ESC. H	0.37 0.008 **	ESC. O	-0.34 0.015 *	FAC. QI	-0.77 0.0001***
ESC. C	1 ---	ESC. I	0.05 0.717	ESC. Q1	0.12 0.409	FAC. QII	-0.01 0.931
ESC. E	0.06 0.654	ESC. L	0.18 0.214	ESC. Q2	0.12 0.388	FAC. QIII	-0.01 0.932
ESC. F	0.28 0.050	ESC. M	0.11 0.458	ESC. Q3	0.35 0.011 *	FAC. QIV	0.28 0.047 *

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Como se observa en la Tabla anterior la Escala C del 16 PF establece covariaciones positivas significativas con las Escalas H (Trectia-Parmia), Q3 (Baja integración-Mucho control autoimagen) y Dimensión Motivacional. Las correlaciones de la Escala C con las Escalas O (Adecuación imperturbable-Tendencia a la culpabilidad) y Q4 (Poca-Mucha tensión energética) del 16 PF son negativas y de carácter estadísticamente significativo.

IV.4.2. GRUPO DE LESIONADOS DE MIEMBRO INFERIOR.

En la Tabla 32a, que se presenta en la siguiente página, se expresan las correlaciones, realizadas con el método de Spearman, entre las variables del Cuestionario de Goldberg (Escala A, B, C, y D, y puntuación total) y las diferentes escalas del 16 PF, el Índice de Sucesos Vitales de la Escala de Sucesos Vitales, la edad y la antigüedad laboral. Las correlaciones de la Escala C del 16 PF, con el resto de las escalas de este mismo cuestionario, con el Índice de Sucesos Vitales, la edad y la antigüedad laboral, se realizaron con el método de Pearson y los resultados se expresan en la Tabla 32b.

Como se observa en la Tabla 32a, tan solo la Escala B del Goldberg estableció alguna correlación significativa; ésta fue con la Escala complementaria Negación. La relación que establecen ambas variables es positiva y el valor de la covariación de 0.42.

Tabla 32a: Correlaciones de Spearman en el grupo de lesionados de miembro inferior.

Coefic./ G° Sig.	ESCALA A GOLDBERG	ESCALA B GOLDBERG	ESCALA C GOLDBERG	ESCALA D GOLDBERG	PUNT.TOT. GOLDBERG
I.S.V.	0.13 0.486	0.12 0.532	0.13 0.495	0.24 0.203	0.14 0.467
EDAD	-0.25 0.186	-0.13 0.480	-0.16 0.402	-0.09 0.617	-0.21 0.253
ANTIGÜE- -DAD	-0.13 0.509	-0.14 0.459	0.02 0.897	0.02 0.922	-0.07 0.722

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Tabla 32b: Correlaciones de Spearman en el grupo de lesionados de miembro inferior.

Coefic./ G° Sig.	ESCALA A GOLDBERG	ESCALA B GOLDBERG	ESCALA C GOLDBERG	ESCALA D GOLDBERG	PUNT.TOT.G OLDBERG
ESC.A 16 PF	0.1 0.595	0.12 0.505	0.03 0.878	-0.13 0.493	0.15 0.433
ESC.B 16 PF	-0.1 0.583	-0.16 0.387	-0.06 0.730	-0.28 0.127	-0.2 0.280
ESC.C 16 PF	-0.15 0.429	-0.29 0.115	-0.02 0.895	-0.21 0.258	-0.16 0.393
ESC.E 16 PF	0.09 0.632	-0.11 0.555	0.11 0.545	0.14 0.455	0.08 0.665
ESC.F 16 PF	0.13 0.502	-0.14 0.468	0.06 0.728	0.09 0.610	0.01 0.930
ESC.G 16 PF	-0.07 0.716	-0.09 0.611	0.17 0.365	-0.18 0.341	-0.01 0.971
ESC.H 16 PF	0.12 0.516	-0.06 0.746	0.25 0.180	-0.04 0.821	0.09 0.649
ESC.I 16 PF	0.17 0.376	-0.14 0.471	0.03 0.853	0.08 0.686	-0.01 0.953
ESC.L 16 PF	-0.004 0.952	-0.3 0.103	-0.16 0.383	0.04 0.812	-0.19 0.305
ESC.M 16 PF	0.34 0.066	0.25 0.177	0.23 0.224	0.14 0.464	0.2 0.293
ESC.N 16 PF	0.12 0.531	-0.16 0.387	0.04 0.823	-0.01 0.960	-0.12 0.534
ESC.O 16 PF	0.21 0.249	0.02 0.931	0.04 0.811	0.19 0.319	-0.07 0.714
ESC.Q1 16 PF	0.01 0.969	-0.44 0.014 *	-0.02 0.882	-0.15 0.432	-0.26 0.222
ESC.Q2 16 PF	-0.05 0.781	-0.22 0.230	-0.22 0.232	-0.11 0.574	-0.23 0.222
ESC.Q3 16 PF	0.1 0.594	0.01 0.955	0.31 0.091	0.14 0.444	0.14 0.441
ESC.Q4 16 PF	0.26 0.162	0.1 0.592	0.05 0.796	0.22 0.235	0.06 0.732
FAC. QI 16 PF	0.12 0.505	0.03 0.879	-0.1 0.582	0.16 0.405	-0.07 0.705
FAC. QII 16 PF	0.22 0.239	0.01 0.961	0.28 0.134	0.08 0.668	0.22 0.239
FAC. QIII 16 PF	-0.05 0.766	-0.08 0.679	0.1 0.581	-0.14 0.453	-0.09 0.618
FAC. QIV 16 PF	-0.05 0.781	-0.34 0.062	-0.09 0.625	-0.2 0.281	-0.18 0.329

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Tabla 33: Correlaciones de Pearson en el grupo de lesionados de miembro inferior.

CORRELACIONES CON LA ESCALA C DEL 16 PF							
ESC. A	0.34 0.061	ESC. H	0.55 0.001 **	ESC. Q1	0.28 0.131	FAC. QIII	0.54 0.002 **
ESC. B	0.48 0.006 **	ESC. I	0.19 0.310	ESC. Q2	0.29 0.124	FAC. QIV	0.51 0.004 **
ESC. C	1 ---	ESC. L	-0.09 0.625	ESC. Q3	0.46 0.010 *	I.S.V.	0.01 0.943
ESC. E	0.48 0.007 **	ESC. M	0.05 0.799	ESC. Q4	-0.18 0.333	EDAD	0.13 0.501
ESC. F	0.32 0.079	ESC. N	0.59 0.001 **	FAC. QI	-0.66 0.0001***	ANTI- GÜEDAD	0.02 0.902
ESC. G	0.53 0.002 **	ESC. O	-0.28 0.131	FAC. QII	0.33 0.071	LABO- RAL	

(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

En el grupo de pacientes lesionados de miembro inferior se establecieron correlaciones significativas de signo positivo entre la Escala C del 16 PF y las siguientes escalas del mismo Cuestionario: A (Sizotimia-Afectotimia), G (Poca-Mucha fuerza del Superego), H (Trectia-Parmia), N (Sencillez-Astucia) y Dimensión Motivacional.

Las covariaciones de la Escala C con las Escalas L (Alaxia-Protensión), O (Adecuación impertubable-Tendencia a la culpabilidad) y Q4 (Poca-Mucha tensión energética), todas del 16 PF, fueron de carácter negativo y el valor de la correlación estadísticamente significativo.

V. - DISCUSIÓN

Los estudios revisados se han centrado fundamentalmente en la labor de determinar los factores de riesgo asociados a la accidentabilidad, en general, y, en concreto, al riesgo de lesiones accidentales de mano. En este campo de estudio se ha concedido una especial importancia a las circunstancias y condiciones laborales y sus consecuencias sobre el individuo. Es de resaltar la falta de estudios que traten de la identificación de los factores de riesgo asociados a otros tipos de ambientes, como es el hogar.

Algunos autores (Knorr y Edgerton, 1.971; Millender, 1.992; Johnson, 1.993) a partir de su experiencia práctica, sugieren que los pacientes lesionados de mano manifiestan unas características de personalidad peculiares, que les lleva a tener una mayor propensión a este tipo de accidentes. No obstante, tan sólo hemos encontrado un trabajo (Chau, d'Houtaud, Gruber et al., 1.995) que se ocupe de este tema y, a pesar de ello, no se centra en la determinación de los rasgos de personalidad que caracterizan a estos pacientes, sino en el estudio de la autorrepresentación de la personalidad, es decir, en la percepción subjetiva que tienen los pacientes de su propia personalidad.

Lo anteriormente comentado, viene a poner de manifiesto que el estudio de las características de personalidad de los pacientes lesionados de mano, pese a ser un tema de interés, ha sido un ámbito de estudio al que, quizás, no se le haya prestado

la atención necesaria. Por este motivo, en su momento consideramos relevante plantearnos, como uno de los objetivos principales de nuestro trabajo, determinar si los pacientes con lesiones accidentales de mano se caracterizan por poseer un perfil de personalidad característico.

En relación al estudio de la influencia del estrés psicológico sobre la accidentabilidad de los individuos, cabe destacar que los diferentes trabajos (Hirschfeld y Behan, 1.966; Levenson, Hirschfeld y Hirschfeld, 1.980; Mackinnon y Novak, 1.997) coinciden en señalar que el aumento en el número de acontecimientos vitales experimentados se asocia a un incremento en el riesgo de accidentes. Sin embargo, los estudios comentados se refieren a pacientes con diferentes tipos de lesiones accidentales, siendo en la mayoría de los casos lesiones laborales. Nuestro interés sobre este tema ha recaído en determinar si los pacientes lesionados de mano presentan un mayor número de cambios vitales estresantes previos al accidente, en comparación con otro tipo de pacientes lesionados, lo cual se pudiera asociar a la ocurrencia de este tipo determinado de accidentes.

Por otra parte, la revisión de los estudios realizados (Knorr y Edgerton, 1.971; Lee, Ho, Tsang et al., 1.985; Grunert, Matloub, Sanger et al., 1.990; Grunert, Matloub, Sanger et al., 1.991; Gilbert, 1.996) pone de manifiesto la elevada incidencia de problemas de adaptación psicológica en los pacientes con lesiones accidentales de manos, los cuales se centran

fundamentalmente en la presencia de alteraciones de la imagen corporal y de sintomatología asociada al trastorno por estrés postraumático. Desde nuestro punto de vista, es necesario conocer si estas reacciones psicológicas se deben al hecho de haber sufrido una lesión accidental o si están motivadas por el hecho de que dicha lesión se haya sufrido concretamente en las manos; estos miembros, como ya analizamos, tienen especial importancia en el desarrollo de la imagen corporal, en el desempeño de la actividad cotidiana y como elemento de expresión en la comunicación no verbal.

Por último, el análisis de los estudios que se han centrado en la identificación de los factores incidentes en la adaptación psicológica de los pacientes lesionados de mano (Lee, Ho Tsang, et al., 1.985; Grunert, Smith, Devine et al., 1.988; Millender, 1.992; Grunert, Hargarten, Matloub et al., 1.992; etc.), nos lleva a la conclusión de que dichos factores pueden ser de diversa naturaleza (relacionados con la actividad laboral, con las características de la lesión, con la personalidad del individuo) y que pueden interactuar entre sí.

Respecto al tema concreto de la influencia de las características de personalidad sobre la adaptación psicológica a la lesión de mano, consideramos que los estudios han sido muy escasos e insuficientes, por lo que pretendemos con el presente trabajo contribuir, en la medida de lo posible, al conocimiento del mismo.

También estudiamos el efecto que tienen sobre la adaptación psicológica otras variables como el nivel de estrés psicológico previo a la lesión, las características sociodemográficas del paciente, las características de la lesión y de la actividad laboral; con lo cual nos proponemos profundizar en el entendimiento de las reacciones psicológicas que experimentan estos pacientes.

Para llevar a efecto nuestros objetivos de investigación optamos por un diseño comparativo, donde se incluyeron dos muestras de pacientes con lesiones accidentales; en una de ellas, que era el grupo principal del estudio, las lesiones se habían producido en las manos. Los pacientes del segundo grupo muestral, o grupo control, sufrían lesiones en las extremidades inferiores.

En todos los casos los pacientes habían sufrido la lesión a causa de un accidente traumático; de esta forma, controlamos el hecho de que las lesiones no fueran producidas por una enfermedad física ni estuvieran directamente asociadas a un fenómeno de psicopatización.

La elección del grupo de pacientes con lesiones de miembro inferior se debe a que, de este modo, podíamos controlar el efecto de haber sufrido una lesión accidental y analizar los factores asociados de la localización concreta de la lesión.

La consideración de 30 pacientes en cada grupo, nos permitió posteriormente la utilización de pruebas estadísticas paramétricas para el tratamiento de los datos, salvo que no se

cumplieran otros requisitos paramétricos.

En relación a los criterios comunes utilizados en la selección de los pacientes de ambos grupos, mencionar que fueron así establecidos por diversos motivos. Por un lado, respecto al sexo, se tomaron únicamente a los pacientes varones con el fin de controlar el efecto de esta variable, manteniendo constante su valor.

Respecto a la edad, se tuvieron en cuenta los límites considerados para la adultez; de este modo, podíamos controlar el efecto de otras variables contaminantes asociadas a la edad (por ejemplo: fallos perceptivo-motores asociados al envejecimiento).

Por lo que respecta al nivel cultural, debido a que así lo exigían los diferentes cuestionarios utilizados, seleccionamos aquellos pacientes que tuvieran como mínimo un nivel cultural que les permitiese contestar a las diversas pruebas de la batería psicológica de forma autoaplicada. La inclusión de personas analfabetas en el estudio, aunque se hubiera traducido en un aumento de la validez externa del mismo, también creemos que hubiera afectado negativamente a la validez de los datos, ya que para evaluar a estas personas habría sido necesario leerles las preguntas y anotar sus contestaciones, lo cual podía incidir en las respuesta emitidas.

La exclusión del estudio de aquellos pacientes que en el momento de la entrevista estuvieran en tratamiento psicológico o psiquiátrico, hizo posible que controlásemos el efecto que la ayuda profesional especializada tuviera sobre la expresión y la intensidad de sus reacciones emocionales y afectivas. Asimismo, la consideración de que los pacientes no estuvieran en el momento de la entrevista bajo el efecto de medicación psicoactiva, se debe al efecto que pudiera tener esta circunstancia sobre la emisión de las respuestas.

Respecto a los criterios de inclusión utilizados para asignar a los pacientes a cada grupo, tuvimos en consideración que la lesión (bien de mano o bien de extremidad inferior) requiriera el ingreso del paciente en el hospital, con el fin de controlar, por un lado, el nivel mínimo de la gravedad de la lesión y, por otro, el efecto que pueda tener la hospitalización sobre la reacción psicológica del enfermo. Los tipos de lesiones con los que seleccionamos a los pacientes de ambos grupos (heridas cutáneas complejas, lesiones tendinosas, lesiones nerviosas, etc.), nos garantizaba que las mismas fueran de cierta gravedad.

Por último, al seleccionar sólo a aquellos pacientes que llevaban con la lesión menos de un mes y más de siete días, podíamos controlar, en buena medida, el efecto que tiene el transcurso del tiempo sobre la adaptación psicológica del paciente, evitando, asimismo, el malestar físico que pudiera sufrir durante los primeros días. Con esto último, conseguíamos

que las condiciones para la evaluación fueran lo más óptimas posibles.

Respecto al procedimiento de aplicación de la batería de pruebas, tratamos de que en los dos grupos muestrales fuera lo más similar posible, para ello en todos los casos se realizó la evaluación de forma individual y en una única sesión. La circunstancia de que muchos pacientes lesionados de mano tuvieran incapacitada para la escritura la mano dominante, no creemos que deba ser considerada un factor de sesgo, ya que, para indicar las respuestas, los pacientes únicamente debían hacer una marca en la opción seleccionada, la cual podía hacerse, sin muchas dificultades, con la mano no dominante.

Los instrumentos de evaluación se seleccionaron en función de los objetivos y las hipótesis de investigación que nos habíamos planteado. En primer lugar, se diseñó una entrevista estructurada con el objetivo de recopilar los datos del paciente referidos a sus características sociodemográficas, sus antecedentes psicológicos o psiquiátricos, las características del accidente y de la lesión, así como algunos datos referidos a su actividad laboral.

Algunas de estas variables eran objetivo de nuestro estudio (p.e. gravedad de la lesión o relación de la lesión con la actividad laboral) y otras no se habían considerado específicamente como tales (p.e. los antecedentes psiquiátricos familiares o personales); no obstante era necesario realizar

sobre todas ellas un control estadístico, debido a que habían sido identificadas por algunos autores como factores de riesgo para la accidentabilidad o bien para el ajuste psicológico del paciente lesionado de mano. Dicho control estadístico se realizó a través de la aleatorización, es decir se confió al azar la distribución equivalente en los dos grupos; con estas variables era necesario, posteriormente, comprobar si se distribuían homogéneamente en ambas muestras para poder compararlas entre sí.

Seleccionamos el Cuestionario 16 PF de R. B. Cattell, ya que proporciona una extensa información sobre las características de la personalidad del paciente; es un cuestionario sencillo y relativamente rápido de aplicar, que permite, además, la corrección mecanizada. Por otra parte, existe numerosa evidencia empírica que garantiza la validez y fiabilidad de esta prueba psicológica (TEA, 1.985; Seisdedos, 1.986); también hay que tener en cuenta que este cuestionario ha sido tipificado en nuestro medio cultural (TEA, op. cit.), por lo que disponemos de un baremo poblacional adecuado con el que comparar las puntuaciones obtenidas por los sujetos de nuestro estudio.

Para la evaluación del estrés psicológico experimentado durante el año anterior a la lesión, utilizamos la Escala de Acontecimientos Vitales de Holmes y Rahe, ya que permite al individuo identificar los sucesos estresantes experimentados en un período concreto de tiempo. El cálculo de la cantidad total de estrés psicológico soportado por el individuo, como se describe en el apartado de Material, se realiza a través de una

estimación poblacional. En nuestro caso, debido a que el período de tiempo establecido era relativamente grande, consideramos aceptable esta forma de medida del estrés, ya que el transcurso del tiempo hubiera podido desvirtuar, en gran medida, la percepción que el individuo tiene de la cantidad de impacto emocional o del grado de cambio inducido por cada uno de esos acontecimientos.

La Escala de Acontecimientos Vitales de Holmes y Rahe ya ha sido utilizada en otros trabajos previos para comprobar el efecto del estrés sobre el riesgo de accidentes (Levenson, Hirschfeld y Hirschfeld, 1.980; Levenson, Hirschfeld, Hirschfeld et al., 1.983).

En último lugar, seleccionamos el Cuestionario de Salud General de Goldberg por diversos motivos. Por una parte, ofrece una medida global que informa sobre la adaptación psicológica del paciente; en segundo lugar, informa sobre diferentes áreas psicopatológicas (síntomas psicósomáticos, ansiedad, problemas psicosociales y depresión); asimismo, ofrece un baremo con el que clasificar psicopatológicamente a los sujetos. Además, esta prueba ha sido adaptada y validada en nuestro país (Lobo, 1.989). Por otro lado, en estudios previos se ha demostrado la utilidad de este cuestionario para evaluar el ajuste psicológico de los pacientes accidentados tras el trauma (Lee, Ho, Tsang et al., 1.985; Franulic, González, Trucco et al., 1.996).

A continuación pasamos a comentar los resultados obtenidos en la presente investigación. En primer lugar, en relación a las características sociodemográficas de los grupos muestrales, observamos que ambos eran comparables en lo que respecta al nivel de estudios, la profesión y el nivel socioeconómico (Tablas 4, 5 y 6); sin embargo, se constataron diferencias a nivel estadísticamente significativo en lo que respecta a la edad y el estado civil (Tablas 2a, 2b y 3). Puede decirse que el grupo de pacientes lesionados de mano era similar en muchos aspectos al de pacientes lesionados de miembro inferior, pero perteneciente a una población más joven, lo cual además repercutió en que el estado civil de la mayoría de ellos fuera el de soltero.

Estas diferencias comentadas pueden repercutir en la validez de los datos, por cuanto afectan a la comparabilidad de los grupos. No obstante, siempre que nos fue posible, intentamos controlar el efecto de las variables sociodemográficas (p.e. analizando las puntuaciones decatípicas de los factores del 16 PF, en lugar de las directas) y, cuando ésto no fue posible, tuvimos en cuenta las limitaciones que esto nos imponía para llegar a conclusiones definitivas. Por otro lado, y como se comprueba en el estudio de las comparaciones intragrupo y de las correlaciones (Tablas 22 a 33), las variables sociodemográficas y sociolaborales no parecen tener un peso relevante ni en la presencia de las características de personalidad estudiadas ni en la expresión de los síntomas emocionales tras la lesión. Según lo anterior, podemos pensar que estas variables no van a tener

una influencia decisiva en los demás resultados encontrados.

Por lo que se refiere a los antecedentes psicológicos o psiquiátricos de los pacientes (Tabla 7), podemos considerar que la incidencia de los mismos, en familiares y en el propio individuo, es baja en ambos grupos muestrales; quizás la que corresponde a la población general. Este dato no estaría en consonancia con la teoría de la propensión al accidente propuesta por Allodi y Montgomery (1.979), para quienes en muchas ocasiones las lesiones accidentales son el resultado de un conflicto o problema psicológico subyacente.

Más elevada es la incidencia en los pacientes de accidentes previos al actual -situándose en torno al 37-47%- (Tabla 8); si consideramos elevados estos porcentajes en comparación con la población, cabría decir, de acuerdo con Allodi y Montgomery (op. cit.) que algunos individuos presentan una cierta predisposición que incrementa la probabilidad de que se vean involucrados en un accidente.

En ambos grupos muestrales, se constató que el porcentaje de casos con antecedentes de abuso de alcohol se situaba en torno al 10% (Tabla 7). Si tenemos en cuenta, de acuerdo con la O.I.T. (1.987), que las personas que consumen habitualmente este tipo de sustancias tienen una mayor probabilidad de sufrir un accidente, cabe pensar que, en algunos de estos casos, el alcoholismo pudo estar directamente relacionado con la causa del accidente que condujo a la lesión.

La no existencia de diferencias entre los dos grupos muestrales, en relación a estos antecedentes comentados, pone de manifiesto que la posible incidencia que los mismos puedan tener sobre la probabilidad de ocurrencia de accidentes, es la misma tanto en las lesiones de mano, como en las de extremidad inferior.

El porcentaje de personas con mano izquierda dominante en nuestros grupos muestrales se sitúa en torno al 6-8% (Tabla 10); cifras similares a las encontradas por Porac (1.993), tanto entre pacientes con lesiones accidentales de mano, como entre la muestra control de personas no accidentadas. Según esto, podemos concluir que los zurdos no tienen una mayor probabilidad de sufrir lesiones accidentales, ya sean éstas de manos o de extremidad inferior. Nuestros datos no apoyan la hipótesis planteada por algunos autores (Coren, 1.989, 1.992; Harpern y Coren, 1.991) de la desventaja que tienen los zurdos sobre la supervivencia.

También coincidimos con Porac (op. cit.) en que la probabilidad de lesionarse en un accidente una mano u otra es aproximadamente la misma -en torno al 50%- (Tabla 9).

Las diferencias encontradas entre los grupos muestrales, en relación a la antigüedad laboral y el número de cambios laborales (Tabla 11), se deben principalmente a que el grupo de lesionados de mano, al estar formado por personas más jóvenes, habían trabajado menos tiempo y, probablemente, habían tenido menos

oportunidades para cambiar de trabajo más veces.

El análisis de los resultados obtenidos con el Cuestionario 16 PF, nos pone de manifiesto la existencia de diferencias, entre los grupos muestrales, en relación a sus características de personalidad (Tabla 13). Una de estas diferencias se refiere al rasgo Desurgencia-Surgencia (Escala F), donde los pacientes lesionados de mano tendieron a puntuar más cercanamente al polo de la Surgencia (Tabla 12b). Esto significa que los primeros tienden a ser personas más impulsivas, francas, expresivas, descuidadas y confiadas en las circunstancias externas; mientras que los pacientes con lesiones de piernas son más prudentes, reflexivos y cautelosos.

Lo anterior puede indicarnos que cuando una persona suele comportarse de forma imprudente, sin reflexionar acerca de los riesgos y confiando en la buena suerte más que en sus propias posibilidades tiene un mayor riesgo de sufrir una lesión accidental en las manos; por ejemplo, por uso incorrecto de medidas de seguridad, utilización inadecuada de herramientas, etc.. De otra parte, parece que las personas que tienden a estar ensimismadas en sus propias ideas y reflexiones, indiferentes a las circunstancias externas, tienen más posibilidades de sufrir lesiones accidentales en las piernas o pies (p.e. caídas). Estas ideas vienen apoyadas por las diferencias encontradas, respecto a este rasgo de personalidad, entre los grupos muestrales y la población de referencia (Tablas 19, 20 y 21).

Algunas características de personalidad que pueden tener cierta similitud con la Surgencia son la falta de concienciación, por cuanto la persona tiende a ser menos reflexiva, y el locus de control externo, por cuanto la persona tiende a confiar más en circunstancias ajenas a sí misma. A este respecto, nuestros resultados apoyarían la idea planteada por algunos autores (Brook, Whiteman, Gordon et al., 1.986; Booth-Kewley y Vickers, 1.994; Salminen y Klen, 1.994) del riesgo de accidentes que poseen las personas que manifiestan dichas características; aunque, según nuestros datos, parece ser que no afectan por igual a todos los tipos de accidentes.

Otra característica de personalidad que estableció diferencias entre los pacientes lesionados de mano y los de extremidad inferior es la Adecuación imperturbable-Tendencia a la culpabilidad (Factor 0) (Tabla 13). Los lesionados de mano tendieron a puntuar más cercanamente al polo de la Tendencia a la culpabilidad (Tabla 12c), por lo que puede decirse que se muestran como personas más inseguras, aprehensivas, deprimidas, ansiosas y con mayor sensibilidad a la aprobación/desaprobación de los demás. La acentuación de este rasgo en los pacientes con lesiones de mano también se puso de manifiesto en relación a la población de referencia (Tablas 19 y 21), lo cual no ocurrió en la muestra de miembro inferior (Tablas 20 y 21), por lo que podemos pensar que este rasgo de personalidad puede incidir en la ocurrencia de accidentes que se derivan en lesiones de manos y no en los que traen como consecuencia lesiones en las

extremidades inferiores.

El Neuroticismo, característica de personalidad que puede considerarse relacionada con la comentada anteriormente, ha sido identificada como un factor asociado a la ausencia de conductas preventivas de accidentes y a la presencia de comportamientos de riesgo (Booth-Kewley y Vickers, 1.994).

El factor de segundo orden QIII (Poca-Mucha socialización controlada) también estableció diferencias significativas entre los grupos muestrales (Tabla 13). Los pacientes lesionados de extremidad inferior, a diferencia de los de manos, tendieron a situarse en los niveles más altos del baremo (Tabla 12e), por lo que puede decirse que, en comparación con ellos, se suelen comportar de forma más responsable, prudente y dentro de las normas sociales; asimismo, tienden a ser más reflexivos y perspicaces. Estas características de personalidad se manifestaron en estos pacientes de forma mas acusada, en comparación con la población de referencia (Tablas 20 y 21), por lo que quizás estén asociadas, de algún modo, a la ocurrencia de estos accidentes.

La comparación de los grupos muestrales con la población de referencia pone de manifiesto la existencia de otras características diferenciales de personalidad, además de las comentadas. De este modo, los pacientes lesionados de mano, tendieron de forma significativa (Tabla 19) a manifestar las siguientes características de personalidad: inteligencia baja

(Factor B), poca fuerza del superego (Factor G), protensión (Factor L), praxernia (Factor M), tendencia a la culpabilidad (Factor O), autosuficiencia (Factor Q2), mucha tensión energética (Factor Q4), ansiedad (Factor QI) y dependencia (Factor QIV). Como se observa en el Gráfico 1, los rasgos de personalidad más destacables en este grupo son la tendencia a la culpabilidad, la dependencia y la ansiedad.

Estos rasgos marcan un perfil de personalidad característico de personas que tienden a ser bastante inseguras y desconfiadas en sus propias habilidades y recursos; cualquier contratiempo o problema, por insignificante que pueda ser, les puede causar una gran preocupación, unida a sentimientos de incapacidad y reacciones de ansiedad.

Esta falta de confianza en uno mismo, hace que estas personas frecuentemente sientan la necesidad de buscar el apoyo y la aceptación de los demás. Sin embargo, sus relaciones con los demás suelen ir marcadas por la suspicacia, la hostilidad y la desconfianza, ya que cuando los demás tratan de ayudarles o aconsejarles, tienden a pensar que llevan una segunda intención o que aceptar la ayuda es un signo de debilidad. Por tanto, suelen ser individuos temperamentamente independientes, que no tienen en cuenta la opinión de los demás ni las normas a seguir y que actúan por su cuenta, guiándose por criterios propios.

No obstante, hay que tener en cuenta que además tienden a ser sujetos poco reflexivos, con poca capacidad para el razonamiento, más preocupados de detalles insignificantes y muy interesados en obtener resultados rápidos y satisfacer las necesidades inmediatas. Esto puede conducirles a que las decisiones y actuaciones que realicen sean impulsivas, imprevisibles, desorganizadas y, en ocasiones, negligentes.

Todo lo anteriormente comentado suele estar asociado a un estado emocional marcado por la frustración, los sentimientos depresivos y la ansiedad, así como por la insatisfacción con uno mismo y con la propia vida en general.

La falsa autosuficiencia de estas personas puede llevarles en numerosas ocasiones a confiar en exceso en las habilidades propias, sin tener en cuenta las advertencias o consejos de los demás (o las normas de seguridad). Si a lo anterior unimos que en ocasiones estas personas se comportan de forma impulsiva, sin contemplar las posibles consecuencias negativas de sus conductas, es lógico pensar que se vean frecuentemente involucradas en situaciones y actividades que impliquen un alto riesgo de accidentes. Chau, d'Houtaud, Gruber et al. (1.995) observaron que este exceso de confianza en las habilidades propias era una característica diferencial de los pacientes accidentados de mano, en comparación con la población general.

Por otra parte, se estudiaron las características de personalidad que presentaban los pacientes lesionados de miembro inferior en comparación con la población de referencia, con el objetivo fundamental de conocer qué rasgos presentaban en común ambos tipos de pacientes accidentados.

Los pacientes con lesiones en las extremidades inferiores manifestaron diferencias significativas, en relación a la población de referencia, en las siguientes características de personalidad (Tablas 20 y 21): desurgencia (Factor F), astucia (Factor N), autosuficiencia (Factor Q2), ansiedad (Q1), introversión (Factor QII), mucha socialización controlada (Factor QIII) y dependencia (Factor QIV). Las características que se pusieron de manifiesto de forma más acusada son la desurgencia, la autosuficiencia, la socialización controlada y la dependencia (ver Gráfico 2).

El perfil de personalidad de los pacientes lesionados de extremidad inferior, responde al de una persona bastante autoexigente, con altas aspiraciones y ambiciones; en el trabajo suele ser muy responsable, organizada y meticulosa, sin lugar a fallos o errores. Este elevado nivel de autoexigencia impulsa a estas personas, por un lado, a intentar ser autosuficientes, sin que puedan permitirse ser débiles o dependientes, por lo que suelen actuar por cuenta propia, siguiendo las propias iniciativas, contando únicamente con los recursos propios y sin solicitar ayuda a los demás, aunque en realidad deseen o necesiten ese apoyo. Por otra parte, ese alto nivel de

autorequerimiento, puede conducirles a manifestar altos niveles de ansiedad, cuando perciben que las exigencias superan sus propias capacidades.

A lo anterior, se une que estas personas tienden a ser poco comunicativas y bastante reservadas en sus relaciones sociales. Su reticencia e inhibición ante los otros les lleva también a actuar por su cuenta.

Su estilo de comportamiento tiende a ser cauteloso, prudente y reflexivo; pero, a pesar de ello, es lógico pensar que si una persona que en determinadas ocasiones o situaciones, aunque éstas revistan peligro, no se permite pedir ayuda o ser ayudado será más propenso a sufrir un accidente.

Nuestros datos no concuerdan con los de Booth-Kewley y Vickers (1.994), quienes demostraron que los individuos más extravertidos realizaban menos conductas dirigidas a la prevención de accidentes. Tampoco encontramos que los individuos más metódicos y responsables realicen un mayor control sobre los accidentes, como afirman los autores anteriores (op. cit.).

En nuestro caso, teniendo en cuenta los rasgos comunes que diferencian a los pacientes de un grupo y otro en relación a sus poblaciones de referencia (Tablas 19 y 20), los rasgos de personalidad que parecen diferenciar a las personas con propensión a sufrir accidentes son la autosuficiencia (Factor Q2), la ansiedad (Factor Q1) y la dependencia (Factor QIV). Es decir, son personas que, pese a necesitar el apoyo de los demás,

actúan por su cuenta, atendiendo a ideas y recursos propios y sin guiarse por opiniones externas; lo cual, como venimos analizando, hace que la persona se involucre con mayor frecuencia en situaciones con mayor peligro de accidentes. Este conflicto o desajuste entre sus necesidades de dependencia y los deseos de ser autosuficiente (que quizás sea más bien una autoimposición), les lleva a responder frecuentemente ante las situaciones con altos niveles de ansiedad.

Las características de personalidad asociadas tanto a las lesiones accidentales de mano como a las de miembro inferior, que se ponen de manifiesto en nuestro estudio, pueden también haberse acentuado después del accidente, como consecuencia del mismo. En tal caso, habría que hablar de que las mismas se relacionan con la reacción psicológica asociada al trauma. A este respecto, podemos decir que la característica de estabilidad que poseen los rasgos de personalidad, hace poco probable que en un período inferior a un mes se haya visto modificado del modo en que los resultados indican. Por ello, nosotros nos inclinamos a pensar que más bien son rasgos de personalidad asociados al riesgo de accidentes. No obstante, por las características metodológicas de nuestro estudio, no podemos descartar esta posibilidad, quedando nuestras conclusiones pendientes de nuevos resultados que respondan a estas dudas.

Por otro lado, la presencia de perfiles de personalidad diferenciales en las dos muestras de pacientes evaluados, en relación a la población general, hace que nos planteemos la

importancia de estudiar tanto a un grupo, como al otro. De esta forma, los objetivos de investigación, que hemos establecido inicialmente en el presente trabajo para el grupo de pacientes con lesiones accidentales en las manos, los haremos extensivos al grupo de pacientes lesionados de miembro inferior.

En otro orden de cosas, nuestros resultados indican (Tabla 15) que el impacto emocional o el grado de cambio (Índice de Sucesos Vitales) inducido por los acontecimientos vitales estresantes, en el período anterior a un año al accidente que produjo la lesión, es significativamente superior en el grupo de pacientes lesionados de mano. Estas diferencias se deben fundamentalmente a un mayor número de cambios vitales experimentados por estos pacientes, que se produjeron en las áreas relacionadas con la familia y las costumbres.

Lo anterior puede llevarnos a pensar que los individuos sometidos a un mayor nivel de estrés tienen un mayor riesgo de sufrir un accidente que desencadene en una lesión de mano, antes que en una lesión en las extremidades inferiores. Sin embargo, hay que tener en cuenta las diferencias sociodemográficas de los grupos muestrales; de este modo, los pacientes que se lesionaron las manos eran más jóvenes y muchos de ellos estaban en edad de realizar el servicio militar, de salir del hogar familiar para realizar los estudios en otra localidad o de formar un hogar propio, por lo que es lógico pensar que hayan experimentado más cambios vitales en relación a sus costumbres y sus vínculos familiares.

Por otra parte, se comprueba en la Tabla 16, en ambos grupos muestrales existe un número comparable de pacientes cuyos niveles de estrés, previos al accidente, pueden calificarse como de "alto riesgo" de sufrir consecuencias negativas para la salud (González de Rivera, Morera y Monterrey, 1.989). Por tanto, de acuerdo con lo anterior, podríamos concluir que los individuos que sufren una lesión accidental en las manos han tenido, en función de su nivel de estrés, el mismo riesgo de padecer una enfermedad o de sufrir un accidente, que los lesionados de extremidad inferior.

Debido a la ausencia de datos poblacionales, en relación a la medida del Índice de Sucesos Vitales, no podemos extraer conclusiones acerca de la influencia del estrés sobre la ocurrencia de accidentes. No obstante, en el estudio de González de Rivera, Morera y Monterrey (op. cit.) encontraron en una muestra control de 108 sujetos sanos, que tan sólo el 14% de los individuos (frente a un 69% de pacientes hospitalizados por diferentes enfermedades) superaban el límite de nivel de estrés "alto riesgo", evaluado con la misma escala que nosotros. Esto nos indicaría, de acuerdo con las incidencias observadas en nuestro estudio para cada grupo muestral (Tabla 16), que entre los pacientes lesionados de mano evaluados puede haber un mayor porcentaje de individuos que han sufrido un nivel de estrés de "alto riesgo" antes del accidente, en comparación con los sujetos sanos; lo cual no ocurriría entre los lesionados de miembro inferior. Este dato no concuerda exactamente con las conclusiones de otros autores (Hirschfeld y Behan, 1.966; Levenson, Hirschfeld

y Hirschfeld, 1.980), para quienes las situaciones vitales estresantes predisponen a los individuos a sufrir accidentes, ya que según nuestros datos, únicamente predisponen a determinados tipos de accidentes (por ejemplo, los que resultan en lesiones de mano). A la espera de resultados más esclarecedores, evitamos hacer conclusiones al respecto, ya que nuevamente las diferencias (no constatadas estadísticamente) pueden deberse a las características sociodemográficas de los grupos.

Los resultados obtenidos con el Cuestionario de Goldberg (Tabla 17) indican que los pacientes lesionados de mano manifiestan, de forma estadísticamente significativa, un peor ajuste psicológico en el período posterior a un mes tras la lesión accidental, que aquellos que se han lesionado las piernas. Esto puede ser debido a que las incapacidades funcionales asociadas a las lesiones de mano influyen más negativamente en el nivel de actividad del individuo y en desarrollo de sus labores cotidianas, lo cual contribuye de forma importante al ajuste psíquico. De hecho, aunque en la mayoría de las áreas psicopatológicas valoradas por el Goldberg los pacientes lesionados de mano manifiestan una peor adaptación psicológica, es en el área de la disfunción social (Escala C), donde se establecen diferencias de carácter estadísticamente significativo entre los grupos. La disfunción social se evalúa en este cuestionario según el grado de satisfacción del individuo con su nivel funcional y de actividad, principalmente ante las actividades cotidianas.

Las alteraciones psicológicas que mayormente contribuyen a este peor ajuste (Tabla 17), además de la disfunción social, son los problemas de angustia y ansiedad (Escala B), tales como trastornos del sueño, tensión emocional, nerviosismo y sensaciones de miedo o agobio. Estos síntomas psicológicos pueden asociarse a pensamientos negativos referidos a uno mismo, relacionados con la incapacidad para afrontar los problemas o dificultades. Parece ser, además, que en los casos en los que el problema de desajuste psicológico alcance el nivel de trastorno psíquico (Tabla 18), en la mayor parte de los casos nos vamos a encontrar con alteraciones psicopatológicas de este tipo.

Estos problemas de ansiedad pueden estar asociados a las limitaciones funcionales que impone la lesión o bien pueden ser una manifestación psicológica relacionada con el trauma del accidente.

En el primer caso, habría que considerar la importancia que tiene en un individuo la satisfacción con su nivel funcional para el mantenimiento de un adecuado ajuste psicológico. A este respecto hay que tener en cuenta la relación que mantiene el autoconcepto físico del individuo, donde se incluye el aspecto anterior, con el autoconcepto global y con la autoestima, así como por el vínculo de todos ellos con el ajuste psicológico general (Derogatis, 1.980). Según esto, la persona que sufre determinadas limitaciones funcionales que afectan negativamente a la satisfacción con su propio yo físico, también puede realizar una valoración más negativa de sí misma en relación a otras

esferas de su vida (p.e. familiar, social, etc.) y sentirse una persona con menos valía. Cuando una persona tiene menos seguridad y confianza en sí misma para afrontar problemas y situaciones potencialmente estresantes, va a reaccionar ante las mismas con mayores niveles de ansiedad (Lawrence, 1.988; Ramírez, 1.988; cit. por Arroyo, 1.993), porque siente que sus capacidades se ven desbordadas por las demandas ambientales.

La asociación entre las restricciones funcionales que imponen las lesiones de mano y el ajuste psicológico, ya ha sido puesta de manifiesto por otros autores como Knorr y Edgerton (1.971), quienes resaltaron la importancia que tienen los sentimientos de impotencia, incapacidad e inutilidad en esta relación.

En el caso de las lesiones de miembros inferiores, las limitaciones funcionales van a repercutir principalmente en la locomoción, afectando también a la autonomía personal. No obstante, aunque en estos pacientes también puedan surgir este tipo de sentimientos negativos, parece que revisten menos importancia que en las lesiones de mano, incluso cuando hay una similitud en el grado de gravedad de las lesiones (Tabla 9), lo cual puede deberse a que la potencialidad funcional de las manos es mucho mayor.

Según hemos planteado, otra explicación a la presencia de los síntomas de ansiedad es que sea una manifestación psicológica asociada al accidente, el cual representa para el individuo un

incidente que atenta contra su integridad y seguridad personal. A este respecto, autores como Grunert, Matloub, Sanger et al. (1.990, 1.991), que han estudiado el proceso de adaptación psicológica de los pacientes que sufren lesiones accidentales en las manos, destacan que durante el primer mes es frecuente que los pacientes revivan el momento del accidente -a través de recuerdos recurrentes o pesadillas- y que esto se acompañe de la presencia de síntomas de ansiedad. Para Gilbert (1.996), la manifestación de estos síntomas es más intensa cuando el paciente ve cómo se produce el accidente y cómo quedó su/s mano/s inmediatamente después. En relación a esto último, consideramos que sería un aspecto relevante a tener en cuenta en próximos estudios.

Cabe preguntarse si las diferencias observadas en relación al ajuste psicológico entre los dos grupos de pacientes se deben a las desigualdades sociodemográficas observadas entre los mismos y que, por tanto, fuera la edad de los sujetos la que determinara la reacción psicológica a la lesión accidental y no el miembro que resulta lesionado. Esta hipótesis puede quedar descartada si tenemos en cuenta que el estudio de las correlaciones entre la variable edad y las medidas del ajuste psicológico (Tablas 30a y 32a) demostró que no se producía una asociación significativa entre las mismas.

También hay que tener en cuenta que los problemas psicológicos observados después del accidente podrían ser una manifestación del ajuste psicológico previo al mismo y no

reacción consecuente; según esto, las diferencias entre los grupos muestrales serían previas a la lesión. Para ayudarnos a clarificar este aspecto, tendremos en cuenta los resultados obtenidos en el factor C del 16 PF, ya que evalúa un rasgo de personalidad relacionado con la estabilidad emocional de los sujetos y, por tanto, puede ser considerado un indicador de la forma en que generalmente el individuo suele adaptarse ante las dificultades. Nuestros datos indican que los pacientes lesionados de mano manifiestan esta característica de personalidad en la misma medida, que los lesionados de miembro inferior (Tabla 13) y que, tanto unos como otros (Tablas 19, 20 y 21), no difieren de sus poblaciones de referencia en relación a la misma.

Por otra parte, de nuestros datos se desprende (ver correlaciones del factor C con las puntuaciones del Goldberg, Tablas 30b y 32b) que en la medida en que una persona tienda a ser más emocionalmente inestable, se deje llevar más por los sentimientos y se hunda más ante las dificultades, peor será su ajuste psicológico ante una situación concreta como la de sufrir una lesión accidental.

Según lo anterior, podemos pensar que, aunque la estabilidad emocional determine individualmente la respuesta psicológica tras el trauma, es el lugar donde se produce la lesión lo que marca las diferencias en el nivel de ajuste psicológico entre las poblaciones de pacientes estudiadas.

Por otro lado, la clasificación psicopatológica de los pacientes según el punto de corte "probable normal"/"probable trastorno psíquico" realizada con el cuestionario Goldberg (Tabla 18), según Lobo (1.989), podría dar lugar a falsos positivos en individuos en situaciones como enfermedades somáticas graves, dolor, estrés o adversidades recientes, problemática social grave, afectación cerebral o en otras situaciones muy concretas como la simulación o la exageración. Asimismo, se pueden dar casos de falsos negativos ante trastornos psíquicos crónicos, trastornos de la personalidad, alcoholismo y otras drogodependencias. Consideramos estas cuestiones muy a tener en cuenta, debido a que algunas de estas circunstancias señaladas se daban o pudieran haberse dado entre los pacientes evaluados (p.e. presencia de dolor, estrés o adversidades recientes, etc.).

Respecto al estudio de los factores influyentes en la adaptación psicológica de los pacientes lesionados, comentaremos en primer lugar los resultados obtenidos con el análisis de las variables sociodemográficas. Tenemos que mencionar que algunas de las subpoblaciones no estaban suficientemente representadas en nuestros grupos muestrales, por lo que no pudimos compararlas estadísticamente. Por este motivo, consideramos que sería necesario que nuestras conclusiones fueran contrastadas en trabajos sucesivos.

No encontramos asociación entre ninguna de las variables sociodemográficas estudiadas -edad, estado civil, nivel de estudios y estatus socioeconómico- y el ajuste psicológico del

paciente lesionado de mano durante el primer mes tras la lesión (Tablas 22 y 30a). Por lo que se podría concluir que estas características parecen no afectar a la reacción psicológica consecuente a la lesión accidental de la mano. No obstante, observamos cierta tendencia a manifestar un peor ajuste tras la lesión a medida que aumentaban tanto el nivel cultural como el nivel socioeconómico, lo cual se observó también entre los pacientes lesionados de extremidad inferior (Tablas 22 y 26). Dicha tendencia puede explicarse teniendo presente que estas personas con mayor nivel económico y de estudios suelen manifestar un alto nivel de aspiraciones y de realización personal, los cuales pueden verse afectados por las secuelas de la lesión.

Tampoco observamos diferencias en las subpoblaciones contrastadas en relación a la manifestación del rasgo de personalidad relacionado con la adaptación emocional -factor C del 16 PF- (Tabla 24 y 30a), el cual puede considerarse un indicador, de carácter más estable, de la forma en que un individuo reacciona ante las diferentes situaciones.

Nuestros resultados, en relación al estado civil y la profesión, están en la misma línea que los de Lee, Ho, Tsang et al. (1.985), quienes tampoco observan asociación entre estas variables y el ajuste psicológico del paciente con lesiones de mano.

Las variables relacionadas con la actividad laboral - relación de la lesión con la actividad laboral, cambios laborales y antigüedad en el trabajo- no muestran tener relación con la calidad del ajuste psicológico que realiza el paciente lesionado de mano en los primeros días o semanas tras el accidente (Tablas 23 y 30a). La adaptación psicológica del paciente lesionado de extremidad inferior tampoco va a depender de estas características individuales (Tablas 27 y 32a).

A pesar de lo anterior, observamos una cierta tendencia a manifestar un peor ajuste, entre pacientes lesionados de mano que han cambiado al menos una vez de trabajo (Tabla 23); quizás, porque se plantean las dificultades adaptativas que eso representa, en el caso de que fuera necesario buscar otro trabajo, como consecuencia de las limitaciones asociadas a las secuelas de la lesión.

Hay que decir que las subpoblaciones delimitadas por las variables relacionadas con la actividad laboral, muestran tener un estilo de ajuste emocional similar (Tablas 25, 29), por lo que es lógico pensar que, una vez que se produce un trauma, como un accidente, los pacientes reaccionen de forma parecida. En el caso de los pacientes lesionados de mano, sí se observa una asociación significativa entre la variable antigüedad laboral y estabilidad emocional (Tabla 30a); de manera que, a medida que aumenta el tiempo que los pacientes lleban en su puesto de trabajo son más emocionalmente inestables. Este dato, que consideramos de interés, podría ser objeto de estudio, de manera que se abordara

la cuestión con mayor profundidad.

Nuestras observaciones no corresponden con la opinión de Millender (1.992), para quien las lesiones de mano producidas en el ambiente laboral se asocian a un peor ajuste psicológico, debido a los componentes psicosociales y legales que se ven involucrados. A pesar de ello, hay resultados de otros estudios (Grunert, Hargarten, Matloub et al., 1.992) que indican que, durante los primeros días tras la lesión, estos pacientes se adaptan de forma similar, que los que tienen lesiones no laborales; siendo pasados unos meses, cuando los primeros manifiestan más síntomas psicológicos (ansiedad, sentimientos de evitación, etc.) debido principalmente a que tienen que enfrentarse a la vuelta al trabajo y, por tanto, al mismo ambiente donde se produjo el accidente.

Por otro lado y en consonancia con nuestras observaciones, Lee, Ho, Tsang et al. (1.985) no encuentran que la frecuencia de cambios de puestos de trabajo sea una variable influyente sobre el ajuste psicológico que realiza el paciente tras la lesión accidental.

Siguiendo con el estudio de los factores influyentes en la adaptación emocional a la lesión, nuestros datos pusieron de manifiesto que el hecho de haber sufrido previamente algún accidente no influye de forma significativa en el ajuste psicológico del paciente lesionado de mano (Tabla 23) o de miembro inferior (Tabla 27). A pesar de esto, parece existir una

ligera tendencia entre los pacientes con accidentalidad previa a manifestar más síntomas psicológicos; lo cual podría explicarse teniendo en cuenta que el haber vivenciado ya una situación similar, hace que se anticipen y no se nieguen las consecuencias negativas que se asocian a la lesión (lentitud en la recuperación, secuelas, dificultades en la vuelta a la actividad cotidiana, etc.).

Los problemas de adaptación psicológica también parecen ser ligeramente superiores entre aquellos pacientes que se han lesionado la mano dominante, aunque no se puede hablar de diferencias estadísticamente significativas (Tabla 23). Esta tendencia puede ser debida a que, en los pacientes que se lesionan la mano dominante, se produce un mayor número de limitaciones funcionales, que fomentan la presencia de sentimientos negativos y de reacciones emocionales adversas.

Respecto a la influencia de la gravedad de la lesión (Tablas 23 y 27), numerosos autores han destacado la relación de esta variables con el ajuste psicológico del paciente (Tsoi, Lueng y Chow, 1.982, cit. por Grunert, Smith, Devine et al., 1.988; Lee, Ho, Tsang et al., 1.985; Grunert, Smith, Devine et al., 1.988); sin embargo, de nuestros datos se desprende que, pese a existir un ligero peor ajuste entre los pacientes más graves, esta variable no influye de forma decisiva. De acuerdo con Franulic, González, Trucco et al. (1.996) la intensidad de síntomas psicológicos puede depender más de la presencia de dolor, que de la gravedad de la lesión.

Los datos referidos al Índice de Sucesos Vitales (Tablas 30a, 32a y 33) nos indican que el nivel de estrés soportado por los pacientes -tanto los lesionados de mano, como los de extremidad inferior-, previamente a la ocurrencia del accidente, no influye en la adaptación emocional tras el mismo.

La conclusión anterior no estaría en la misma línea que los resultados ofrecidos por Franulic, González, Trucco et al. (op. cit.) en pacientes con lesiones de quemadura. Según los autores, cuando un paciente percibe dificultades en su ambiente psicosocial, anticipa que el impacto de la lesión va a tener consecuencias más negativas (p.e. si consideraba que su puesto de trabajo podía peligrar, ahora puede pensar que lo perderá), con lo que hay una mayor presencia de sintomatología psicológica, principalmente problemas de ansiedad.

Hay que tener en cuenta que el I.S.V. representa una medida de los factores estresantes externos; es decir, evalúa los acontecimientos potencialmente estresantes que ha vivenciado el individuo, en un período concreto de tiempo, y que requieren un esfuerzo de adaptación. Desde nuestro punto de vista, la calidad del ajuste psicológico puede depender más de otras variables como el estilo de afrontamiento o de ciertas características de personalidad, que analizaremos a continuación.

En los pacientes lesionados de mano, tuvimos constancia de que la adaptación psicológica del individuo tras la lesión se relaciona con diversas características de la personalidad (Tabla

30b). Una de ellas, que ya hemos comentado con anterioridad, es la estabilidad emocional (factor C del 16 PF), la cual va a afectar, principalmente a la presencia de sintomatología psicósomática y ansiosa. Asimismo, cuanto menos conformista y más independiente, agresiva y rebelde sea una persona (factor E del 16 PF) peor se adaptará a las consecuencias de la lesión accidental de la mano, manifestando mayormente reacciones de tipo ansioso. Esto puede entenderse si tenemos en cuenta que para estas personas es más difícil aceptar las limitaciones que impone la lesión, como por ejemplo depender de los demás para determinadas funciones.

La sensibilidad emocional (factor I del 16 PF) es otra característica de personalidad asociada al ajuste emocional de los pacientes lesionados de mano (Tabla 30b). Según nuestras observaciones, los pacientes más autoconfiados y autónomos, que menos necesitan el afecto y protección de los demás van a presentar más síntomas psicológicos -principalmente ansiedad- tras la lesión accidental de las manos, ya que les costará un mayor esfuerzo aceptar la ayuda de los demás (personal sanitario, familiares, etc.) y perder cierto grado de autonomía.

De nuestros datos también se desprende la existencia de una mayor presencia de síntomas de origen psicósomático (malestar físico, sensaciones de cansancio o dolor de cabeza) en pacientes con mayor facilidad para expresar afectos y sentimientos a los demás (factor A del 16 PF), en aquellos con menor capacidad para contener la ansiedad y que siguen sus propias necesidades (factor

Q3 del 16 PF), así como en los más desajustados, insatisfechos y ansiosos (factor Q1 del 16 PF). En general, podría decirse que la mayor presencia de este tipo de sintomatología se produce en pacientes con un menor control sobre sus afectos, sentimientos y reacciones emocionales.

Contrariamente a lo esperado, no observamos relación (Tabla 30b) entre la tendencia a manifestar desconfianza y suspicacia ante los demás (factor L del 16 PF) y el ajuste emocional tras la lesión de mano. En principio, cabe suponer que estas personas recibirán menos ayuda de los demás, debido a su tendencia a rechazarla, por lo que contarán en menos ocasiones con esta fuente de apoyo para afrontar el estrés. Sin embargo, como hemos señalado parecen ser otras características de personalidad, como la falta de control sobre emociones y afectos o la tendencia a ser una persona independiente, las que determinarán la respuesta psicológica del paciente tras la lesión.

Entre los lesionados de extremidad inferior, observamos (Tabla 32b) que la intensidad de las reacciones de ansiedad se asocia a la característica de personalidad relacionada con el temperamento conservador (factor Q1 del 16 PF); de manera que las personas que aceptan peor los cambios, las nuevas ideas y situaciones, suelen manifestar más problemas emocionales de tipo ansioso ante un cambio concreto como es una lesión de estas características.

El hecho de que en las lesiones de mano afecten al ajuste emocional unas determinadas características de personalidad y en las lesiones de piernas sean otras, puede justificarse teniendo en cuenta algo que ya se ha comentado. Las lesiones de mano imponen al individuo un mayor número de limitaciones en sus actividades cotidianas, debido a las características funcionales que presenta este miembro en comparación al inferior. Por tanto, cuanto más independientes sean los pacientes con este tipo de lesiones y menos tolerarán verse incapacitados y peor se adaptarán psicológicamente tras el accidente.

Por el contrario, en las lesiones de extremidad inferior, pese a las limitaciones que también imponen al individuo afectado, parecen suponer más aceptar un cambio que una incapacidad; siendo, por tanto, los pacientes con más dificultades ante este tipo de situaciones los que presentan un ajuste psicológico más negativo.

VI. - CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos en el presente trabajo, llegamos a las siguientes conclusiones:

UNA) Los pacientes con lesiones accidentales de mano, en comparación con aquellos con lesiones accidentales en las extremidades inferiores, presentan determinadas características de personalidad significativamente diferenciales. Los lesionados de mano tienden a ser personas: a) más impulsivas, b) más inseguras y aprensivas y c) menos responsables y preocupadas por las normas a seguir.

DOS) Los pacientes lesionados de mano, frente a los de extremidad inferior, manifiestan un mayor nivel de estrés psicológico durante el período de un año previo al trauma que produjo la lesión (definido dicho estrés por la presencia de un número significativamente mayor de acontecimientos vitales estresantes).

TRES) Los pacientes con lesiones accidentales de mano, frente a los que tienen lesiones accidentales en las extremidades inferiores, presentan un nivel significativamente peor adaptación psicológica tras la lesión.

CUATRO) Los pacientes con lesiones accidentales de mano presentan determinadas características de personalidad diferenciales de las de la población no lesionada de referencia. Lo cual se manifiesta en los diferentes planos de la misma:

A) En el plano intelectual, tienden a ser personas que presentan: a) una capacidad significativamente menor para el razonamiento y el pensamiento abstracto y b) tienden a ser más prácticos y realistas.

B) En el plano emocional, son personas que ante situaciones potencialmente estresantes presentan una inclinación significativamente mayor a preocuparse y a sentirse inseguros, reaccionando con mayores niveles de ansiedad.

C) En el plano conductual, y pese a ser personas que suelen necesitar el apoyo de los demás, tienen una tendencia significativamente mayor a actuar por su cuenta, contando con sus propios recursos y guiándose por intereses personales, atendiendo menos a las normas sociales.

D) En sus relaciones sociales, suelen mostrar más frecuentemente reacciones de desconfianza y suspicacia.

CINCO) El nivel de estrés psicológico previo a la lesión, no parece incidir de forma significativa sobre la adaptación psicológica de los pacientes lesionados de mano.

SEIS) Los pacientes lesionados de mano que presentan una mayor tendencia a sentirse inseguros y a experimentar reacciones emocionales adversas ante situaciones estresantes manifiestan, también, una adaptación psicológica tras el trauma que produjo la lesión significativamente peor.

SIETE) La tendencia a ser una persona afectivamente poco abierta a los demás, con relaciones sociales basadas en la desconfianza, no resulta ser un factor necesariamente asociado a la peor adaptación psicológica de los pacientes con lesiones accidentales de mano.

OCHO) La tendencia, por una parte, a ser una persona dominante e independiente y, por otra, a manifestar una mayor sensibilidad emocional son factores que influyen de forma significativa en la peor adaptación psicológica de los pacientes con lesiones accidentales de mano.

NUEVE) El número de cambios laborales previos al trauma no se muestra como un factor asociado a la posterior calidad de la adaptación psicológica de los pacientes lesionados de mano.

DIEZ) Los pacientes que previamente a la actual lesión de mano han sufrido otros accidentes, no manifiestan una peor adaptación psicológica tras el trauma.

ONCE) El hecho de que la lesión accidental afecte a la mano dominante, en lugar de a la contraria, no afecta de forma significativa al posterior ajuste psicológico de los pacientes.

DOCE) Los pacientes con lesiones accidentales de mano, considerados como graves o muy graves, en comparación con los que tienen lesiones de este tipo más leves, no presentan una peor adaptación psicológica tras la lesión.

VII.- BIBLIOGRAFÍA

ALBALADEJO, F.; SAURA, E.; CHAVARRÍA, G. ET AL. (1.99):

Mano psicógena.

Revista Española de Cirugía de la Mano, N^o , 7-15.

ALLODI, F.; MONTGOMERY, R. (1.979):

Psychosocial aspects of occupational injury.

Social Psychiatry, Vol. 14, 25-29.

ANDERSEN, B. L.; KIECOLT-GLASER, J. K.; GLASER, R. (1.994):

A Biobehavioral Model of cancer stress and disease course.

American Psychologist, Vol. 49, N^o 5, 389-404.

ANDERSSON, R.; JOHANSSON, B.; LINDÉN, K. ET AL. (1.979):

What part does the occupational environment play in the occurrence of accidents?

Scand. J. Soc. Med., N^o 7, 7-15.

ARNDT, R. (1.997):

Work pace, stress y cumulative trauma disorders.

The Journal of Hand Surgery, Vol. 12A, N^o 5, Pt. 2, 866-869.

ARROYO, M. C. (1.993):

Autoestima, autoconcepto e imagen social. Tesis Doctoral no publicada.

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Básica y Metodología. Universidad de Sevilla.

BENNETT, J.; PASSMORE, D. (1.984):

Correlates of coal mine accidents and injuries: a literature review.

Accident Analysis and Prevention, Vol. 16, 37-45.

BIRLEY, J. L. T.; BROWN, G. W. (1.970):

Crisis and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia: clinical aspects.

Brit. J. Psychiat., Vol. 116, 327-333.

BLUMENTHAL, J. A.; SANDERS, W.; WALLACE, A. G. ET AL. (1.982):

Physiological and psychological variables predict compliance to prescribed exercise therapy in patients recovering from myocardial infarction.

Psychosomatic Medicine, Vol. 44, N° 519-527.

BOOTH-KEWLEY, S.; VICKERS, R. R. (1.994):

Associations between mayor domains of personality and health behavior.

Journal of Personality, Vol. 62, N° 3, 281-298.

BORRÀS, F. X. (1.992):

Factores psicológicos, sistema inmune y estrés.

Revista de Psicología de la Salud, Vol. 4, N° 2, 29-58.

BOYLE, A. J. (1.989):

Found experiments in accident research: report of a study of accident rates and implications for future research.

Journal of Occupational Psychology, Vol. 53, 53-64.

BROOK, J. S.; WHITEMAN, M.; GORDON, A. S. ET AL. (1.986):

Dynamics of childhood and adolescent personality traits and adolescent drug use.

Developmental Psychology, Vol. 22, 403-414.

CELLIER, J. M.; EYROLLE, H.; BERTRAND, A. (1.995):

Effects of age and level of work experience on occurrence of accidents.

Perceptual and Motor Skills, Vol. 80, N° 3, Pt. 1, 931-940.

CHAU, N.; D'HOUTAUD, A.; GRUBER, M. ET AL. (1.995):

Personality self-representations of patients with hand injury, and its relationship with work injury.

European Journal of Epidemiology, Vol. 11, N° 4, 373-382.

COREN, S. (1.989):

Left-handedness and accident-related injury risk.

American Journal of Public Health, Vol. 79, 1-2.

COREN, S. (1.992):

The Left-hander Syndrome: The causes an consequences of left-handedness.

New York. Free Press.

COSTA, P.; MCCRAE, R. (1.992):

Normal personality in clinical practice: NEO Personality Inventory.

Psychological Assessment, Vol. 4, N° 5.

DEATON, A.; LANGMAN, M. (1.986):

The contribution fo psychologists to the treatment of plastic surgery patients.

Professional Psychology, Vol. 17, N° 179.

DEROGATIS, L. R. (1.980):

Breast and Gynecologic Cancers. Their unique impact on body image and sexual identity in women.

Front. Radiat. Ther. Onc., Vol. 14, 1-11.

DIDIERJEAN, A. (1.997):

Psychological aspects of algodystrophy.

Hand Clinics, Vol. 13, N° 3, 363-366.

DOMÍNGUEZ, J. L.; REAL, J. E. (1.997):

Accidentalidad laboral y atribución causal.

Boletín de Psicología, N° 54, 7-24.

EYSENCK, H. J. (1.983)

Stress, disease and personality: The inoculation effect. En
C. L. Cooper (Edit.): **Stress Research**.
Chichester. Wiley and Sons.

EYSENCK, H. J. (1.987):

Anxiety, "Learned helplessness" and Cancer. A Causal
Theory.

Journal of Anxiety Disorders, Vol. 1, N° 1, 87-104.

FERNÁNDEZ, J. (1.988):

Afrontamiento del estress y salud: Una aportación para
establecer definiciones, criterios de medida y estrategias
de investigación. En J. Santacreu (Comp.): **Modificación de
Conducta y Psicología de la Salud**.

Valencia. Promolibro.

FERRANZ, M. (1.996):

SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico.

Madrid. McGraw-Hill.

FORSEN, A. (1.988):

Personal loss and life stress in breast cancer patients.

Psicosomática y Cancer.

Madrid. M° de Sanidad y Consumo.

FRANULIC, A.; GONZÁLEZ, X.; TRUCCO, M. ET AL. (1.996):

Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization.

Burns, Vol. 22, Nº 8, 618-622.

FRYMAN, G. K.; VIRCHEL, E.; WOOD, E. ET AL. (1.983):

The Psycho-flexed hand.

Clin. Orthop., Vol. 174, 153-157.

GILBERT, S. E. A. (1.996):

Implications of severe trauma to the hand.

Professional Nurse, Vol. 11, Nº 6, 368-370.

GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L. (1.980):

Estrés, homeostasis y enfermedad. En: J. L. GONZÁLEZ DE RIVERA; A. VERA y J. ARANDA (Eds.): **Manual de Psiquiatría**.

Madrid. Karpos.

GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L. (1.989):

Factores de estrés y enfermedad.

Psiquis, Vol. 10, Nº 1, 11-20.

GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.; MORERA, A.; MONTERREY, A. L. (1.989):

El índice de reactividad al estrés como modulador del efecto "sucesos vitales" en la predisposición a patología médica.

Psiquis, Vol. 10, Nº 1, 38-47.

GREALISH, A. (1.994):

Loss, challenge, change. Psychological and physical aspects of hand injury.

The Lamp, Vol. 51, N° 7, 17-20.

GRUNERT, B. K.; DEVINE, C. A.; MATLOUB, H. S. ET AL. (1.992):

Psychological adjustment following work-related hand injury: 18-month follow-up.

Annals of Plastic Surgery, Vol. 29, N° 6, 537-542.

GRUNERT, B. K.; HARGARTEN, S. W.; MATLOUB, H. S. ET AL. (1.992):

Predictive value of psychological screening in acute hand injuries.

The Journal of Hand Surgery, Vol. 17A, N° 2, 196-199.

GRUNERT, B. K.; MATLOUB, H. S.; SANGER, J. R. ET AL. (1.990):

Treatment of posttraumatic stress disorder after work-related hand trauma.

The Journal of Hand Surgery, Vol. 15A, N° 3, 511-515.

GRUNERT, B. K.; MATLOUB, H. S.; SANGER, J. R. ET AL. (1.991):

Effects of litigation on maintenance of psychological symptoms after severe hand injury.

The Journal of Hand Surgery, Vol. 16A, N° 6, 1.031-1.034.

- GRUNERT, B. K.; SANGER, J. R.; MATLOUB, H. S. ET AL. (1.991):
Classification system for factitious syndromes in the hand
with implications for treatment.
The Journal fo Hand Surgery, Vol. 16 A, N° 6, 1.027-1.030.
- GRUNERT, B. K.; SMITH, C. J.; DEVINE, C. A. ET AL. (1.988):
Early psychological aspects of severe hand injury.
The Journal of Hand Surgery, Vol. 13B, N° 2, 177-180.
- HALPERN, D. F.; COREN, S. (1.991):
Handedness and lifespan.
New Engl. J. Med., Vol. 324, 998.
- HANCOCK, P. A.; VERWEY, W. B. (1.997):
Fatigue, workload and adaptative driver systems.
Accident Analysis and Prevention, Vol. 29, N° 4, 495-506.
- HAWKINS, W. E.; HAWKINS, M. J. (1.992):
Stress, health-related behavior and quality of life on
depressive symptomatology in a sample of adolescents.
Psychological Reports, Vol. 71, N° 1, 183-186.
- HEIKKINEN, M.; ARO, H.; LÖNNQVIST, J. (1.994):
Recent life events, social support and suicide.
Acta Psychiatrica Scandinavica, Vol. 89, N° 377, 65-72.

HERTZ, R. P.; EMMETT, E. A. (1.986):

Risk factors for occupational hand injury.

Journal of Occupational Medicine, Vol. 28, N° 1, 36-41.

HIMMELSTEIN, J. S.; FEUERSTEIN, M.; STANEK, E. J. (1.995):

Work-related upper-extremity disorders and work disability:
Clinical and psychosocial presentation.

Journal of Occupational and Environmental Medicine, Vol. 37, N° 11, 1.278-1.286.

HIRSCHFELD, A. H.; BEHAN, R. C. (1.963):

The accident process.

JAMA, Vol. 186, 193-199.

HIRSCHFELD, A. H.; BEHAN, R. C. (1.963):

The accident process.

JAMA, Vol. 197, 85-89.

HOLMES, T. H.; RAHE, R. H. (1.967):

The Social Readjustment Rating Scale.

Journal of Psychosomatic Research, Vol. 11, 213-218.

JANICAK, C. A. (1.996):

Predicting accidentes at work with measures of locus of control and job hazards.

Psichological Reports, Vol. 78, N° 1, 115-121.

JOHNSON, R. K. (1.993):

Psychologic assessment of patients with industrial hand injuries.

Hand Clinics, Vol. 9, N° 2, 221-229.

JUSTIS, E. J.; MOORE, S. V.; LAVELLE, D. G. (1.987):

Woodworking injuries: An epidemiologic survey of injuries sustained using woodworking machinery and hand tool.

The Journal of Hand Surgery, Vol. 12A, N° 2, Pt. 2, 890-895.

KARSON, S.; O'DELL, J. W. (1.983):

16 PF, Guía para su uso clínico.

Madrid. TEA Ediciones.

KASDAN, M. L.; STUTTS. J. T. (1.995):

Factitious injuries of the upper extremity.

The Journal of Hand Surgery, Vol. 20A, N° 3, Pt. 2, 57-60.

KASL, S. V. (1.984):

Stress and Health.

Annual Review of Public Health, Vol. 5, 319-341.

KNORR, N. J.; EDGERTON, M. T. (1.971):

Hand injuries: Psychiatric considerations.

Southern Medical Journal, Vol. 64, N° 11, 1.328-1.332.

KRUEGER, D. W. (1.988):

Psicología de la Rehabilitación.

Barcelona. Herder.

LABOUVIE, E.; MCGREE, C. R. (1.986):

Relation of personality to alcohol and drug use in adolescence.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 54, 289-293.

LEE, P. W. H.; HO, E. S. Y.; TSANG, A. K. T. ET AL. (1.985):

Psychosocial adjustment of victims of occupational hand injuries.

Social Science and Medicine, Vol. 20, Nº 5, 493-497.

LEIGH, J. P. (1.986):

Individual and job characteristics as predictors of industrial accidents.

Accident Analysis and Prevention, Vol. 18, Nº 3, 209-216.

LEVENSON, H.; HIRSCHFELD, M. L.; HIRSCHFELD, A. H. (1.980):

Industrial accidents and recent life events.

Journal of Occupational Medicine, Vol. 22, Nº 1, 53-57.

LEVENSON, H.; HIRSCHFELD, M. L.; HIRSCHFELD, A. H. ET AL.
(1.983):

Recent life events and accidents: The role of sex differences.

Journal of Human Stress, Vol. 9, N° 1, 4-11.

LEWIS, R. J.; COOPER, P. (1.989):

Alcohol, other drugs, and fatal work-related injuries.

Journal of Occupational Medicine, Vol. 31, N° 1, 23-28.

LOBO, A. (1.989):

"Screening" de trastornos psíquicos en la práctica médica.

Documento facilitado por el Servicio de Psicología del Centro de Rehabilitación FREMAP. Majadahonda (Madrid).

LÓPEZ, M. D.; POLAINO, A.; ARRANZ, P. (1.992):

Imagen corporal en enfermas mastectomizadas.

Psiquis, Vol. 13, N° 10, 423-428.

MACKINNON, S. E.; NOVAK, C. B. (1.997):

Repetitive strain in the Workplace.

The Journal of Hand Surgery, Vol 22A, N° 1, 2-18.

MANZANO, V. (1.995):

Inferencia Estadística. Aplicaciones con el SPSS/PC+.

Madrid. RA-MA.

MECHANIC, D.; CLEARY, P. D. (1.980):

Factors associated with the maintenance of positive health behavior.

Preventive Medicine, Vol. 9, 895-814.

MÉNDEZ, M. E.; SÁNCHEZ, C. L. (1.995):

Nuevas aportaciones al estudio de trabajadores pluriaccidentados: El caso de una gran industria.

Salud y Trabajo, N° 109, 11-18.

MILLENDER, L. H. (1.992):

Occupational disorders. The disease of 1.990s: A challenge or a bane for hand surgeons.

The Journal of Hand Surgery, Vol. 17 A, N° 2, 193-195.

MORERA, A. L.; GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L. (1.983):

Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica.

Psiquis, Vol. 6, n° 6, 28-36.

NÄÄTÄNEN, R.; SUMMALA, H. (1.976):

Road-user behavior and traffic accidents.

Amsterdam: North-Holland.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1.987):

Medios contra el consumo de drogas y de alcohol en el trabajo.

Ginebra. Oficina Internacional del Trabajo.

PATERSON, M. C.; BURKE, F. D. (1.995):

Psychosocial consequences of upper limb injury.

The Journal of Hand Surgery, Vol. 20B, Nº 6, 776-781.

PAYKEL, E. S.; PORESOFF, B. A.; MEYERS, J. K. (1.975):

Suicide attempts and recent life events.

Arch. Gen. Psychiatry, Vol. 32, 327-333.

PETERS, M.; PERRY, R. (1.991):

No link between left-handedness and maternal age and no elevated accident rate in left-handers.

Neuropsychologia, Vol 29, 1257-1259.

PORAC, C. (1.993):

Hand preference and the incidence of accidental unilateral hand injury.

Neuropsychologia, Vol. 31, Nº 4, 355-362.

RABKIN, J. G.; STRUENING, E. L. (1.976):

Life events, stress and illness.

Science, Vol. 194, 1.013-1.020.

RAHE, R. H.; BENNETT, L.; ROMO, M. ET AL. (1.973):

Subjects' recent life changes and coronary heart disease in Finland.

Amer. J. Psychiat., Vol. 130, 1.222-1226.

SALMINEN, S. (1.995):

Does pressure from the work community increase risk taking?

Psychological Reports, Vol. 77, N° 3, Pt. 2, 1.247-1.250.

SALMINEN, S.; KLEN, T. (1.994):

Accident locus of control and risk taking among forestry and construction workers.

Perception and Motor Skills, Vol 78, N° 3, P. 1, 852-854.

SEISDEDOS, N. (1.985):

16 PF, Monografía Técnica.

Madrid. TEA Ediciones.

SIMMONS, B. P.; VASILE, R. G. (1.980):

The clenched fist Syndrome.

The Journal of Hand Surgery, Vol. 5, 420.

SPIELBERGER, C. D.; JACOBS, G. A. (1.982):

Personality and smoking behavior.

Journal of Personality Assessment, Vol. 46, 396-403.

TAPPAN, D. V.; WEYBREW, B. B. (1.982):

Relationship of personality factors and some social habits to cardiovascular risk in submariners.

Aviation, Space and Environmental Medicine, Vol 53, 383-389.

TEA, (1.985):

16 PF, Cuestionario de personalidad para adultos (R.B. Cattell). MANUAL.

Madrid. TEA Ediciones.

THEORELL, T.; RAHE, R. H. (1.971):

Psychosocial factors and myocardial infarction.

Journal of Psychosomatic Research, Vol. 15, 25-31.

WILLIAMS, A. W.; WARE, J. E.; DONALD, C. A. (1.981):

A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations.

J. Health Soc. Behav., Vol. 22, 324-336.

ZEGANS, L. S. (1.984):

Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects.

New York. The Free Press.

ANEXO: Batería de Pruebas

ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, MÉDICOS Y LABORALES

Nombre _____ Fecha _____

1.- EDAD: _____

2.- ESTADO CIVIL:

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Divorciado / Separado

3.- PROFESIÓN:

- a) Profesional técnico
- b) Administrativo
- c) Obrero / Operario
- d) Fuerzas Armadas / Policía
- e) Comercial y vendedor
- f) Estudiante
- g) Otros (especificar) _____
- h) Jubilado
- i) En paro
- j) Rentista

4.- NIVEL DE ESTUDIOS:

- a) Sin estudios
- b) Primarios
- c) Medios
- d) Superiores

5.- ESTATUS SOCIOECONÓMICO:

- a) Alto
- b) Medio-alto
- c) Medio
- d) Medio-bajo
- e) Bajo

6.- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES:

- a) Sin antecedentes
- b) Con antecedentes

7.- ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES:

- a) Sin antecedentes
 - b) Con antecedentes
- Especificar: _____

8.- TOXICOMANÍAS:

- a) Sin antecedentes
- b) Alcohol
- c) Opiáceos
- d) Cannábicos
- e) Combinaciones

9.- CAUSA DE LA LESIÓN:

- a) Accidental directo
- b) Accidental indirecto
- c) Autolesión

10.- RELACIÓN DE LA LESIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL:

- a) Accidente laboral
- b) Accidente no laboral

11.- ACCIDENTABILIDAD PREVIA:

- a) No tiene
- b) General
- c) Manos
- d) Combinaciones

12.- MANO DOMINANTE:

- a) Diestro
- b) Zurdo
- c) Ambidiestro

13.- MANO LESIONADA:

- a) Dominante
- b) No dominante
- c) Ambas manos

14.- ANTIGÜEDAD EN EL TRABAJO: _____ (en años)

15.- NÚMERO DE CAMBIOS LABORALES: _____

16.- TIPO DE LESIÓN:

- a) Contusión
- b) Heridas
- c) Asociadas y complejas

17.- ESTRUCTURAS LESIONADAS:

- a) Piel
- b) Tendones
- c) Nervios
- d) Músculos
- e) Huesos
- f) Vasos
- g) Mixtas y complejas

18.- AGENTE TRAUMÁTICO:

- a) Físico - Cortante (cristal, cuchillo, etc.)
- b) Físico - Contundente (instrumentos, maquinaria, etc.)
- c) Físico - Otros (arma de fuego, explosivos)
- d) Térmico - Quemaduras
- e) Térmico - Congelaciones
- f) Eléctrico
- g) Giros, caídas

19.- GRAVEDAD DE LA LESIÓN:

- a) Muy grave
- b) Grave
- c) Menos grave
- d) Leve

16 PF

FORMA A

Cuadernillo

ANOTE TODAS SUS CONTESTACIONES EN LA HOJA DE RESPUESTAS



Traducido y adaptado con permiso. Copyright © by The Institute for Personality & Ability Testing, 1956, 1962, 1967, que se reserva todos los derechos. Copyright © 1975, by TEA Ediciones, S. A. - Edita: TEA Ediciones, S. A. - Fray Bernardino de Sahagún, 24, 28036 Madrid - Prohibida la reproducción total o parcial. - Imprime: Aguirre Campano, Daganzo, 15 dpdo., 28002 Madrid - Depósito legal: M.25.769-1975.

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de cuestiones que permitirán conocer sus actitudes e intereses. En general, no existen contestaciones correctas o incorrectas, porque las personas tienen distintos intereses y ven las cosas desde distintos puntos de vista. Conteste con sinceridad; de esta forma se podrá conocer mejor su forma de ser.

Anote sus contestaciones en la Hoja de respuestas que le han entregado. En primer lugar, escriba sus datos (apellidos, nombre, edad, etc.) en la parte superior. Cada cuestión tiene tres posibles respuestas (A, B, C); en la Hoja encontrará estas letras con unos espacios debajo para dar sus respuestas. Las frases están ordenadas numéricamente; siga esta numeración al contestar. Lea atentamente cada cuestión y las tres posibles respuestas; así le será más fácil decidirse.

Ahora conteste a los ejemplos de práctica; para señalar su respuesta (A, B o C) rellene en la hoja el espacio debajo de la letra correspondiente. Si tiene dudas pregunte al examinador.

EJEMPLOS

1. Me gusta presenciar una competición deportiva:
A. Sí B. A veces C. No
2. Prefiero las personas:
A. Reservadas B. Término medio C. Que hacen amigos fácilmente
3. El dinero no hace la felicidad:
A. Verdadero B. Término medio C. Falso
4. «Toro» es a «ternero» como «caballo» es a:
A. Potro B. Ternera C. Yegua

En el último ejemplo sí hay una contestación correcta (Potro), pero existen muy pocas cuestiones de este tipo.

Al contestar tenga en cuenta lo siguiente:

- No piense demasiado las cuestiones ni emplee mucho tiempo en decidirse. Las frases son muy cortas para darle todos los detalles que Vd. quisiera; por ejemplo, se ha puesto «presenciar una competición deportiva», y tal vez a Vd. le guste más el fútbol que el baloncesto; debe contestar pensando en lo que es habitual para Vd. Generalmente se contestan cinco o seis por minuto, y se tarda poco más de media hora para completar todo el Cuadernillo.
- Evite señalar la respuesta «término medio» o equivalente, excepto cuando le sea imposible decidirse por las otras («sí», «no» o respuestas extremas); lo corriente es que esto le ocurra sólo cada tres o más cuestiones.
- Procure no dejar ninguna cuestión sin contestar. Es posible que alguna no tenga nada que ver con Vd. (por que no se aplica perfectamente a su caso); intente elegir la respuesta que vaya mejor con su modo de ser. Tal vez algunas cuestiones le parezcan muy personales; no se preocupe y recuerde que las Hojas de respuestas se guardan como documentos confidenciales y no pueden ser valoradas sin una plantilla especial. Por otra parte, al obtener los resultados no se consideran las respuestas una a una, sino globalmente.
- Conteste sinceramente. No señale sus respuestas pensando en lo que «es bueno» o «lo que interesa» para impresionar al examinador.

Espere. No pase a la página siguiente hasta que se lo indiquen.

1. He comprendido bien las instrucciones para contestar al Cuestionario:
A. Sí B. No estoy seguro C. No
2. Estoy dispuesto a contestar todas las cuestiones con sinceridad:
A. Sí B. No estoy seguro C. No
3. ¿Cuáles de las siguientes palabras es diferente de las otras dos?:
A. Algo B. Nada C. Mucho
4. Poseo suficiente energía para enfrentarme a todos mis problemas:
A. Siempre B. Frecuentemente C. Raras veces
5. Evito criticar a la gente y sus ideas:
A. Sí B. Algunas veces C. No
6. Hago agudas y sarcásticas observaciones a la gente si creo que las merece:
A. Generalmente B. Algunas veces C. Nunca
7. Me gusta más la música semiclásica que las canciones populares:
A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
8. Si veo peleándose a los niños de mis vecinos:
A. Les dejo solucionar sus problemas B. No estoy seguro C. Razono con ellos la solución
9. En situaciones sociales:
A. Fácilmente soy de los que toman iniciativas B. Intervengo algunas veces C. Prefiero quedarme tranquilamente a distancia
10. Sería más interesante ser:
A. Ingeniero de la construcción B. No estoy seguro entre los dos C. Escritor de teatro
11. Generalmente puedo tolerar a la gente presuntuosa, aunque fanfarronee o piense demasiado bien de ella misma:
A. Sí B. Término medio C. No
12. Cuando una persona no es honrada, casi siempre se le puede notar en la cara:
A. Verdadero B. Término medio C. Falso
13. Aceptaría mejor el riesgo de un trabajo donde pudiera tener ganancias mayores, aunque eventuales, que otro con sueldo pequeño, pero seguro:
A. Sí B. No estoy seguro C. No
14. De vez en cuando siento un vago temor o un repentino miedo, sin poder comprender las razones:
A. Sí B. Término medio C. No
15. Cuando me critican duramente por algo que *no* he hecho:
A. No me siento culpable B. Término medio C. Todavía me siento un poco culpable
16. Casi todo se puede comprar con dinero:
A. Sí B. No estoy seguro C. No
17. La mayoría de las personas serían más felices si convivieran más con la gente de su nivel e hicieran las cosas como los demás:
A. Sí B. Término medio C. No
18. En ocasiones, mirándome en un espejo, me entran dudas sobre lo que es mi derecha o izquierda:
A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
19. Cuando algo realmente me pone furioso, suelo calmarme muy pronto:
A. Sí B. Término medio C. No

Pase a la página siguiente

20. Preferiría tener una casa:
 A. En un barrio con vida social B. Término medio C. Aislada en el bosque
21. Con el mismo horario y sueldo, sería más interesante ser:
 A. El cocinero de un buen restaurante B. No estoy seguro entre ambos C. El que sirve las mesas en el restaurante
22. «Cansado» es a «trabajar» como «orgullosa» es a:
 A. Sonreír B. Tener éxito C. Ser feliz
23. Me pongo algo nervioso ante animales salvajes, incluso cuando están encerrados en fuertes jaulas:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
24. Una ley anticuada debería cambiarse:
 A. Sólo después de muchas discusiones B. Término medio C. Inmediatamente
25. La mayor parte de las personas me consideran un interlocutor agradable:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
26. Me gusta salir a divertirme o ir a un espectáculo:
 A. Más de una vez por semana (más de lo corriente) B. Alrededor de una vez por semana (lo corriente) C. Menos de una vez por semana (menos de lo corriente)
27. Cuando veo gente desaliñada y sucia:
 A. Lo acepto simplemente B. Término medio C. Me disgusta y me fastidia
28. Estando en un grupo social me siento un poco turbado si de pronto paso a ser el foco de atención:
 A. Sí B. Término medio C. No
29. Cuando voy por la calle prefiero detenerme antes a ver a un artista pintando que a escuchar a la gente discutir:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
30. Cuando me ponen al frente de algo, insisto en que se sigan mis instrucciones; en caso contrario, renuncio:
 A. Sí B. Algunas veces C. No
31. Sería mejor que las vacaciones fueran más largas y obligatorias para todas las personas:
 A. De acuerdo B. No estoy seguro C. En desacuerdo
32. Hablo acerca de mis sentimientos:
 A. Sólo si es necesario B. Término medio C. Fácilmente, siempre que tengo ocasión
33. Me siento muy abatido cuando la gente me critica en un grupo:
 A. Verdadero B. Término medio C. Falso
34. Si mi jefe (profesor) me llama a su despacho:
 A. Aprovecho la ocasión para pedirle algo que deseo B. Término medio C. Temo haber hecho algo malo
35. Mis decisiones se apoyan más en:
 A. El corazón B. Los sentimientos y la razón por igual C. La cabeza
36. En mi adolescencia pertenecía a equipos deportivos:
 A. Algunas veces B. A menudo C. La mayoría de las veces
37. Cuando hablo con alguien, me gusta:
 A. Decir las cosas tal como se me ocurren B. Término medio C. Organizar antes mis ideas
38. A veces me pongo en estado de tensión y agitación cuando pienso en los sucesos del día:
 A. Sí B. Término medio C. No

Pase a la página siguiente

39. He sido elegido para hacer algo:
 A. Sólo en pocas ocasiones B. Varias veces C. Muchas veces
40. ¿Cuál de las siguientes cosas es diferente de las otras dos?:
 A. Vela B. Luna C. Luz eléctrica
41. «Sorpresa» es a «extraño» como «miedo» es a:
 A. Valeroso B. Ansioso C. Terrible
42. A veces no puedo dormir porque tengo una idea que me da vueltas en la cabeza:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
43. Me siento desasosegado cuando trabajo en un proyecto que requiere una acción rápida que afecta a los demás:
 A. Verdadero B. Término medio C. Falso
44. Indudablemente tengo menos amigos que la mayoría de las personas:
 A. Sí B. Término medio C. No
45. Aborrecería tener que estar en un lugar donde hubiera poca gente con quien hablar:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
46. Creo que es más importantes mucha libertad que buena educación y respeto a la ley:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
47. Siempre me alegra formar parte de un grupo grande, como una reunión, un baile o una asamblea:
 A. Sí B. Término medio C. No
48. En mi época de estudiante me gustaba (me gusta):
 A. La música B. No estoy seguro C. La actividad de tipo manual
49. Si alguien se enfada conmigo:
 A. Intento calmarle B. No estoy seguro C. Me irrita con él
50. Para los padres es más importante:
 A. Ayudar a sus hijos a desarrollarse afectivamente B. Término medio C. Enseñarles a controlar sus emociones
51. Siento de vez en cuando las necesidad de ocuparme en una actividad física enérgica:
 A. Sí B. Término medio C. No
52. Hay veces en que no me siento con humor para ver a alguien:
 A. Muy raramente B. Término medio C. Muy a menudo
53. A veces los demás me advierten que yo muestro mi excitación demasiado claramente en la voz y en los modales:
 A. Sí B. Término medio C. No
54. Lo que el mundo necesita es:
 A. Ciudadanos más sensatos y constantes B. No estoy seguro C. Más «idealistas» con proyectos para un mundo mejor
55. Preferiría tener un negocio propio, no compartido con otra persona:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
56. Tengo mi habitación organizada de un modo inteligente y estético, con las cosas colocadas casi siempre en lugares conocidos:
 A. Sí B. Término medio C. No
57. En ocasiones dudo si la gente con quien estoy hablando se interesa realmente por lo que digo:
 A. Sí B. Término medio C. No

Pase a la página siguiente

58. Si tuviera que escoger, preferiría ser:
 A. Guarda forestal B. No estoy seguro C. Profesor de Enseñanza Media
59. ¿Cuál de las siguientes fracciones es diferente de las otras dos?:
 A. $3/7$ B. $3/9$ C. $3/11$
60. «Tamaño» es a «longitud» como «delito» es a:
 A. Prisión B. Castigo C. Robo
61. En mi vida personal consigo casi siempre todos mis propósitos:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
62. Tengo algunas características en las que me siento claramente superior a la mayor parte de la gente:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
63. Sólo asisto a actos sociales cuando estoy obligado, y me mantengo aparte en las demás ocasiones:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
64. Es mejor ser cauto y esperar poco que optimista y esperar siempre el éxito:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
65. Algunas veces la gente dice que soy descuidado, aunque me considera una persona agradable:
 A. Sí B. Término medio C. No
66. Suelo permanecer callado delante de personas mayores (con mucha más experiencia, edad o jerarquía):
 A. Sí B. Término medio C. No
67. Tengo un buen sentido de la orientación (sitúo fácilmente los puntos cardinales), cuando me encuentro en un lugar desconocido:
 A. Sí B. Término medio C. No
68. Cuando leo en una revista un artículo tendencioso o injusto, me inclino más a olvidarlo que a replicar o «devolver el golpe»:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
69. En tareas de grupo, preferiría:
 A. Intentar mejorar los preparativos B. Término medio C. Llevar las actas o registros y procurar que se cumplan las normas
70. Me gustaría más andar con personas corteses que con individuos rebeldes y toscos:
 A. Sí B. Término medio C. No
71. Si mis conocidos me tratan mal o muestran que yo les disgusto:
 A. No me importa nada B. Término medio C. Me siento abatido
72. Siempre estoy alerta ante los intentos de propaganda en las cosas que leo:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
73. Me gustaría más gozar de la vida tranquilamente y a mi modo que ser admirado por mis resultados:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
74. Para estar informado, prefiero:
 A. Discutir los acontecimientos con la gente B. Término medio C. Apoyarme en las informaciones periodísticas de actualidad
75. Me encuentro formado (maduro) para la mayor parte de las cosas:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
76. Me encuentro más abatido que ayudado por el tipo de crítica que la gente suele hacer:
 A. A menudo B. Ocasionalmente C. Nunca

Pase a la página siguiente

77. En las fiestas de cumpleaños:
- A. Me gusta hacer regalos personales B. No estoy seguro C. Pienso que comprar regalos es un poco latoso
78. «AB» es a «dc» como «SR» es:
- A. qp B. pq C. tu
79. «Mejor» es a «pésimo» como «menor» es a:
- A. Mayor B. Optimo C. Máximo
80. Mis amigos me han fallado:
- A. Muy rara vez B. Ocasionalmente C. Muchas veces
81. Cuando me siento abatido hago grandes esfuerzos por ocultar mis sentimientos a los demás:
- A. Verdadero B. Término medio C. Falso
82. Gasto gran parte de mi tiempo libre hablando con los amigos sobre situaciones sociales agradables vividas en el pasado:
- A. Sí B. Término medio C. No
83. Pensando en las dificultades de mi trabajo:
- A. Intento organizarme antes de que aparezcan B. Término medio C. Doy por supuesto que puedo dominarlas cuando vengan
84. Me cuesta bastante hablar o dirigir la palabra a un grupo numeroso:
- A. Sí B. Término medio C. No
85. He experimentado en varias situaciones sociales el llamado «nerviosismo del orador»:
- A. Muy frecuentemente B. Ocasionalmente C. Casi nunca
86. Prefiero leer:
- A. Una narración realista de contiendas militares o políticas B. No estoy seguro C. Una novela imaginativa y delicada
87. Cuando la gente autoritaria trata de dominarme, hago justamente lo contrario de lo que quiere:
- A. Sí B. Término medio C. No
88. Suelo olvidar muchas cosas triviales y sin importancia, tales como los nombres de las calles y tiendas de la ciudad:
- A. Sí B. Término medio C. No
89. Me gustaría la profesión de veterinario, ocupado con las enfermedades y curación de los animales:
- A. Sí B. Término medio C. No
90. Me resulta embarazoso que me dediquen elogios o cumplidos:
- A. Sí B. Término medio C. No
91. Siendo adolescente, cuando mi opinión era distinta de la de mis padres, normalmente:
- A. Mantenía mi opinión B. Término medio C. Aceptaba su autoridad
92. Me gusta tomar parte activa en las tareas sociales, trabajos de comité, etc.:
- A. Sí B. Término medio C. No
93. Al llevar a cabo una tarea, no estoy satisfecho hasta que se ha considerado con toda atención el menor detalle:
- A. Verdadero B. Término medio C. Falso
94. Tengo ocasiones en que me es difícil alejar un sentimiento de compasión hacia mí mismo:
- A. A menudo B. Algunas veces C. Nunca
95. Siempre soy capaz de controlar perfectamente la expresión de mis sentimientos:
- A. Sí B. Término medio C. No

Pase a la página siguiente

96. Ante un nuevo invento utilitario, me gustaría:
 A. Trabajar sobre él en el laboratorio B. No estoy seguro C. Venderlo a la gente
97. La siguiente serie de letras XOOOXXOOOXXX continúa con el grupo:
 A. OXXX B. OOXX C. XOOO
98. Algunas personas parecen ignorarme o evitarme, aunque no sé por qué:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
99. La gente me trata menos razonablemente de lo que merecen mis buenas intenciones:
 A. A menudo B. Ocasionalmente C. Nunca
100. Aunque no sea en un grupo mixto de mujeres y hombres, me disgusta que se use un lenguaje obsceno:
 A. Sí B. Término medio C. No
101. Me gusta hacer cosas atrevidas y temerarias sólo por el placer de divertirme:
 A. Sí B. Término medio C. No
102. Me resulta molesta la vista de una habitación muy sucia:
 A. Sí B. Término medio C. No
103. Cuando estoy en un grupo pequeño, me agrada quedarme en un segundo término y dejar que otros lleven el peso de la conversación:
 A. Sí B. Término medio C. No
104. Me resulta fácil mezclarme con la gente en una reunión social:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
105. Sería más interesante ser:
 A. Orientador vocacional para ayudar a los jóvenes en la búsqueda de su profesión B. No estoy seguro C. Directivo de una empresa industrial
106. Por regla general, mis jefes y mi familia me encuentran defectos sólo cuando realmente existen:
 A. Verdadero B. Término medio C. Falso
107. Me disgusta el modo con que algunas personas se fijan en otras en la calle o en las tiendas:
 A. Sí B. Término medio C. No
108. Como los alimentos con gusto y placer, aunque no siempre tan cuidadosa y educadamente como otras personas:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
109. Temo algún castigo incluso cuando no he hecho nada malo:
 A. A menudo B. Ocasionalmente C. Nunca
110. Me gustaría más tener un trabajo con:
 A. Un determinado sueldo fijo B. Término medio C. Un sueldo más alto pero siempre que demuestre a los demás que lo merezco
111. Me molesta que la gente piense que mi comportamiento es demasiado raro o fuera de lo corriente:
 A. Mucho B. Algo C. Nada en absoluto
112. A veces dejo que sentimientos de envidia o celos influyan en mis acciones:
 A. Sí B. Término medio C. No
113. En ocasiones, contrariedades muy pequeñas me irritan mucho:
 A. Sí B. Término medio C. No
114. Siempre duermo bien, nunca hablo en sueños ni me levanto sonámbulo:
 A. Sí B. Término medio C. No

Pase a la página siguiente

115. Me resultaría más interesante trabajar en una empresa:
 A. Atendiendo a los clientes B. Término medio C. Llevando las cuentas o los archivos
116. «Azada» es a «cavar» como «cuchillo» es a:
 A. Cortar B. Afilarse C. Picar
117. Cuando la gente no es razonable, yo normalmente:
 A. Me quedo tan tranquilo B. Término medio C. La menosprecio
118. Si los demás hablan en voz alta cuando estoy escuchando música:
 A. Puedo concentrarme en ella sin que me molesten B. Término medio C. Eso me impide disfrutar de ella y me incomoda
119. Creo que se me describe mejor como:
 A. Comedido y reposado B. Término medio C. Enérgico
120. Preferiría vestirme con sencillez y corrección que con un estilo personal y llamativo:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
121. Me niego a admitir sugerencias bien intencionadas de los demás, aunque sé que no debería hacerlo:
 A. Algunas veces B. Casi nunca C. Nunca
122. Cuando es necesario que alguien emplee un poco de diplomacia y persuasión para conseguir que la gente actúe, generalmente sólo me lo encargan a mí:
 A. Sí B. Término medio C. No
123. Me considero a mí mismo como una persona muy abierta y sociable:
 A. Sí B. Término medio C. No
124. Me gusta la música:
 A. Ligera, movida y animada B. Término medio C. Emotiva y sentimental
125. Si estoy completamente seguro de que una persona es injusta o se comporta egoístamente, se lo digo, incluso si esto me causa problemas:
 A. Sí B. Término medio C. No
126. En un viaje largo, preferiría:
 A. Leer algo profundo pero interesante B. No estoy seguro C. Pasar el tiempo charlando sobre cualquier cosa con un compañero de viaje
127. En una situación que puede llegar a ser peligrosa, creo que es mejor alborotar o hablar alto, aún cuando se pierdan la calma y la cortesía:
 A. Sí B. Término medio C. No
128. Es muy exagerada la idea de que la enfermedad proviene tanto de causas mentales como físicas:
 A. Sí B. Término medio C. No
129. En cualquier gran ceremonia oficial debería mantenerse la pompa y el esplendor:
 A. Sí B. Término medio C. No
130. Cuando hay que hacer algo, me gustaría más trabajar:
 A. En equipo B. No estoy seguro C. Yo solo
131. Creo firmemente que «tal vez el jefe no tenga siempre la razón, pero siempre tiene la razón por ser el jefe»:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
132. Suelo enfadarme con las personas demasiado pronto:
 A. Sí B. Término medio C. No
133. Siempre puedo cambiar viejos hábitos sin dificultad y sin volver a ellos:
 A. Sí B. Término medio C. No

Pase a la página siguiente

134. Si el sueldo fuera el mismo, preferiría ser:
 A. Abogado B. No estoy seguro entre ambos C. Navegante o piloto
135. «Llama» es a «calor» como «rosa» es a:
 A. Espina B. Pétalo C. Aroma
136. Cuando se acerca el momento de algo que he planeado y he esperado, en ocasiones pierdo la ilusión por ello:
 A. Verdadero B. Término medio C. Falso
137. Puedo trabajar cuidadosamente en la mayor parte de las cosas sin que me molesten las personas que hacen mucho ruido a mi alrededor:
 A. Sí B. Término medio C. No
138. En ocasiones hablo a desconocidos sobre cosas que considero importantes, aunque no me pregunten sobre ellas:
 A. Sí B. Término medio C. No
139. Me atrae más pasar una tarde ocupado en una tarea tranquila a la que tenga afición que estar en una reunión animada:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
140. Cuando debo decidir algo, tengo siempre presentes las reglas básicas de lo justo y lo injusto:
 A. Sí B. Término medio C. No
141. En el trato social:
 A. Muestro mis emociones tal como las siento B. Término medio C. Guardo mis emociones para mis adentros
142. Admiro más la belleza de un poema que la de un arma de fuego bien construida:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
143. A veces digo en broma disparates, sólo para sorprender a la gente y ver qué responden:
 A. Sí B. Término medio C. No
144. Me agradecería ser un periodista que escribiera sobre teatro, conciertos, ópera, etc.:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
145. Nunca siento la necesidad de garabatear, dibujar o moverme cuando estoy sentado en una reunión:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
146. Si alguien me dice algo que yo sé que no es cierto, suelo pensar:
 A. «Es un mentiroso» B. Término medio C. «Evidentemente no está bien informado»
147. La gente me considera con justicia una persona activa pero con éxito sólo mediano:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
148. Si se suscitara una controversia violenta entre otros miembros de un grupo de discusión:
 A. Me gustaría ver quién es el «ganador» B. Término medio C. Desearía que se suavizara de nuevo la situación
149. Me gusta planear mis cosas solo, sin interrupciones y sugerencias de otros:
 A. Sí B. Término medio C. No
150. Me gusta seguir mis propios caminos, en vez de actuar según normas establecidas:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso
151. Me pongo nervioso (tenso) cuando pienso en todas las cosas que tengo que hacer:
 A. Sí B. Algunas veces C. No
152. No me perturba que la gente me haga alguna sugerencia cuando estoy jugando:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso

Pase a la página siguiente

153. Me parece más interesante ser:
 A. Artista B. No estoy seguro C. Secretario de un club social
154. ¿Cuál de las siguientes palabras es diferente de las otras dos?:
 A. Ancho B. Zigzag C. Recto
155. He tenido sueños tan intensos que no me han dejado dormir bien:
 A. A menudo B. Ocasionalmente C. Prácticamente nunca
156. Aunque tenga pocas posibilidades de éxito, creo que todavía me merece la pena correr el riesgo:
 A. Sí B. Término medio C. No
157. Cuando yo sé muy bien lo que el grupo tiene que hacer, me gusta ser el único en dar las órdenes:
 A. Sí B. Término medio C. No
158. Me consideran una persona muy entusiasta:
 A. Sí B. Término medio C. No
159. Soy una persona bastante estricta, e insisto siempre en hacer las cosas tan correctamente como sea posible:
 A. Verdadero B. Término medio C. Falso
160. Me disgusta un poco que la gente me esté mirando cuando trabajo:
 A. Sí B. Término medio C. No
161. Como no siempre es posible conseguir las cosas utilizando gradualmente métodos razonables, a veces es necesario emplear la fuerza:
 A. Verdadero B. Término medio C. Falso
162. Si se pasa por alto una buena observación mía:
 A. La dejo pasar B. Término medio C. Doy a la gente la oportunidad de volver a escucharla
163. Me gustaría hacer el trabajo de un oficial encargado de los casos de delincuentes bajo fianza:
 A. Sí B. Término medio C. No.
164. Hay que ser prudente antes de mezclarse con cualquier desconocido, puesto que hay peligros de infección y de otro tipo:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
165. En un viaje al extranjero, preferiría ir en un grupo organizado, con un experto, que planear yo mismo los lugares que deseo visitar:
 A. Sí B. No estoy seguro C. No
166. Si la gente se aprovecha de mi amistad, no me quedo resentido y lo olvido pronto:
 A. Verdadero B. Término medio C. Falso
167. Creo que la sociedad debería aceptar nuevas costumbres, de acuerdo con la razón, y olvidar los viejos usos y tradiciones:
 A. Sí B. Término medio C. No
168. Aprendo mejor:
 A. Leyendo un libro bien escrito B. Término medio C. Participando en un grupo de discusión
169. Me gusta esperar a estar seguro de que lo que voy a decir es correcto, antes de exponer mis ideas:
 A. Siempre B. Generalmente C. Sólo si es posible
170. Algunas veces me «sacan de quicio» de un modo insoportable pequeñas cosas, aunque reconozca que son triviales:
 A. Sí B. Término medio C. No
171. No suelo decir, sin pensarlas, cosas que luego lamento mucho:
 A. Verdadero B. No estoy seguro C. Falso

Pase a la página siguiente

172. Si se me pidiera colaborar en una campaña caritativa:
A. Aceptaría B. No estoy seguro C. Diría cortésmente que estoy muy ocupado
173. «Pronto» es a «nunca» como «cerca» es a:
A. En ningún sitio B. Lejos C. En otro sitio
174. Si cometo una falta social desagradable, puedo olvidarla pronto:
A. Sí B. No estoy seguro C. No
175. Se me considera un «hombre de ideas» que casi siempre puede apuntar alguna solución a un problema:
A. Sí B. Término medio C. No
176. Creo que se me da mejor mostrar:
A. Aplomo en las pugnas y discusiones de una reunión B. No estoy seguro C. Tolerancia con los deseos de los demás
177. Me gusta un trabajo que presente cambios, variedad y viajes, aunque implique algún peligro:
A. Sí B. Término medio C. No
178. Me gusta un trabajo que requiera dotes de atención y exactitud:
A. Sí B. Término medio C. No
179. Soy de ese tipo de personas con tanta energía que siempre están ocupadas:
A. Sí B. No estoy seguro C. No
180. En mi época de estudiante prefería (prefiero):
A. Lengua o Literatura B. No estoy seguro C. Matemáticas o Aritmética
181. Algunas veces me ha turbado el que la gente diga a mi espalda cosas desagradables de mí sin fundamento:
A. Sí B. No estoy seguro C. No
182. Hablar con personas corrientes, convencionales y rutinarias:
A. Es a menudo muy interesante e instructivo B. Término medio C. Me fastidia porque no hay profundidad o se trata de chismes y cosas sin importancia
183. Algunas cosas me irritan tanto que creo que entonces lo mejor es no hablar:
A. Sí B. Término medio C. No
184. En la formación del niño, es más importante:
A. Darle bastante afecto B. Término medio C. Procurar que aprenda hábitos y actitudes deseables
185. Los demás me consideran una persona firme e imperturbable, impasible ante los vaivenes de las circunstancias:
A. Sí B. Término medio C. No
186. Creo que en el mundo actual es más importante resolver:
A. El problema de la intención moral B. No estoy seguro C. Los problemas políticos
187. Creo que no me he saltado ninguna cuestión y he contestado a todas de modo apropiado:
A. Sí B. No estoy seguro C. No

ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES (HOLMES Y RAHE, 1.967)
VERSIÓN ESPAÑOLA DE GONZÁLEZ RIVERA Y MORERA (1.983)

Nombre _____ Fecha _____

Por favor, de los siguientes acontecimientos, señale con una cruz los que le han sucedido en el año anterior, antes de producirse el traumatismo.

- 1.- Muerte del cónyuge.....
- 2.- Separación
- 3.- Divorcio
- 4.- Matrimonio
- 5.- Reconciliación
- 6.- Rotura de un noviazgo o relación similar
- 7.- Enamorarse o iniciar una relación íntima y profunda
- 8.- Embarazo deseado
- 9.- Embarazo no deseado
- 10.- Aborto provocado
- 11.- Aborto no deseado
- 12.- Relación sexual al margen del matrimonio
- 13.- Ruptura de la relación sexual al margen del matrimonio
- 14.- Dificultades sexuales
- 15.- Dificultades en la educación de los hijos
- 16.- Niños bajo el cuidado de otras personas
- 17.- Muerte de un familiar cercano
- 18.- Enfermedad o mejoría de una enfermedad de un miembro cercano a la familia
- 19.- Incorporación de un nuevo miembro a la familia
- 20.- Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar
- 21.- Ruptura de la familia (separación de padres)
- 22.- Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar
- 23.- Desaparición de problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar ..
- 24.- Período de alejamiento del hogar
- 25.- Hijos lejos del hogar
- 26.- Quedarse sin trabajo
- 27.- Retiro laboral
- 28.- Despido
- 29.- Cambio de lugar de trabajo
- 30.- El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa
- 31.- Ascenso en el trabajo
- 32.- Problemas con superiores en el trabajo
- 33.- Nuevo empleo en la misma línea de trabajo
- 34.- Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo

SIGUE ...

- 35.- Cambio de horario de las condiciones del trabajo actual
- 36.- Problemas con colegas o compañeros de trabajo
- 37.- Préstamo o hipoteca de más de un millón de pesetas
- 38.- Ingresos aumentados sustancialmente (25%)
- 39.- Ingresos reducidos sustancialmente (25%)
- 40.- Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento
- 41.- Problema legal menor (multa, borrachera)
- 42.- Complicación en una pelea
- 43.- Enfermedad o accidente que requiere guardar cama
- 44.- Muerte de un amigo
- 45.- Cambio de casa
- 46.- Compra de casa
- 47.- Accidente o situación de violencia física
- 48.- Éxito personal de gran envergadura
- 49.- Exámenes
- 50.- Reformas en la casa
- 51.- Cambio en las costumbres personales (de salir, de vestir, de estilo de vida, etc.)
- 52.- Cambio en opiniones religiosas
- 53.- Cambio en opiniones políticas
- 54.- Cambio en costumbres sociales
- 55.- Cambio en el ritmo del sueño
- 56.- Cambio de apetito o de costumbres alimentarias
- 57.- Vacaciones fuera de casa
- 58.- Fiesta de Navidad y Reyes
- 59.- Problemas relacionados con el alcohol o las drogas
- 60.- Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico
- 61.- Repentino y serio deterioro de la audición y/o visión

AGRUPACIÓN DE LOS ÍTEMS DE LA
ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES (HOLMES Y RAHE, 1.967)
(VERSIÓN ESPAÑOLA DE GONZÁLEZ RIVERA Y MORERA, 1.983)
EN FUNCIÓN DE LAS ÁREAS:

AREAS:

ÍTEMS:

* PAREJA:	1 al 14 y 30
* FAMILIA:	15 al 23, 25 y 44
* COSTUMBRES:	24, 45, 50 al 58
* OCUPACIÓN:	26 al 29, 31 al 36, 48 y 49
* ECONOMÍA Y LEY:	37 al 42 y 46
* SALUD:	43, 47 y 59 al 61

**ESCALA DE ACONTECIMIENTOS VITALES (HOLMES Y RAHE, 1.967)
VERSIÓN ESPAÑOLA DE GONZÁLEZ RIVERA Y MORERA (1.983)**

VALORACIÓN DE LOS ÍTEMS SEGÚN POBLACIÓN ESPAÑOLA
(Escala de 0 a 100 en función de la intensidad de la reacción emocional, impacto,
estrés o cambio que pueden inducir en un individuo normal)

1.- Muerte del cónyuge.....	92
2.- Separación	58
3.- Divorcio	50
4.- Matrimonio	60
5.- Reconciliación	62
6.- Rotura de un noviazgo o relación similar	50
7.- Enamorarse o iniciar una relación íntima y profunda	57
8.- Embarazo deseado	67
9.- Embarazo no deseado	65
10.- Aborto provocado	51
11.- Aborto no deseado	71
12.- Relación sexual al margen del matrimonio	58
13.- Ruptura de la relación sexual al margen del matrimonio	49
14.- Dificultades sexuales	67
15.- Dificultades en la educación de los hijos	70
16.- Niños bajo el cuidado de otras personas	57
17.- Muerte de un familiar cercano	73
18.- Enfermedad o mejoría de una enfermedad de un miembro cercano a la familia	61
19.- Incorporación de un nuevo miembro a la familia	52
20.- Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar	50
21.- Ruptura de la familia (separación de padres)	79
22.- Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar	40
23.- Desaparición de problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar ..	34
24.- Período de alejamiento del hogar	53
25.- Hijos lejos del hogar	68
26.- Quedarse sin trabajo	82
27.- Retiro laboral	58
28.- Despido	81
29.- Cambio de lugar de trabajo	42
30.- El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa	47
31.- Ascenso en el trabajo	57
32.- Problemas con superiores en el trabajo	55
33.- Nuevo empleo en la misma línea de trabajo	42
34.- Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo	52

SIGUE ...

35.-	Cambio de horario de las condiciones del trabajo actual	37
36.-	Problemas con colegas o compañeros de trabajo	46
37.-	Préstamo o hipoteca de más de un millón de pesetas	67
38.-	Ingresos aumentados sustancialmente (25%)	48
39.-	Ingresos reducidos sustancialmente (25%)	61
40.-	Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento	84
41.-	Problema legal menor (multa, borrachera)	47
42.-	Complicación en una pelea	52
43.-	Enfermedad o accidente que requiere guardar cama	66
44.-	Muerte de un amigo	68
45.-	Cambio de casa	37
46.-	Compra de casa	51
47.-	Accidente o situación de violencia física	-
48.-	Éxito personal de gran envergadura	-
49.-	Exámenes	-
50.-	Reformas en la casa	-
51.-	Cambio en las costumbres personales (de salir, de vestir, de estilo de vida, etc.)	40
52.-	Cambio en opiniones religiosas	37
53.-	Cambio en opiniones políticas	32
54.-	Cambio en costumbres sociales	34
55.-	Cambio en el ritmo del sueño	43
56.-	Cambio de apetito o de costumbres alimentarias	39
57.-	Vacaciones fuera de casa	48
58.-	Fiesta de Navidad y Reyes	51
59.-	Problemas relacionados con el alcohol o las drogas	71
60.-	Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico	73
61.-	Repentino y serio deterioro de la audición y/o visión	81

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG
General Health Questionnaire (G.H.Q.-28 Items)
VERSIÓN ESPAÑOLA DE LOBO Y COLS. (1.981, 1986)

Nombre _____

Fecha _____

POR FAVOR LEER CUIDADOSAMENTE:

Nos gustaría saber si Vd. ha tenido algunas molestias o trastornos y cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Por favor, conteste a **TODAS** las preguntas, simplemente subrayando las respuestas que, a su juicio, se acercan más a lo que siente o ha sentido Vd. Recuerde que no queremos conocer los problemas que ha tenido en el pasado, sino los recientes y actuales.

Es importante que trate de responder a TODAS las respuestas.

Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

(A) 1.- ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

2.- ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

3.- ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

4.- ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

5.- ¿Ha padecido dolores de cabeza?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6.- ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

7.- ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

(B)

1.- ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

2.- ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

3.- ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

4.- ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

5.- ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

6.- ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

7.- ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?

No, en absoluto	No más que lo habitual	Bastante más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	------------------------------	---------------------------

(C)

1.- ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Bastante menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
----------------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------------

2.- ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Más rápido que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
----------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------

3.- ¿Ha tenido la impresión, en conjunto de que está haciendo las cosas bien?

Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------

4.- ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Más satisfecho	Aprox. lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
----------------	---------------------------------	----------------------------------	------------------------

5.- ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?

Más tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
----------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------

6.- ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------------

7.- ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?

Menos que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------

(D)

1.- ¿Ha pensado que Vd. es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

2.- ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanzas?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

3.- ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

4.- ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

5.- ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

6.- ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

No, en absoluto No más que lo habitual Bastante más que lo habitual Mucho más que lo habitual

7.- ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida viene repetidamente a la cabeza?

Claramente, no Me parece que no Se me ha cruzado por la mente Claramente lo he pensado

ESCALA	PUNTUACIÓN
A	
B	
C	
D	
TOTAL	

Miguel Suarez Coraco
Estudio de factores psicológicos asociados
a los Traumatismos de la guerra

por unanimidad, Apto con laudem
Ses Novena de

~~[Signature]~~
[Signature]

[Signature]
[Signature]
Juan Pineda

98
~~[Signature]~~
[Signature]