



IMPLICACIONES DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

IMPLICATIONS OF TEMPORARY JOB DISABILITY: ABOUT A CASE

Lic. Álvaro José López Núñez
aldia14@gmail.com

Recibido: 28-06-2021

Aceptado: 26-09-2021

Resumen

El presente artículo, es un estudio de caso titulado Implicaciones de una incapacidad Laboral Temporal, y hace referencia a un profesor Universitario practicante de actividad física diaria, quien sufrió un accidente laboral por lo que se le realizó cirugía de rodilla presentando implicaciones laboral, profesional, psicológica, social y familiar. El Ministerio del trabajo y Seguridad Social vela por proteger laboralmente a trabajadores en el país (Colombia). La evolución de la lesión asociada a modelos teóricos ayuda a comprender aspectos psicológicos relacionados y sus respuestas. Los objetivos del estudio determinan implicaciones consecuentes del accidente, asociándolas con variables psicológicas incidentes en ellas y su tratamiento. La técnica de recolección fue la observación participante, fichas de registro y notas e instrumentos como la escala de ansiedad y depresión de Goldberg, para orientar diagnóstico y prueba de temperamento preparada por Littauer, para analizar personalidad como auto examen. Las conclusiones arrojaron que las implicaciones profesionales, laborales, psicológicas y familiares del accidente, se observaron en la incapacidad para realizar actividades laborales en las primeras cuatro semanas del post operatorio.

Palabras clave: Accidente laboral, implicaciones, escala de ansiedad y depresión, rehabilitación inmediata.

Abstract

This article is a case study entitled Implications of a Temporary Labor Disability and refers to a university professor practicing daily physical activity, who suffered an occupational accident for which he underwent knee surgery presenting labor, professional, psychological, social and family. The Ministry of Labor and Social Security ensures the labor protection of workers in the country (Colombia). The evolution of the injury associated with theoretical models helps to

understand related psychological aspects and their responses. The objectives of the study determine consequent implications of the accident, associating them with psychological variables incident in them and their treatment. The collection technique was participant observation, record sheets and notes, and instruments such as the Goldberg anxiety and depression scale; to guide diagnosis and temperament test prepared by Littauer, to analyze personality as a self-examination. The conclusions showed that the professional, work, psychological and family implications of the accident were observed in the inability to carry out work activities in the first four weeks after surgery.

Keywords: Work accident, implications, anxiety and depression scale, immediate

Introducción

La vinculación laboral de todo individuo otorga ingresos económicos para cubrir las necesidades básicas y mejorar la condición de vida de cada uno de ellos. Teóricamente, este concepto es aceptado por los trabajadores y empleadores, de donde se desprende la idea de bienestar a partir de los salarios recibidos, cubrimiento en seguridad social, respaldo al resto de la familia y derechos y deberes relacionados con dicho vínculo. Aunque el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social en Colombia, vela por la calidad del empleo y la producción de las empresas, además de garantizar ambientes laborales confiables regidos por un sistema de riesgos laborales destinados a prevenir, proteger y brindar atención a los empleados expuestos a enfermedades o lesiones consecuentes a su labor en el trabajo, esto en ocasiones es insuficiente para evitar dichos accidentes o enfermedades de trabajo, lo que es corroborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2014, que reporta que en el mundo ocurren 317 millones de accidentes no mortales en el lugar de trabajo (Duque y Yáñez, 2015).

Ahora bien, según la federación de aseguradores de Colombia (Fasecolda), el Departamento del Magdalena; cuya capital es Santa Marta, tiene la mayor tasa de accidentalidad laboral en el país con 10,5 accidentes por cada 100 trabajadores calificados afiliados al Sistema general de riesgos laborales (SGRL) en 2018, con un aumento del 4% en accidentalidad en comparación con el 2017 (Consejo Colombiano de Seguridad, 2019).

El presente estudio trata la lesión ocurrida a un profesor universitario en su rodilla derecha, que se publica como investigación propia independiente de trabajos de postgrado; hecho que sobrevino en el sitio de trabajo causándole una incapacidad laboral como consecuencia del accidente y su posterior cirugía de la articulación comprometida, cuya importancia se destaca porque muestra las implicaciones de carácter laboral, personal, familiar, psicológica y social en el individuo afectado. Además, con el estudio se observa como una incapacidad laboral puede influir en aspectos relevantes de las actividades de la vida diaria de una persona con hábitos

saludables, futbolista de fin semana, practicante de actividad física diaria y responsable de sus actividades laborales, académicas y familiares entre otras.

La intención general a propósito de este estudio de caso fue establecer cuáles son las implicaciones de una incapacidad laboral temporal que se generaron en un profesor universitario al sufrir un accidente en el sitio de trabajo y cómo se afectaron los diferentes aspectos en el accidentado. Dentro de las intenciones específicas está definir si el lesionado sufrió alteraciones psicológicas, ocupacionales, personales, familiares o sociales por causa de la incapacidad laboral temporal; así como también definir el manejo psicológico, fisioterapéutico y laboral para evitar secuelas y optimizar el regreso del lesionado a la vida laboral y a las actividades de la vida diaria e identificar si la incapacidad laboral temporal causó secuelas o dificultades en la rehabilitación de la lesión o en su regreso a la vida laboral y las actividades habituales del profesor objeto de estudio.

Durante el proceso de este reporte de caso se plantea el Marco teórico, método y materiales, resultados y análisis e interpretación, las conclusiones y recomendaciones y finalmente, las referencias bibliográficas y los anexos.

Marco Teórico

De acuerdo con la Ley 1562 de 2012, en el artículo 3^o se encuentra que “accidente de trabajo es todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o psiquiátrica, una invalidez o la muerte”. Este planteamiento, reafirma el estudio de caso que se presenta fundamentado en la lesión ocurrida a un funcionario, profesor de una institución universitaria de la ciudad de Santa Marta, Departamento del Magdalena en el Caribe Colombiano y profesional de la salud como Fisioterapeuta del equipo de fútbol profesional de la misma ciudad, trasladado a sala de urgencias de una clínica prestadora de los servicios por la Aseguradora de riesgos laborales (ARL) que cubre la empresa donde trabaja el docente, consulta médica especializada, remisión a ayudas diagnósticas, revisión por subespecialidades médicas y programación de cirugía e intervención quirúrgica de acuerdo a los resultados obtenidos en el proceso.

En términos generales, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), de los países miembros de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), México, Brasil, Argentina y España entre otros; coinciden en definir el accidente laboral como eventos que ocurren en el trabajo y que causan lesiones mortales u orgánicas con perturbación funcional o invalidez (Duque y Yáñez, 2015). A pesar de que las empresas realizan campañas para evitar los accidentes y utilizan medidas preventivas para que no ocurran, los reportes indican que se presentan y los estudios son escasos a pesar de la prevalencia en ascenso; por ende, el sector empresarial procura priorizar la evaluación de los riesgos, debido a que el trabajador es el activo más importante en los procesos productivos de la industria y esta busca minimizar el elevado impacto psicológico y económico

derivado de los accidentes laborales. Al respecto, estos autores citan a Herrera y Lizarazo (citado en Duque y col, 2015), los cuales expresan:

...realizaron un estudio jurídico-descriptivo con aplicación de los métodos analítico e inductivo, concluyendo que la Ley 1562 de 2012, contribuyó a equiparar al sistema jurídico colombiano con los estándares internacionales dados por la OIT; además propendió a la universalización de la cobertura del sistema, incluyendo a todos los trabajadores, tanto desde el enfoque subjetivo como bajo la óptica de los contenidos materiales.

Las consecuencias inmediatas y tardías de una incapacidad laboral se asumen por parte del lesionado en cuanto a la percepción del tiempo de trabajo, productividad, estado de ánimo, responsabilidad con las tareas, respuestas emocionales, importancia de su competencia, disminución de la capacidad de desplazarse o moverse y soledad en el entorno.

En ese sentido, la preocupación principal es la lesión producto del accidente laboral y sus implicaciones sociales, personales, familiares y profesionales alrededor de la injuria. El accidente laboral, trae como consecuencia incapacidad laboral, efectos personales y sociales, cambios en la vida personal y familiar, interrupción o limitación de las actividades extracurriculares diarias y alteración de variables psicológicas relacionadas con el accidente de trabajo. Ortín, Garcés de los Fayos y Olmedilla (2010), citan a Buceta, al indicar que dicha lesión se puede asemejar a las que ocurren en el deporte por la influencia directa en padecimientos compatibles con ese tipo de injurias y la condición de deportista del lesionado.

Las lesiones o accidentes laborales ocurren por factores internos, como los fisiológicos, biomecánicos y psicológicos; y externos, como condiciones ambientales e infraestructura física. Entre los factores psicológicos, los primeros estudios al respecto se hicieron hacia la personalidad de los lesionados y las conclusiones apuntan a que las variables psicológicas, influyen en los mecanismos de lesión o en ella misma cuando ésta ha ocurrido. Es así como dichas variables psicológicas: el estrés psicosocial, la ansiedad, la motivación y la autoconfianza, son las más estudiadas.

Los modelos teóricos ayudan a comprender los aspectos psicológicos relacionados con la lesión. Unos, se asocian a las reacciones emocionales del lesionado y la valoración cognitiva que expresa la relación entre la personalidad y la aparición de dichas reacciones. El segundo modelo, integra teorías basadas en el dolor y el estrés y se conoce como modelo integrado de la respuesta psicológica a la lesión y al proceso de rehabilitación. El individuo incapacitado producto del accidente laboral responde emocional y conductualmente debido a factores personales y situacionales y a la percepción cognitiva después de la lesión (Ortín y col, 2010).

De igual manera, la afección de la respuesta cognitiva del lesionado en cuanto a autoestima, autoconcepto y autoconfianza; así como la percepción sobre la causa del accidente,

disponibilidad del apoyo social y la habilidad de cooperación con la experiencia de la lesión, depende del dolor, la ansiedad, la apatía y el pronóstico de la situación. Al causar el accidente laboral, una lesión similar a las que se dan en deportistas, el estudio involucra igualmente aspectos psicológicos que rodean la lesión, dando cuenta que las investigaciones se centran en la rehabilitación, estadísticamente casi tres veces más que en las consecuencias psicológicas, destacado en el artículo de revisión de Olmedilla, Ortega, Abenza y Boladeras (2011) y que analiza 96 artículos de investigación entre 2000 y 2009 utilizando la base de datos EBSCOHost.

Parafraseando a Zapata, Jiménez y Ramírez (2012), las teorías de la accidentalidad en el trabajo, explican dichos eventos entre las que se destacan: Teoría de la causalidad múltiple, en la que se indica que existen múltiples causas que lo provocan; Teoría de la casualidad pura, que refiere que los trabajadores tienen la misma probabilidad de sufrirlo; Teoría de la probabilidad sesgada, que aduce que un funcionario que sufre un accidente, tiene mayor o menor probabilidad de estar involucrado en otro respecto a sus compañeros de trabajo y en este ambiente la interacción personas vs medios físicos de trabajo constituyen los factores de la accidentalidad; y la Teoría de la propensión al accidente, en donde hay personas que tienen mayor propensión a sufrir dicha injuria. En el presente estudio de un caso, la Teoría de la causalidad, se acerca a la explicación de este evento.

Ahora bien, la realización de actividad física influye en comportamientos, pensamientos y emociones; así mismo, las respuestas emocionales hacen lo propio en el rendimiento de las personas en deportes, ejercicio y labores de la vida diaria. La promoción de la actividad física y la mejora del rendimiento al realizar ejercicio y deporte requiere comprensión como base ascendente que adhiere la Psicología a el ejercicio y el deporte. A este respecto, Romero, Brustad y García-Mas (2007), afirman que “la relación directa y fundamental entre actividad física y bienestar psicológico y bienestar físico, concretamente entre personas mayores, y de la consecuente mejoría de su calidad de vida, dentro de una práctica regular orientada” (p. 39), explicita la interrelación actividad física deportiva y generación de estados emocionales positivos articulados con el bienestar psicológico.

Por tanto, la recomendación de prescripción del ejercicio para mantenimiento de la salud, por lo menos cinco veces a la semana de ejercicio aeróbico moderado entre treinta y cuarenta y cinco minutos cada vez, e integrar dos días de ejercicios de fuerza muscular, ha demostrado mejora de los síntomas depresivos, ansiedad, autoestima, preocupaciones conductuales y psicológicas y en el funcionamiento cognitivo Subirats, Subirats y Soteras (2012). A este respecto se puede inferir que existe una relación entre los efectos que produce la actividad física en el lesionado y las implicaciones psicológicas que experimentó el profesor sujeto de estudio.

Como bien es sabido, los riesgos laborales han estado presentes a través de la historia, desde cuando el trabajador carecía de derechos y corría a su suerte cuando se lesionaba en el trabajo. Los sindicatos, gremios y la organización en el trabajo, defendieron dichos derechos y en nuestros días se apunta a la prevención de riesgos, establecimiento de leyes y decretos en defensa de la prevención sin centrarse exclusivamente en riesgos físicos, químicos o ambientales; sino

también en factores psicosociales y la psicología aplicada al trabajo. Con la emergencia de los conceptos: factores psicosociales, factores psicosociales del riesgo y riesgos psicosociales se abarca la terminología que se refiere a aspectos en el trabajo en cuanto a estructura y condiciones organizacionales que tienen que ver con situaciones de la vida laboral que afectan la salud del que trabaja con repercusiones en aspectos físicos, psicológicos o mentales. Los nuevos riesgos nacientes son un reto para la salud laboral y se convierten en problemas mayores en la situación organizacional del momento y del mercado de trabajo (Moreno, 2011).

La comprensión de las reacciones psicológicas del lesionado después de ocurrida la injuria con su consecuente cirugía y las implicaciones laborales, personales, familiares y profesionales, se fundamenta en las investigaciones sobre los modelos centrados en las reacciones emocionales del trabajador, sobre todo cuando existe una incapacidad laboral de larga duración incluyendo la teoría de la valoración cognitiva expuesta por Brewer (2003), quien destaca la importancia de la personalidad en la aparición de las reacciones emocionales; como lo mencionan Ortín, Olivares, Abenza, González y Jara (2014). Estos mismos autores, citan otro modelo teórico; el cual integra la respuesta psicológica de la lesión y el proceso de la rehabilitación, que comenzó en 1998 por Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer y Monrey que adjunta respuestas en el proceso del estrés y el dolor de tipo emocional y conductual (Ortín y cols., 2014).

El dolor provoca limitación en función de la valoración cognitiva del mismo por ser un agente estresante, al cual se debe afrontar adecuadamente. Respuestas cognitivas del lesionado ante la injuria indican diferencias de su autoestima, auto concepto y autoconfianza, las cuales se tornan disminuidas al comienzo y recuperadas con el avance del programa de rehabilitación. La lesión está determinada por la percepción del trabajador sobre la causa de esta, el apoyo social de su círculo de influencia y la habilidad de cooperación con la experiencia del accidente laboral. El dolor, la apatía, el pronóstico y la ansiedad estiman la lesión y su incapacidad; además de la percepción mental negativa exagerada de la lesión conocida como catastrofismo (Ortín y col, ob. cit.).

Ahora bien, Olmedilla y García-Mas (2009), propusieron un modelo global psicológico de las lesiones deportivas cuyo enfoque se basa en los ejes: Causal, con variables psicológicas que actúan como antecedentes de la lesión; Temporal, variables de origen o no psicológico de acuerdo al tiempo y Conceptual, que organiza conceptos de acuerdo a las variables psicológicas y que de ellas se puede obtener beneficios positivos de la adversidad que representan una oportunidad de crecimiento y aprendizaje relacionado con dicha lesión como fenómeno global.

De las experiencias a la adversidad, los individuos pueden conseguir beneficios como cambio positivo en su auto concepto, resiliencia y auto eficacia derivados de la percepción de los beneficios a respuestas emocionales y conductuales. De la percepción positiva de las injurias, se destaca un estudio que encontró treinta y un beneficios como experiencia global relacionando importantes variables personales como el apoyo social, la educación de la cual el lesionado

entiende el proceso de lesión y rehabilitación aumentando niveles de adherencia al tratamiento y la percepción de control (Almeida, Luciano, Lameiras y Buceta, 2014).

La incapacidad laboral, trae consigo implicaciones en el trabajo; tales como la no asistencia a la oficina, disminución del salario que es suplido por la empresa de salud donde está adscrito el empleado, responsabilidad delegada a su reemplazante, sensaciones relacionadas con la importancia de la competencia del trabajador y alteraciones en las actividades de la vida diaria y las dependientes de las ocupaciones en el tiempo libre, el ocio, la familia y el entorno. Las incapacidades pueden ser temporales o permanentes, las cuales se desagregan como parciales, totales, absolutas, de gran invalidez o lesiones permanentes no invalidantes. La incapacidad temporal es el estado de inhabilidad; ya sea mental o física que impide a una persona desempeñar su oficio u ocupación de forma transitoria y que se refleja con un certificado expedido por un médico u odontólogo con el que el trabajador excusa su inasistencia al trabajo con derecho de subsidio económico garante de la dignidad humana (Marín, Méndez,, Vélez, Jiménez, y Hoyos, 2014)

Las incapacidades laborales en Colombia cubren la ausencia del trabajador debido a enfermedades o accidentes que impiden el desenvolvimiento en sus funciones en un determinado tiempo. Cuando es por causa de enfermedad general, los dos primeros días la empresa asume los gastos del empleado y desde el tercer día, lo hace la entidad prestadora en salud (EPS). Las incapacidades por accidente de trabajo o enfermedad laboral son pagadas por la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL) a partir del día siguiente al accidente. Por Ley, las empresas y las EPS están obligadas a pagar el 66.67% del salario a sus empleados y dependiendo de las políticas en el manejo de las incapacidades, las ARL, pagan entre el 75% al 100% del salario al trabajador. Ávila (2019) publica que Fasecolda, Federación de aseguradores colombianos, reportó entre 2009 y 2017, 2650000 incapacidades laborales; de las cuales, el 61% correspondió a 10 días. En 2018 la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres), pagó setecientos veinte mil millones de pesos a las EPS por este concepto, 35% de ellas a personas menores de 30 años.

La Rodilla

Las consecuencias del accidente o enfermedad laboral se ven reflejadas en las personas que las padecen a nivel de su morfología, en cualquiera de sus sistemas o las ya mencionadas alteraciones psicológicas. En cuanto a las incapacidades por lesiones morfológicas, estas se pueden generar en las estructuras óseas, articulares, musculares, oculares, vasculares o en otra parte del cuerpo humano. La rodilla, es una de las articulaciones que se lesiona como resultado de accidentes en el trabajo, actividades de la vida diaria o práctica de actividad física, entre otros. Dicha articulación es una estructura compleja al transmitir grandes cargas dentro un rango amplio de movimiento de manera compatible que hace parte de la cadena cinética del miembro inferior junto con las articulaciones de la cadera y el tobillo, valoradas conjuntamente durante esfuerzos habituales. Los meniscos, ligamentos, cartílagos y músculos que hacen parte de la articulación,

son muy importantes para la estabilidad, transmisión y distribución de cargas, absorción de impactos, reducción de presiones de contacto, aumento del área de congruencia, tope en los extremos de flexión y extensión y propiocepción (Peña, Calvo y Doblaré, 2006).

En el texto de Pro (2014), Anatomía Clínica, se estudia que el complejo articular de la rodilla es una articulación sinovial formada por las articulaciones femoro-tibial y femoro-patelar. Las superficies articulares están conformadas por los cóndilos femorales y los cóndilos o platillos tibiales. Entre estas superficies, se encuentran los meniscos, fibrocartílagos que funcionalmente aumentan la profundidad de dichas superficies articulares y mejoran la distribución de la carga. Ambos meniscos, medial y lateral, presentan unas prolongaciones anteriores y posteriores denominadas cuernos. El menisco lateral es casi circular y el medial tiene forma de C. Fibras de tejido conectivo forman el ligamento transversal de la rodilla que une los extremos anteriores de los meniscos. Las superficies articulares, están unidas por la capsula articular, que a su vez está revestida por la membrana sinovial; y los ligamentos cruzados, anterior y posterior y los colaterales, mediales y laterales.

Igualmente, Tórtora y Derrickson (2013) en su libro Principios de Anatomía y Fisiología explican que los huesos que hacen parte de las articulaciones sinoviales están cubiertos por una capa de cartílago hialino, el cartílago articular, que cubre las superficies articulares, sin mantenerla unidas. Dicho cartílago, reduce el rozamiento entre los huesos durante el movimiento y ayuda a amortiguar golpes. En la articulación, se encuentra un líquido viscoso, cristalino o amarillo pálido, parecido a la clara de huevo, compuesto por ácido hialurónico y líquido intersticial filtrado de plasma que disminuye el rozamiento debido a la lubricación, amortigua golpes y aporta oxígeno y nutrientes. El líquido en referencia es conocido como líquido sinovial. En él, también se encuentran células fagocitarias que impiden que microorganismos y restos de detritos producidos por el desgaste de las articulaciones, ataquen a la misma.

Psicología y lesión laboral

Posterior a la intervención quirúrgica producto del accidente de trabajo, deportivo o relacionado con actividades de la vida diaria, es necesaria la readaptación del sujeto a la vida laboral o a la actividad física a través de programas de intervención directa con apoyo social, equipo médico y de salud y el entorno familiar. Los componentes comunes a la intervención apuntan a la educación, apoyo social, entrenamiento psicológico y fijación de metas. Ortín y col (2014) destacan que la psicología del deporte ha aportado técnicas de relajación y visualización para ayudar a recuperar fuerza en la articulación lesionada, disminuir la ansiedad y controlar el dolor postquirúrgico con resultados desde la aceptación, la empatía, la autenticidad de relaciones, la adherencia al tratamiento, la distracción del dolor, concentración en pensamientos positivos y establecimiento de metas de recuperación.

Existen evidencias sobre la relación entre factores de riesgo psicosocial en el trabajo y diferentes tipos de trastornos músculo esqueléticos, ausentismo laboral, aumento en la frecuencia y gravedad de accidentes de trabajo, conflictos entre trabajo y familia y trastornos del sueño, afecto-depresión y la ansiedad como lo indican Vieco y Abello en su artículo de revisión *factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo* (2014). Estos mismos autores manifiestan que hay una asociación directa entre los factores de riesgo tipo biológico y la salud. Así mismo, para estos investigadores el riesgo psicosocial de origen ocupacional está en consonancia con las condiciones del individuo en el medio laboral o extralaboral que bajo ciertas circunstancias generan efectos negativos en el trabajador y estrés laboral que media en la enfermedad profesional afectando su sistema de salud incluyendo incapacidad temporal con un enfoque centrado en el proceso de salud-enfermedad.

Estudios epidemiológicos demuestran asociación entre factores psicológicos relacionados con el trabajo y los trastornos músculo esqueléticos, tales como elevadas cargas de trabajo, aumento de exigencias físicas, emocionales o cognitivas, exacerbados niveles de estrés, bajo apoyo social, trabajo monótono, insatisfacción, ansiedad y depresión (Vieco y col, 2014). De igual manera, los citados investigadores, indican relación entre factores de riesgo psicosocial y enfermedad cardiovascular y estrés sin importar grupos etarios ni género.

Modelo Psicobiológico de personalidad de Eysenck

Las teorías de la personalidad han emergido en el último tiempo y dentro de la Psicología de la personalidad, el modelo Psicobiológico de Eysenck se define como disposicional, dimensional, jerárquico y psicobiológico. Dicho modelo, en su historia crece desde aproximaciones de los conceptos de Hipócrates y Galeno hasta las influencias de Galton, Pearson, Spearman y Thurstone (Schmidt y otros, 2010).

Schmidt y otros, conceptúan que Eysenck recogió aporte tradicionales de Hipócrates, Galeno y Empédocles con la formulación de la teoría en donde los elementos: aire, tierra, fuego y agua componían la naturaleza; con responsabilidad en el nivel corporal de los fluidos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas con características especiales tipo cálido y húmedo, frío y seco, cálido y seco y frío y húmedo que dan lugar a un temperamento de acuerdo con el humor predominante denominados: sanguíneo, flemático, colérico y melancólico. El gráfico 1 describe la propuesta de Hipócrates con el esquema de Galeno.

Figura 1. Propuesta de Hipócrates esquematizada por Galeno (extraído de Pelechano, 2000).

Elementos	Propiedades	Humor	Temperamento
Aire	<i>cálido y húmedo</i>	<i>Sangre</i>	<i>Sanguíneo</i>
Tierra	<i>frío y seco</i>	<i>Bilis negra</i>	<i>Melancólico</i>
Fuego	<i>cálido y seco</i>	<i>Bilis amarilla</i>	<i>Colérico</i>
Agua	<i>frío y húmedo</i>	<i>Flema</i>	<i>Flemático</i>

Gráfico 1. Propuesta de Hipócrates esquema de Galeno

Igualmente, Schmidt y cols (2010) hacen referencia a Wundt, quien explica diferencias humanas relacionadas con el tipo de respuesta: velocidad e intensidad de la reacción emocional, indicando que, según el temperamento, un individuo colérico es fuerte y rápido; un melancólico es lento y fuerte; un sanguíneo es débil y rápido y un flemático es débil y lento.

Producto de muchos estudios, Eysenck relaciona las dimensiones: neuroticismo (N) y extraversión (E) y el esquema Hipócrates-Galeno-Wundt, a través de procedimientos estadísticos que interrelacionan diversidad de muestras apreciado en la figura 2. (Schmidt y cols, 2010)

Hipócrates-Galeno-Kant-Wundt (extraído de Eysenck y Eysenck, 1994).

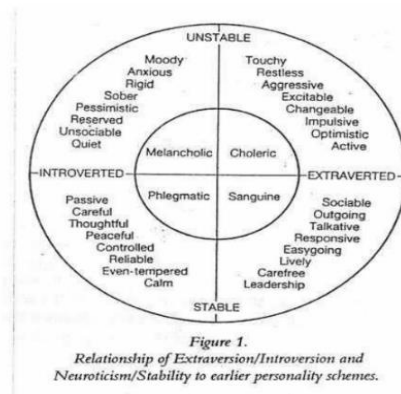


Figure 1. Relationship of Extraversion/Introversion and Neuroticism/Stability to earlier personality schemes.

Figura 2. Interrelación dimensiones (N) y (E) con esquema Hipócrates-Galeno

De acuerdo con la influencia de los planteamientos médico psiquiátrico, componentes corporales, normalidad y psicopatología entre tantos otros; Eysenck añadió una tercera dimensión de la personalidad denominada Psicoticismo (P) para explicar disposiciones psicóticas. Entonces, las dimensiones básicas según Eysenck son: Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P); en donde los individuos pueden ser descritos en función del grado de E, N y P y presentan algún grado de las tres dimensiones (Schmidt y cols, 2010).

La inteligencia general o factor (G) es otra dimensión de la personalidad que se incluye en la teoría de Eysenck y tiene que ver con las características especiales y distintivas de las habilidades cognitivas de las tres dimensiones del temperamento y el carácter. El individuo con dimensión (N) tiene que ver con trastornos de ansiedad y estado de ánimo. La dimensión (E) destaca rasgos de sociabilidad y actividad, un alto (P) traduce agresividad, hostilidad, egocentrismo, antisocial y poca empatía; en cambio el bajo (P), es altruista, responsable, socializado y empático (Ver figura 3)

N
tristeza – depresión – timidez – ansiedad – tensión – miedo – culpa – irracionalidad –
vergüenza – mal humor – emotividad – preocupación
E
sociabilidad – actividad – asertividad – despreocupación – dominancia – búsqueda de
sensaciones (socializada) – osadía – espontaneidad – rapidez
P
impulsividad – agresividad – hostilidad – frialdad – egocentrismo – falta de empatía –
crueldad – creatividad – falta de conformismo – dureza mental

Figura 3. Rasgos definitorios de las dimensiones. F.I: Tomado de (Schmidt y cols, 2010).

Al decir de Schmidt y cols. (2010), la versión final del Eysenck Personality Questionary - Revised (EPQ-R) para medir las dimensiones del modelo señalado por estos autores, fue el desarrollo de varias escalas anteriores, mejorada en esta versión; pero con algunos problemas psicométricos que se deben superar para contar como medida válida y confiable. La intención es obtener una medida válida de las dimensiones, especialmente de P; además de incluir la escala de disimulo (L), ya que en algunos ítems parece medir factores estables de personalidad relacionados con la conformidad social. En sí, el modelo psicobiológico de Eysenck reúne cualidades científicas sólidas sin adherir teorías sin validez. Los estudios que utilizan el EPQ encuentran las tres dimensiones principales y en el papel descriptivo, ha sido aceptado. Aunque existen otros modelos, estos coinciden con los postulados del modelo psicobiológico y las teorías propuestas por estos otros, forman parte del mismo paradigma.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)

Desde el punto de vista cultural, los límites entre lo normal y lo patológico, está delimitado por la regulación emocional, en donde los síntomas se presentan de diferente forma en las naciones. El Grupo de Consenso Internacional sobre Depresión y Ansiedad, hizo una declaración en donde indica prevalencia de los trastornos citados en diferentes países. La Psiquiatría Latinoamericana adaptó la clasificación internacional de trastornos psiquiátricos de la Organización Mundial de la Salud a las necesidades de la región; y es así como surgen ejemplos de síndromes locales como: Susto y Ataque de nervios; los cuáles son particulares de la nosología psiquiátrica de América Latina con influencia de su cultura, como lo expresan Martín, Pérez y Riquelme (2016).

Aunque es cierto que la entrevista clínica es la mejor herramienta para descubrir trastornos psicopatológicos, lo cual requiere habilidad del entrevistador, existen instrumentos para diagnosticar la depresión y la ansiedad como la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), considerada de las más prometedoras en materia de resultados por su sencillez y capacidad de aporte de información dimensional sobre la gravedad y recomendada como instrumento de cribaje con fines asistenciales, epidemiológicos y como guía en atención primaria (Martín y cols., 2016)

La prueba orienta el diagnóstico de ansiedad y depresión dimensionando sus intensidades. Dicha escala, contiene dos subescalas de nueve preguntas en donde las cuatro primeras de cada una actúan como precondition para terminar el cuestionario; lo cual se hace al obtener dos respuestas afirmativas en la primera subescala y una en la segunda. Cuatro o más respuestas afirmativas en la escala de ansiedad y dos o más en la de depresión, orientan el diagnóstico. (Goldberg, Bridges, Duncan-innes y Grayson. 1988).

Prueba de Temperamento

Littauer (1983), en su libro: *Enriquezca su personalidad*, indica que para entender a los demás, se necesita entenderse a sí mismo. En dicho libro, la autora cita la teoría de Hipócrates basada en los cuatro temperamentos que explica el comportamiento humano. La escritora mencionada estudió los cuatro temperamentos básicos de la personalidad y diseñó una prueba; cuyos resultados destaca las características innatas de cada persona. El perfil personal es diferente en cada individuo y la información general del temperamento ayuda a aceptar a los demás como son y a auto comprenderse. La prueba consta de cuarenta filas con cuatro columnas que tienen una palabra en cada una y un espacio para que quien la realice, escoja la expresión que más se acerque a su descripción marcándola con una equis (X); la cual otorga un punto. Al completar dicha prueba, se suman los puntos de cada columna y con eso se conocen los resultados incluyendo fortalezas y debilidades. Las columnas corresponden a los perfiles de personalidad: Sanguíneo, colérico, melancólico y flemático.

La mayoría de los individuos tienen altos puntajes en un tipo de temperamento, otro puntaje secundario en otro temperamento y características de los otros dos. Igualmente, existen combinaciones naturales tipo sanguíneo/colérico siendo extrovertidos, ruidosos y optimistas; lo que los potencia hacia el liderazgo. Por otra parte, la combinación melancólica/ flemático por ser introvertidos, pesimistas y poco ruidosos conlleva a que sean buenos educadores, estudiosos; pero lentos en la toma de decisiones. También se dan combinaciones complementarias como la colérica/melancólica y la sanguínea flemática; las cuáles se orientan hacia el trabajo y el placer, respectivamente. De la misma manera, se observan combinaciones sanguíneo/ melancólica y colérica/flemática, consideradas opuesta que observan conflictos de naturaleza introvertida o extrovertida y en aspectos optimistas y pesimistas; aunque todas las personas tienen características de cada uno de los perfiles, prevaleciendo rasgos jerárquicos en un tipo de temperamento (Littauer, 1983).

Medicina Física y Rehabilitación de la Lesión Laboral

Ya Prentice (2001) en su libro *Técnicas de rehabilitación en la Medicina del Deporte* definían que el apoyo del equipo Médico y de salud; así como la familia son relevantes para el éxito de la rehabilitación y la vuelta temprana y adecuada del trabajador a las actividades laborales, deportivas y socioculturales y del entorno. La Fisioterapia inmediata a base de medios físicos,

modalidades terapéuticas, ejercicios terapéuticos, fuerza muscular, movilidad articular, flexibilidad, propiocepción y masajes deportivos y sedativos; hacen parte de los protocolos de rehabilitación que como objetivo de la Medicina del Deporte es garante del reintegro de los lesionados a sus actividades diarias, laborales y deportivas.

Fisioterapia en lesiones de rodilla

Varios son los aspectos para tener en cuenta con el fin de realizar la rehabilitación funcional de un paciente con lesión en la articulación de la rodilla. Entre estos destacamos: La biomecánica articular, mecanismos de las lesiones, comportamiento de la articulación de acuerdo con la vuelta a la actividad laboral o deportiva del paciente, individualidad del proceso de fisioterapia, respeto por las fases de cicatrización y el tipo de cirugía o lesión, manejo multidisciplinario y la rehabilitación de la propiocepción y el enfoque en los gestos de la vida diaria o actividad deportiva (Entrena, 2017).

Los protocolos de la rehabilitación de lesiones en la rodilla son variados; pero en términos generales cursan cuatro etapas en las cuáles el manejo de un equipo multidisciplinario avala el éxito del proceso. Las fases del protocolo de la rehabilitación de lesiones de rodilla son: Tratamiento médico, rehabilitación-readaptación, readaptación y vuelta al grupo; las cuáles duran algunas semanas que se ajustan según el tipo de lesión y la estructura comprometida (Paredes, Martos y Romero 2011).

El diseño del protocolo de rehabilitación tiene en cuenta principios básicos como; antecedentes y tipo de lesión, mecanismo de producción y gravedad de la injuria, los medios de tratamiento y los objetivos de la Fisioterapia. La rehabilitación se inicia desde el momento mismo en que se produce la lesión; incluso en el post operatorio inmediato. (Berdejo, Sánchez, González y Jiménez 2007). La aplicación de medios físicos con fines terapéuticos, modalidades terapéuticas, herramientas de electroterapia, laserterapia y ultrasonoterapia; además de la aplicación de técnicas de facilitación neuromuscular propioceptiva (TFNP), ejercicio terapéutico, propiocepción, pliometría, técnicas de flexibilidad, acondicionamiento físico, readaptación del gesto en actividades de la vida diaria y actividades físicas y relajación con masajes sedativo y de recuperación incluyendo buen descanso, proporcionan seguridad y éxito del protocolo (Entrena, 2017).

La primera fase de rehabilitación, tratamiento médico, coordina la actuación del médico, fisioterapeuta y los profesionales que conforman el equipo; con enfoque en evitar la pérdida de estímulos kinestésicos, prevenir la hipotrofia, mantener el tono muscular, minimizar el dolor y evitar retracciones. La fase de rehabilitación-readaptación, busca la restauración de las funciones disminuidas con readaptación fisiológica de la articulación comprometida y de acuerdo con el protocolo, se progresa a actividades de gestos de la vida diaria y/o deportivos con mantenimiento de la potencia aeróbica del lesionado. La fase de readaptación enfatiza en el acondicionamiento específico y la progresión hacia la integración y el regreso a las actividades laborales y deportivas; y la fase de vuelta a las actividades, está en congruencia con el alta médica y el

regreso a sus ocupaciones y hábitos diarios sin secuelas o recidiva de la lesión (Berdejo y cols., 2007)

Método y Materiales

Se realizó la evaluación y seguimiento clínico a propósito de un caso: Profesor del Curso de Anatomía de la Facultad de Medicina de una Institución Universitaria de la Ciudad de Santa Marta, Colombia, de 56 años de edad, quién en el campus universitario sufrió un accidente laboral en el estacionamiento de la institución de educación superior, al descender de un automóvil y apoyar en un bache del piso, causando una híper extensión de la rodilla derecha con crepitación, dolor severo e inflamación de la articulación. Igualmente, el profesor lesionado trabaja como Fisioterapeuta del equipo de fútbol profesional de la ciudad mencionada, además de realizar actividad física diaria y practicar fútbol en campeonatos recreativos los fines de semana.

Debido al accidente en el sitio de trabajo, la ARL, Administradora de Riesgos Laborales, dentro del proceso Médico-Methodológico, remitió al funcionario a la urgencia de una clínica prestadora de los servicios de salud; en donde fue valorado por el médico de turno, remitido a especialista Ortopedista Traumatólogo quien extrajo 25 cc de sangre con líquido inflamatorio; además de solicitar estudios diagnósticos complementarios: Resonancia Nuclear Magnética (RNM), radiografía, interconsulta con especialistas en Medicina Interna, Anestesiología, Cardiología y órdenes de laboratorio y programación para cirugía (Ver anexo 1: Historia clínica de Ortopedia y Traumatología inicial).

El reporte de la RNM mostró lesión en asa de balde por ruptura radial del cuerno anterior del menisco medial, daño en el cuerno posterior del menisco medial y laceración del cartílago articular de la región posterior del cóndilo femoral medial de la rodilla comprometida, lo que confirmó la impresión diagnóstica. El preoperatorio duró cuatro semanas mientras se realizaban trámites y autorizaciones para los estudios diagnósticos complementarios e interconsultas para el proceso prequirúrgico y exámenes de laboratorio. Durante ese periodo, se inmovilizó la rodilla lesionada con vendaje bultoso durante una semana, se aplicó medios físicos y modalidades terapéuticas para conseguir analgesia de acuerdo con el protocolo de fisioterapia que dirige el profesional de la salud incapacitado en su práctica diaria en el equipo de fútbol profesional donde labora desde el año 1987; así como también mantenimiento de la fuerza muscular y movilidad articular, reeducación de la marcha y propiocepción y adecuación de la potencia aeróbica.

Un mes después del accidente laboral, el Profesor fue intervenido quirúrgicamente con sutura del cuerno anterior, remodelación del cuerno posterior y microfracturas quirúrgicas en el cartílago articular lesionado para regeneración de este; con indicación de una incapacidad laboral de doce semanas a partir del acto quirúrgico, restricción del apoyo de peso con el miembro inferior afecto, vendaje quirúrgico para protección de la herida, puntos de sutura y uso de muletas con marcha de dos puntos.

El paciente asistió a tres citas de control programadas por el cirujano tratante cada cuatro semanas, en donde determinó la conducta médica y de rehabilitación al trabajador; la cual fue seguida según las indicaciones. No hubo interconsulta con el Médico Fisiatra por no considerarse problemas funcionales del profesor lesionado en el proceso de rehabilitación, evolución y control de la lesión; además de entablarse seguimientos en el sitio de práctica del equipo de fútbol profesional con el Médico deportólogo, compañero de trabajo del fisioterapeuta incapacitado temporalmente y auto aplicar los protocolos de fisioterapia que ha dirigido el profesor en dicha institución por 33 años.

A pesar de que la lesión generó incapacidad de doce semanas, el profesor universitario lesionado solicitó su reintegro a las labores profesionales académicas y laborales, después de las primeras cuatro semanas del postoperatorio, que fue acogida por el Médico con las restricciones necesarias para el caso y con aval de Medicina Laboral de la ARL. La solicitud mencionada obedeció a la sensación de soledad, estrés y ansiedad generada a partir de la incapacidad laboral del funcionario quien antes del accidente, contaba con una programación laboral, profesional y familiar bajo cronograma y organización de tiempo ocupado y dedicación de tiempo libre a la actividad física, recreación y práctica de fútbol en campeonatos de su categoría etaria en fines de semana.

El trabajador accidentado no tiene antecedentes de lesiones laborales en sus 33 años como empleado, pero sí injurias producto de la práctica deportiva, tales como: Pubalgia mixta en 1996 con recidiva en 2002 que cedió con el tratamiento de Fisioterapia; Fractura del Hueso Escafoides de la Mano izquierda en 2000, con inmovilización de doce semanas y tratamiento de Fisioterapia; Distensión Grado I del Ligamento Colateral Medial de Rodilla, con tratamiento de fisioterapia por tres semanas en 2003 y Desgarro Grado I de músculos Isquiotibiales de muslo Izquierdo con tres semanas de rehabilitación en 2006; las cuáles no dejaron secuelas para la práctica de deportes, hacer actividad física o realizar las actividades de la vida diaria.

Las últimas recomendaciones del Ortopedista Traumatólogo tratante, fueron encaminadas a la restricción de la actividad física con ejercicios aeróbicos de alto impacto para preservar las estructuras lesionadas y evitar la carga de peso bajo estrés y choque en la articulación, protocolo de Fisioterapia, infiltración de ácido hialurónico (AH) que es un glicosaminoglicano presente en el líquido sinovial con propiedades visco elásticas fundamentales para el mantenimiento de su homeostasis y prevención de la degeneración del cartílago articular de la rodilla comprometida y alta para realizar trote y carrera a las 20 semanas del acto quirúrgico. El visco suplementación con AH intraarticular ofrece beneficios antiinflamatorio, anabólico, analgésico y condro-protector con mejoría de la función y la calidad de vida del paciente; tal como lo afirman Macias, Espinoza, Suazo, Jiménez, Rubio y Breve en su revisión bibliográfica (2015).

Desde el segundo día postquirúrgico, el docente lesionado inició la Fisioterapia auto dirigida, por la experticia y conocimiento del tema de parte de dicho profesional de la salud basándose en los protocolos de rehabilitación seguidos para cada etapa de esta y aplicando técnicas de

visualización y concentración para el proceso global bio-psico social y apoyo familiar y del Médico Ortopedista a cargo de este.

De acuerdo con los objetivos de la Medicina del deporte: prevención y rehabilitación (Prentice, 2001), se enfocó el manejo de fisioterapia auto dirigida y auto gestionada para la rehabilitación de la lesión de rodilla del fisioterapeuta operado. Debido a la competencia del profesional de la salud sobre el tema, él decidió aplicar el protocolo de tratamiento de fisioterapia tal como lo hace en la fisioterapia del deporte; además de su condición de deportista y practicante de actividad física habitual.

La primera fase de la rehabilitación, tratamiento médico, se inició desde el día de la cirugía hasta la primera semana de fisioterapia con el objetivo de evitar la pérdida de estímulos kinestésicos, prevenir la hipotrofia, mantener el tono muscular, minimizar el dolor y evitar retracciones; para lo cual se aplicaron medios físicos, modalidades terapéuticas, ejercicios cinéticos de cadena cerrada y abierta, propiocepción, estiramientos estáticos y movilidad de rótula y rodilla hasta noventa grados de flexión.

La fase de rehabilitación-readaptación, se realizó durante las siguientes once semanas y su objetivo fue restaurar las funciones disminuidas con readaptación fisiológica de la articulación comprometida con progreso a actividades de gestos de la vida diaria y/o deportivos con mantenimiento de la potencia aeróbica del lesionado, teniendo en cuenta la restricción de apoyo y cargue de peso con el miembro inferior lesionado; además del uso de medios físicos y ejercicios cinéticos, propioceptivos, estiramientos, fuerza funcional y CORE, movilidad articular y masaje sedativo en región afectada.

La tercera fase, readaptación, cursó entre las semanas trece y veinte con el fin de conseguir acondicionamiento específico y la progresión hacia la integración y el regreso a las actividades laborales y deportivas; para lo cual el profesor objeto de estudio realizó trabajos aeróbicos, anaeróbicos, fuerza funcional, trabajo en gimnasio y continuó la propiocepción con introducción de coordinación y trabajos con balón en cancha y períodos de descanso y recuperación (ver cuadro 1).

La fase final del programa de rehabilitación tuvo como objetivo la vuelta del lesionado a las actividades competitivas recreativas avalada por el alta médica, lo cual sucedió siete meses después de la cirugía, sin secuelas y con total éxito del proceso.

Cuadro 1
Fases de la Rehabilitación

Fase	Objetivo	Tratamiento	Tiempo (días/semanas)	Tipo
Preoperatoria	Controlar dolor, prevenir hipotrofia, mantener fuerza muscular y arcos de movilidad, adecuación aeróbica y trabajar propiocepción	Médico Fisioterapia	Dos días Cuatro semanas	Antiinflamatorios no esteroideos Extracción de sangre y líquido inflamatorio Crioterapia, termoterapia, electroterapia, ejercicios cinéticos, propiocepción y flexibilidad
Postoperatoria I: Tratamiento médico	Minimizar dolor, prevenir atrofia, evitar pérdida de función articular, trabajar propiocepción, evitar apoyo	Cirugía Fisioterapia	Una semana (1)	Antiinflamatorios Medios físicos y modalidades terapéuticas, Fuerza estática Restricción apoyo, movilidad, Ejercicios cinéticos, propiocepción y flexibilidad
II: Rehabilitación-Readaptación	Restaurar funciones, mantener potencia aeróbica, conseguir progreso hacia actividades de la vida diaria y/o deportivas	Médico Fisioterapia	Once semanas (2 a 12)	Citas de control (2) y recomendaciones del proceso Medios físicos y modalidades terapéuticas, Ejercicios cinéticos, propiocepción y flexibilidad, CORE, fuerza funcional, masaje sedativo, movilidad de rótula, ejercicio aeróbico
III: Readaptación	Conseguir acondicionamiento específico Progresión hacia la integración a la actividad física	Médico Fisioterapia y preparación física	Ocho semanas (13 a 20)	Control por especialista Ejercicio aeróbico y anaeróbico, fuerza funcional y específica, trabajos técnicos con gestos deportivos, carrera, propiocepción, CORE, flexibilidad
IV: Fase Final	Vuelta a actividades recreativas competitivas	Médico Fisioterapia	Veintiocho (21 a 28)	Alta Autorizada competencia recreativa Alta

Fuente: Elaboración Propia

Durante la incapacidad, el profesor lesionado en la primera etapa de la Rehabilitación; la cual coincide con el periodo en donde el trabajador estuvo en su casa las primeras cuatro semanas después de la cirugía, aplicó la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG), debido a

sentimientos de soledad y falta de ocupación habitual, como orientación del posible diagnóstico de ansiedad y depresión dimensionando sus intensidades y por ser esta prueba considerada y recomendada por su sencillez como instrumento de cribaje con fines asistenciales, epidemiológicos y como guía en atención primaria (Martín y col. 2016). La aplicación de la escala de Goldberg (1988) produjo tres respuestas positivas en la subescala ansiedad y dos respuestas positivas en la subescala depresión, al evaluar al lesionado en la segunda semana del posoperatorio y dos respuestas positivas en la subescala ansiedad y una respuesta positiva en la de depresión, al volver a aplicarla en la tercera semana posterior a la cirugía de rodilla. Cuatro o más respuestas afirmativas en la escala de ansiedad y dos o más en la de depresión, orientan el diagnóstico, el cual se tendría que comprobar por un juicio de un profesional del área que sólo se consultó informalmente y sin lugar a intervención.

Igualmente, el profesor accidentado dirigió su rehabilitación según los protocolos de fisioterapia auto dirigida y recibió apoyo social, familiar y del Médico tratante. Además; aplicó la prueba de temperamento preparada por Littauer (ver anexo 3), para analizar la personalidad basada en los rasgos del carácter como método sencillo de auto examen (Littauer, 1983).

El actual estudio a propósito de un caso es del tipo de investigación cualitativa porque instruye la realidad en su ambiente natural tal y como sucede, obteniendo e interpretando los fenómenos de acuerdo con los implicados en la investigación. De acuerdo con Baena (2017) “La investigación cualitativa tiene una tarea difícil, y no se puede esperar un grado de precisión siquiera aproximado al que suele hallarse en la investigación cuantitativa como la que se ofrece en las ciencias físico-naturales”. (p.34). Entonces, la función del paradigma cualitativo consiste en interpretar las conductas individuales y colectivas que se pueden lograr al captar el significado que los participantes a lo sucedido de acuerdo con su subjetividad (Ríos, 2017). Tomando conceptos de Arias (2016), el diseño del estudio es descriptivo al caracterizar un fenómeno ocurrido en un individuo con el fin de conocer su comportamiento o estructura.

La técnica de recolección de datos fue la auto observación participante con fichas de registro en una matriz personal consignando las notas de actividad en un cuaderno. El principal instrumento de recolección de la información fue el afectado; además de la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, la prueba de temperamento preparada por Littauer, la historia clínica del lesionado y el registro del protocolo de rehabilitación aplicado.

Resultados, Análisis e Interpretación

La personalidad melancólica del accidentado laboral del presente estudio y la competencia y experticia en el conocimiento y tratamiento de lesiones en el deporte, contribuyeron positivamente en el proceso posterior a la lesión, al planificar y tomar acción en la rehabilitación de esta; aunado al apoyo familiar, profesional y del Médico tratante. La auto aplicación de la

prueba de temperamento y la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg EADG (Ver anexo 2), consultada informalmente a un psicólogo clínico, demostraron que el paciente no presentó alteración o trastornos de ansiedad o depresión; a pesar de sentir en las primeras semanas del postoperatorio, sensación de duelo, soledad o impotencia por la limitación física (Londoño y Alejo, 2017).

La prueba de temperamento preparada por Littauer, arrojó resultados compatibles con personalidad con predominio Melancólico del accidentado prevaleciendo el ser ordenado, analítico, hacer lo correcto, respetar horarios y planificador; entre otros aspectos. La escala de Goldberg reportó calificaciones de 3 y 2 para la primera prueba y 2 y 1 para la prueba realizada una semana después, en las pruebas de ansiedad y depresión respectivamente, y que demostraron la no compatibilidad con alteración psicológica. La escala de ansiedad y depresión de Goldberg fue concebida para detectar los trastornos fisiopatológicos más frecuentes en Atención Primaria: Depresión y ansiedad y se aplicó por vez primera en 1988 y fue validada al castellano por Montón C. y col en 1993 demostrando fiabilidad y validez con sensibilidad del 83% y especificidad del 82%. Las sensaciones referidas, fueron disminuyendo cada semana, a medida que el paciente recuperaba la fuerza, movilidad e independencia.

Las implicaciones consecuentes del accidente laboral fueron minimizadas en las primeras cuatro semanas del posoperatorio, con el regreso temprano del trabajador a sus labores diarias a la Universidad y al Equipo de fútbol; no obstante, las limitaciones de apoyo de peso y la marcha con muletas, psicológica, profesional y familiarmente, la incapacidad laboral no causó alteraciones personales y el regreso a las actividades de la vida diaria, contribuyó con la buena evolución de la lesión. Las secuelas de la injuria en el sitio de trabajo se ven reflejadas en el aspecto físico-atlético por la condición de deportista del trabajador, quien difirió la actividad física regular hasta cumplir con las recomendaciones médicas y ajustarse al proceso evolutivo de la rehabilitación física.

De igual manera, las mediciones de la evolución del dolor se contemplaron desde las etapas iniciales del pre y postoperatorio con seguimientos diarios. A este respecto, el dolor e inflamación desde que se produjo la lesión fue involucionando satisfactoriamente hasta el punto de que el día que fue practicada la cirugía, el paciente ya no sentía dichas sensaciones. El dolor e inflamación posquirúrgicos, fue evolucionando en buena forma coincidentemente con el aumento de la fuerza muscular del aparato extensor y flexor de la articulación; así como la mejoría funcional y general del paciente en las sucesivas etapas de la rehabilitación.

Conclusiones y Recomendaciones

Las implicaciones profesionales, laborales, psicológicas y familiares del accidente laboral, se observaron en la incapacidad para realizar las actividades propias del trabajo y la profesión en las primeras cuatro semanas del postoperatorio. La familia y el Médico tratante contribuyeron en

equipo a la cohesión social del accidentado y las variables psicológicas evaluadas no demuestran alteración o trastornos de ansiedad o depresión del docente.

La asociación entre las implicaciones profesionales, laborales y familiares y las variables psicológicas examinadas, demuestran dependencia entre ellas; sobre todo en la primera fase de la rehabilitación debido a la sensación de soledad, duelo e impotencia por limitación física. A pesar de que no encontrarse alteración psicológica, el profesor lesionado habituado a tener rutinas laborales, sociales y recreativas experimentó minimización de ellas; que mejoró desde el momento en que el incapacitado, regresó tempranamente a las actividades mencionadas, aunque con restricciones de movilidad.

Las implicaciones del accidente laboral generaron incapacidad del trabajador para asistir a sus labores profesionales en las primeras cuatro semanas del postoperatorio; sin alteraciones de tipo psicológico, pero sí discapacidad física temporal en las actividades de recreación, deporte y actividad física.

Como consecuencia del accidente laboral, se autodefinió el manejo psicológico con terapia de visualización y concentración, enmarcadas en la terapia cognitiva de relajación que aplica el psicólogo del equipo de fútbol profesional en donde también trabaja el incapacitado laboral temporal; la cual fue tomada por el profesional de la salud lesionado para su auto aplicación. De la misma manera, el sujeto objeto de estudio auto dirigió el protocolo de Fisioterapia desde la etapa inicial de la lesión con restricciones necesarias para la rehabilitación y cumplimiento de las recomendaciones del Médico tratante para la reintegración laboral y el regreso temprano a las actividades de la vida diaria, a las actividades deportivas, recreativas, ocupación del tiempo libre y socioculturales

Entre las recomendaciones derivadas de este estudio de caso están las resultantes del accidente laboral en cuanto al manejo inmediato de la rehabilitación física y psicológica con protocolos de fisioterapia y técnicas de visualización y concentración y el apoyo social de la familia y el especialista tratante.

De este estudio de caso de incapacidad laboral temporal, se pueden originar otros de cualquier tipo que involucren trabajadores accidentados en su sitio de labores para aplicar protocolos de manejo enfocados en la prevención, rehabilitación e intervención para minimizar incapacidades y finalmente contribuir con nuevos conocimientos.

Referencias

- Almeida, P., Luciano, R., Lameiras, J., Buceta, J. (2014). Beneficios percibidos de las lesiones deportivas: Estudio Cualitativo en futbolistas profesionales y semiprofesionales. *Revista de Psicología del Deporte* [Revista en línea]. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235131674027> [Consulta: 2020, noviembre 02]

- Arias, F. (2016). *El proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas, República Bolivariana de Venezuela. Editorial Episteme
- Ávila, R. (2019). El suplicio de las incapacidades. *Revista Dinero* [Revista en línea]. Disponible: <https://www.dinero.com/opinion/columnistas/articulo/el-suplicio-de-las-incapacidades-laborales-por-raul-avila-forero/276537C> [Consulta: 2010, noviembre 21]
- Baena, G. (2017). *Metodología de la Investigación*. [Libro en línea]. serie integral por competencias. Grupo editorial Patria. Disponible: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/metodologia%20de%20la%20investigacion.pdf[Consulta: 2020, octubre 30]
- Berdejo, D.; Sánchez, S.; González, M. y Jiménez, F. (2007). Protocolo de rehabilitación funcional de una lesión ligamentosa de rodilla en baloncesto [Revista en línea]. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/542/54222957003.pdf> [Consulta: 2020, octubre 27]
- Consejo Colombiano de Seguridad. (2019). *Como le fue a Colombia en accidentalidad, enfermedad y muerte laboral en 2018*. [Página web en línea]. Disponible: https://ccs.org.co/como-le-fue-a-colombia-en-accidentalidad-enfermedad-y-muerte-laboral-en-2018/accidentalidad_arte_final_002_2019/[Consulta: 2020, noviembre 17]
- Duque, N. y Yáñez, M. (2015). Perspectivas diferenciadas del análisis de la accidentalidad laboral. *Gaceta laboral*. [Revista en línea]. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33643814004> [Consulta: 2020, noviembre 01]
- Entrena, C. (2017). Rehabilitación lesión de menisco en rodilla. [Página web en línea]. Disponible: <https://www.centromedicomet.com/rehabilitacion-lesion-menisco-rodilla/> [Consulta: 2020, octubre 26]
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-innes, P. y Grayson, D. (1988). Escala de ansiedad y depresión de Goldberg. [Página Web en línea] Disponible: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d4256655-0f04-11de-9de1-998efb13096d/S_MENTAL8.pdf[Consulta: 2020, septiembre 03]
- Littauer, F. (1983). *Enriquezca su personalidad*. Miami, FL. Editorial Unilit.
- Londoño, C. y Alejo, I. (2017). *Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad*. [Documento en línea]. Disponible: <https://publicaciones.ucatolica.edu.co/pdf/instrumentos-usados-en-colombia-para-evaluar-la-dimension-psicologica-del-proceso-salud-enfermedad.pdf>[Consulta: 2010, octubre 05]
- Macias, M.; Espinoza, P.; Suazo, S.; Jiménez, A.; Rubio, F. y Breve, L. (2015). Aplicación clínica del ácido hialurónico. [Revista en línea]. Disponible:

<http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2015/pdf/RFCMVol12-2-2015-6.pdf> [Consulta: 2020, octubre 29]

Marín, E.; Méndez, J.; Vélez, J.; Jiménez, A y Hoyos, G. (2014). Manual de incapacidades médicas temporales en Colombia. [Revista en línea] Disponible: https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2121/2/Manual_incapacidades_medicas.pdf [Consulta: 2021, enero 26]

Martín, M., Pérez, R. y Riquelme, A. (2016). Valor diagnóstico de la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. *Revista Universitas Psicológica* [Revista en línea]. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v15n1/v15n1a14.pdf> [Consulta: 2020, enero 28]

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Ley 1562 de 2012* “por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”. [Documento en línea]. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Ley-1562-de-2012.pdf> [Consulta: 20, enero 17]

Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: Conceptualización, historia y cambios actuales. *Revista Scielo* [Revista en línea]. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000500002 [Consulta: 2020, noviembre 21]

Olmedilla, A. y García-Mas, A. (2009). El modelo global psicológico de las lesiones deportivas. *Revista Acción Psicológica* [Revista en línea]. Disponible: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:AccionPsicologica2009-numero2-0008/Documento.pdf>[Consulta: 2020, noviembre 21]

Olmedilla, A., Ortega, E., Abenza, L. y Boladeras, A. (2011). Lesiones deportivas y psicología: Una revisión (2000-2009). *Revista Cuadernos de psicología del Deporte* [Revista en línea]. Disponible: <https://revistas.um.es/cpd/article/view/121691/114391>[Consulta: 2020, noviembre 20]

Ortín, F., Garcés de los Fayos, E., Olmedilla, A. (2010). Influencia de os factores psicológicos en las lesiones deportivas. *Revista Papeles del Psicólogo* [Revista en línea]. Disponible: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1857.pdf> [Consulta: 2020, noviembre 01]

Ortín, F., Olivares, E., Abenza, L., González, J. y Jara, P. (2014). Variables psicológicas e intervención en el período postlesión en el contexto deportivo: Revisión y propuestas de intervención. *Revista de Psicología del deporte* [Revista en línea]. Disponible: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235131674028>[Consulta: 2020, octubre 21]

- Paredes, V., Martos, S. y Romero, B. (2011). Propuesta de readaptación para la rotura del ligamento cruzado anterior en fútbol. *Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y el deporte* [Revista en línea]. vol. 11 (43) pp. 573-591 Disponible: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista43/artprotocolo226.pdf>[Consulta: 2020, octubre 26]
- Peña, E., Calvo, B. y Doblaré, M. (2006). Biomecánica de la articulación de la rodilla tras lesiones ligamentosas. *Revista Internacional de Métodos numéricos para Cálculo y diseño de Ingeniería* [Revista en línea]. Disponible: <https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2099/4748/R221E.pdf> [Consulta: 2020, noviembre 2]
- Prentice, W. (2001). *Técnicas de Rehabilitación en la Medicina Deportiva*. [Libro en línea]. Editorial Paidotribo. Disponible: <https://es.scribd.com/document/358550087/Prentice-William-E-Tecnicas-de-rehabilitacion-en-la-medicina-deportiva-pdf>[Consulta; 2020, noviembre 02].
- Pro, E. (2014). *Anatomía Clínica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Editorial médica panamericana.
- Ríos, P. (2017). *Metodología de la Investigación*. Caracas, Venezuela.
- Romero, A.; Brustad, R. y García-Mas, A. (2007). Bienestar psicológico y uso de la psicología del ejercicio, la actividad física y el deporte. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte* [Revista en línea]. Disponible: https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/7787/1/0537108_20072_0002.pdf [Consulta: 2020, noviembre 01]
- Subirats, E.; Subirats, G y Soteras, I. (2012). Prescripción del ejercicio físico: indicaciones, posología y efectos adversos. *Revista Medicina Clínica* [Revista en línea]. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-prescripcion-ejercicio-fisico-indicaciones-posologia-S0025775311000947>[Consulta: 2021, octubre 23]
- Schmidt, V., Firpo, L.; Vion, D., De Costa, M.; Casella, L.; Blum, G. y Pedrón, V. (2010). Modelo psicobiológico de personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de psicología*, [Revista en línea]. 11(02), 1-21 Disponible: <https://doi.org/10.33670/18181023.v11i02.63> [Consulta: 2020, octubre 6]
- Tórtora, G y Derrickson, B. (2013). *Principios de Anatomía y Fisiología*. México. Editorial médica panamericana.
- Vieco, G. y Abello, R. (2014). Factores psicosociales de origen laboral, estrés y morbilidad en el mundo. *Scielo* [Revista en línea]. Disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v31n2/v31n2a09.pdf> [Consulta: 2020, octubre 26]

Zapata, P., Jiménez, C. y Ramírez, C. (2012). *Análisis de las variables psicológicas que explican la ocurrencia de accidentes entre trabajadores de cosecha forestal en la región de la Araucanía.* [Documento en línea]. Disponible: https://www.achs.cl/portal/fucyt/Documents/Proyectos/P0080-2011_Zapata-Informe_070813.pdf. [Consulta: 2020, noviembre 20]

Anexo 1

Historia Clínica

CONSULTA ESPECIALIZADA DE ORTOPEDIA Y
CIRUGIA DE RODILLA

REPORTE DEL HISTORIAL CLÍNICO

Nombre: ALVARO JOSE LOPEZ NUNEZ
Sexo: Masculino Edad: 56a
ID: 12557173 Aseguradora: SURAMERICANA
Domicilio: CARRERA 21 NUMERO 11 C 38 CASA 1
Teléfonos: 3114134030

Fecha de consulta: 24/07/2019 a las 16.07 hr

Nota de consulta:
PACIENTE ASISTE A CONTROL POR CUADRO DE ACC DE TRABAJO CON LESION EN RODILLA DERECHA
TRAE REPORTES DE RNM DE RODILLA QUE EVIDENCIAN LESION RADIAL DE MENSICO MEDIAL EN AREA DE CUERO ASOCIADO A AREA DE CONTUSION OSEA EN TIBIA POSTERIOR
PACIENTE REQUIERE MANEJO QUIRURGICO CONSISTENTE EN SUTURA MENSICAL POR ARTROSCOPIA + CONDROPLASTIA POR ARTROSCOPIA

Diagnóstico:
S832 - Desgarro de meniscos, presente
S833 - Desgarro del cartilago articular de la rodilla, presente

Tratamiento:
SS HEMOGRAMA PT GLUCEMIA CREATININA
SS ELECTROCARDIOGRAMA
SS RX DE TORAX
VALORACION POR ANESTESIA
SS AUTORIZACION DE CIRUGIA
SUTURA MENSICAL POR ARTROSCOPIA DE RODILLA DERECHA
CONDROPLASTIA POR ABRASION DE RODILLA POR ARTROSCOPIA
MATERIALES
SISTEMA DE SUTURA MENSICALES SET COMPLETO
CUCHILLA DE SCHAEVER
PUNTA DE RADIOFRECUENCIA
CLINICA PERFECT BODY

DR ALEXANDER SANMIGUEL
ESPECIALISTA EN CX DE RODILLA

Alexander H. Sanmiguel J.
Ortopedia F.U.C.S.
Cirugía de Rodilla
R.M. 79.856.523

ALEXANDER HUMBERTO SANMIGUEL JANKOVICH
ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y CIRUGIA DE RODILLA
Unidad de Fracturas
Carrera 12 Numero 26 B 75 Edificio Plus Center Consultorio 302
Teléfonos 4231550 - 3007191710
Santa Marta

Anexo 2

Escala de Goldberg

Nombre: Álvaro López Fecha: Agosto 28/ 2019

SUBESCALA DE ANSIEDAD

No	PREGUNTA	SI	NO	PUNTOS
10	¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?			
11	¿Ha estado muy preocupado por algo?	X		
12	¿Se ha sentido muy irritable?			
13	¿Ha tenido dificultad para relajarse? *			
14	¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	X		
15	¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?			
16	¿Ha tenido algún sintoma vegetativo? (temblor, hormigueo, mareo, sudor, diarrea)			
17	¿Ha estado preocupado por su salud?			
18	¿Ha tenido dificultad para conciliar el sueño o quedarse dormido?			
PT	*si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar			2

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

No	PREGUNTA	SI	NO	PUNTOS
10	¿Se ha sentido con poca energía?			
11	¿Ha perdido interés por las cosas?			
12	¿Ha perdido confianza en si mismo?			
13	¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas? *			
14	¿Ha tenido dificultades para concentrarse?			
15	¿Ha perdido peso por falta de apetito?			
16	¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	X		
17	¿Se ha sentido enlentecido?			
18	¿Cree Ud. Que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?			
PT	*si hay respuestas afirmativas a alguna de las preguntas, continuar			1

Anexo 3

Prueba de Temperamento (Littauer)

Prueba de Temperamento (Littauer)

Nombre: Álvaro López

Fecha: agosto 30/2019

Hoja de Resultados

Fortalezas

SANGUINEO	COLERICO	MELANCOLICO	FLEMATICO
1 <input type="checkbox"/> Animado	1 <input type="checkbox"/> Aventurero	1 <input checked="" type="checkbox"/> Analítico	1 <input type="checkbox"/> Adaptable
2 <input type="checkbox"/> Juguetero	2 <input type="checkbox"/> Persuasivo	2 <input type="checkbox"/> Persistente	2 <input type="checkbox"/> Plácido
3 <input type="checkbox"/> Sociable	3 <input type="checkbox"/> Decidido	3 <input type="checkbox"/> Abnegado	3 <input type="checkbox"/> Sumiso
4 <input type="checkbox"/> Convicente	4 <input type="checkbox"/> Competitivo	4 <input type="checkbox"/> Considerado	4 <input type="checkbox"/> Controlado
5 <input type="checkbox"/> Entusiasta	5 <input type="checkbox"/> Inventivo	5 <input type="checkbox"/> Respetuoso	5 <input type="checkbox"/> Reservado
6 <input type="checkbox"/> Energico	6 <input type="checkbox"/> Autosuficiente	6 <input type="checkbox"/> Sensible	6 <input type="checkbox"/> Contento
7 <input type="checkbox"/> Activista	7 <input type="checkbox"/> Positivo	7 <input checked="" type="checkbox"/> Planificador	7 <input type="checkbox"/> Paciente
8 <input type="checkbox"/> Espontáneo	8 <input type="checkbox"/> Seguro	8 <input type="checkbox"/> Puntual	8 <input type="checkbox"/> Tímido
9 <input type="checkbox"/> Optimista	9 <input type="checkbox"/> Abierto	9 <input type="checkbox"/> Ordenado	9 <input type="checkbox"/> Atento
10 <input type="checkbox"/> Humorístico	10 <input type="checkbox"/> Dominante	10 <input type="checkbox"/> Fiel	10 <input type="checkbox"/> Amigable
11 <input type="checkbox"/> Encantador	11 <input type="checkbox"/> Osado	11 <input type="checkbox"/> Detallista	11 <input type="checkbox"/> Diplomático
12 <input type="checkbox"/> Alegre	12 <input type="checkbox"/> Confiado	12 <input type="checkbox"/> Culto	12 <input type="checkbox"/> Constante

Debilidades

21 <input type="checkbox"/> Envidioso	21 <input type="checkbox"/> Inseguro	21 <input type="checkbox"/> Melancólico
22 <input type="checkbox"/> Indisciplinado	22 <input type="checkbox"/> Inseguro	22 <input type="checkbox"/> Melancólico
23 <input type="checkbox"/> Repetitivo	23 <input type="checkbox"/> Inseguro	23 <input type="checkbox"/> Melancólico
24 <input type="checkbox"/> Oblivioso	24 <input type="checkbox"/> Inseguro	24 <input type="checkbox"/> Melancólico
25 <input type="checkbox"/> Intermite	25 <input type="checkbox"/> Inseguro	25 <input type="checkbox"/> Melancólico
26 <input type="checkbox"/> Inseguro	26 <input type="checkbox"/> Inseguro	26 <input type="checkbox"/> Melancólico
27 <input type="checkbox"/> Desconfiado	27 <input type="checkbox"/> Inseguro	27 <input type="checkbox"/> Melancólico
28 <input type="checkbox"/> Telesante	28 <input type="checkbox"/> Inseguro	28 <input type="checkbox"/> Melancólico
29 <input type="checkbox"/> Inseguro	29 <input type="checkbox"/> Inseguro	29 <input type="checkbox"/> Melancólico
30 <input type="checkbox"/> Inseguro	30 <input type="checkbox"/> Inseguro	30 <input type="checkbox"/> Melancólico
31 <input type="checkbox"/> Inseguro	31 <input type="checkbox"/> Inseguro	31 <input type="checkbox"/> Melancólico
32 <input type="checkbox"/> Inseguro	32 <input type="checkbox"/> Inseguro	32 <input type="checkbox"/> Melancólico
33 <input type="checkbox"/> Inseguro	33 <input type="checkbox"/> Inseguro	33 <input type="checkbox"/> Melancólico
34 <input type="checkbox"/> Inseguro	34 <input type="checkbox"/> Inseguro	34 <input type="checkbox"/> Melancólico
35 <input type="checkbox"/> Inseguro	35 <input type="checkbox"/> Inseguro	35 <input type="checkbox"/> Melancólico
36 <input type="checkbox"/> Inseguro	36 <input type="checkbox"/> Inseguro	36 <input type="checkbox"/> Melancólico
37 <input type="checkbox"/> Inseguro	37 <input type="checkbox"/> Inseguro	37 <input type="checkbox"/> Melancólico
38 <input type="checkbox"/> Inseguro	38 <input type="checkbox"/> Inseguro	38 <input type="checkbox"/> Melancólico
39 <input type="checkbox"/> Inseguro	39 <input type="checkbox"/> Inseguro	39 <input type="checkbox"/> Melancólico
40 <input type="checkbox"/> Inseguro	40 <input type="checkbox"/> Inseguro	40 <input type="checkbox"/> Melancólico
Total	2	1
Unido		
Total	2	1

El autor

Álvaro José López Núñez,
Especialista en Docencia Universitaria
y Candidato a Doctor en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte.
Profesor de Tiempo Completo de la Facultad de Medicina de la Universidad Cooperativa de
Colombia Campus Santa Marta en cursos por competencias del componente de Anatomía
Humana, desde 2007. Fisioterapeuta y Kinesiólogo Deportivo, desde 1987, del club Unión
Magdalena S.A de la Ciudad de Santa Marta, que compite en el campeonato de fútbol profesional
de Colombia. Miembro de la Asociación Colombiana de Morfología.