

110 209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

READAPTACION PROFESIONAL DEL TRABAJADOR INCAPACITADO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ELOY PEÑA CAMPUZANO

Director de Tesis:
Lic. Ma. del Carmen Gerardo Pérez



MEXICO, D. F.

1990

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION

Páginas

CAPITULO I

Antecedentes históricos	1
Accidentes más comunes sufridos por los trabajadores	2
Origen de los accidentados	4
Técnicas de Ajuste Psicológico del trabajador accidentado	5
-Problemas en la definición del Ajuste Psicológico	6
-Concepto de Ajuste	7
-Modelo de Supervivencia	7
-Modelo Médico	7
-Modelo de Esfuerzo Positivo	7
Actitudes hacia la incapacidad	8
-Combate contra el prejuicio y la discriminación	9
-Efectos de la incapacidad	9
-Rechazo	9
-Proceso Restaurativo	10

CAPITULO II

Concepto sobre el Trabajo	12
Motivos básicos e individuales para el trabajo	12
Rehabilitación para el Trabajo	13
Gestoría Ocupacional	14
Gestor Ocupacional	14
Puntos para la integración del incapacitado al Trabajo	15
a) Evaluación	16
-La Evaluación Realizada en Equipo	17
b) Capacitación	19
-Funciones del TAAM	20
-Incorporación del incapacitado al TAAM	20
c) Colocación Selectiva	21
-Técnicas	22
-Técnicas de Análisis de Puestos	22
-Tipos de Contratos de Trabajo	22
-Requerimientos de la Ocupación	23
-Observación Directa	23
-Condiciones de Trabajo	23
-Obstáculos en la Colocación de los incapacitados	23
-Para el incapacitado mismo	24
-Para su familia	24
-Para la sociedad en general	24
-Actitud de la Familia frente al trabajador incapacitado	25
-Actitud de la Sociedad	26

-Actitud de la Nación	27
-Actitud del incapacitado frente del mismo.	27

CAPITULO III

LEGISLACION

Aspectos Legales de la Readaptación	29
Código Sanitario	30
Ley Federal del Trabajo	31
Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social	32
Conferencia Internacional del Trabajo	34
Recomendación Num. 99, Sobre la Adaptación y Readaptación Profesional de los Incapacitados	34
Definiciones	34
-Campo de aplicación de la Adaptación y Readaptación Profesionales	35
-Principios y Metodos Relativos a la Orientación y Formación Profesional y a la Colocación de los Incapacitados	35
-Organización Administrativa	38
-Métodos para favorecer la utilización de los medios de Adaptación y Readaptación Profesional de los Incapacitados	39
-Colaboración entre las Instituciones encargadas del Tratamiento Médico, de Adaptación y Readaptación Profesionales	40
-Medidas para aumentar las oportunidades de empleo de los incapacitados	41
-Trabajo Protegido	42
-Disposiciones Especiales para los menores de edad	43
-Aplicación de los Principios de Adaptación y Readaptación Profesionales.	44

CAPITULO IV

AUTOESTIMA

Escalera de Autoestima de A. Maslow	46
-Autoconocimiento	47
-Autoconcepto	47
-Autoevaluación	47
-Autoaceptación	47
-Autorrespeto	47
-Autoestima	48
-El YO Integral	48
-El YO Físico	48
-El YO Psíquico	48
-El YO Social	49
Necesidades Básicas y de Crecimiento	49

-Piramide de A. Maslow	50
-Autoestima Alta	51
-Autoestima Baja	52
-Antecedentes de Autoestima	55
-La Incapacidad y el Concepto de si mismo	55
-Sentimiento de Inferioridad	56
-Autoconcepto-Autoimagen	57
-Autoaceptación	57
-La Autoestima en las Relaciones Interpersonales	58
-Creatividad	58
-Autorrealización en el Trabajo	59

CAPITULO V

METODOLOGIA

Justificación y Objetivos	61
Hipótesis	61
Variables	62
Muestra	62
Tipo de Muestreo	62
Procedimiento	
Diseño Estadístico	
Tipo de Estudio	
Instrumento	63
Descripción del Instrumento	64
Resumen sobre Incapacidad, Rehabilitación y Autoconcepto	72
Análisis de Varianza	74
Tablas	76

CAPITULO VI

Conclusiones	112
Limitaciones y Sugerencias	114
Anexos	
Escala de Autoconcepto de Tennessee	
Gráficas	
Citas Bibliográficas	
Bibliografía.	

I N T R O D U C C I O N

El tema de Tesis que se presenta lleva el propósito de ayudar a destacar la importancia que tiene la Psicología del trabajo en la Readaptación Profesional del Incapacitado físico en México, donde no se ha explorado a fondo.

Posiblemente al leer este trabajo encuentren en repetidas ocasiones la palabra "incapacitado" y no la de inválido. Esto es porque lamentablemente el término "inválido" es aplicado con mucha frecuencia en el sentido de inútil, de digno de lástima, sujeto incapaz de realizar labor alguna. Por otra parte, etimológicamente la palabra inválido significa que no tiene valor, y si eso es así, se aplica mal el término en la persona.

Puede decirse que actualmente se está dando importancia a la persona incapacitada en el ámbito laboral, deportivo y social lo que los ha llevado a desarrollarse con más facilidad en su trabajo porque ya han tenido con anterioridad una rehabilitación y readaptación profesionales.

Para saber a que me refiero con esto daré una pequeña descripción de lo que es la Readaptación; una de ellas de carácter puramente médico como sería la Rehabilitación, considerada como la aplicación de todas las medidas médicas que pueden acelerar el restablecimiento del paciente. Estas medidas pertenecen en general al campo de la medicina física y se utilizan como complemento del tratamiento médico o quirúrgico específico.

La Segunda etapa de criterio más amplio, esta aceptada y es manejada por los profesionales de los organismos públicos y privados que atienden a las personas físicamente disminuidas. La Readaptación Profesional que comprende la restauración de los incapacitados para que logren el mayor grado de capacidad física, mental, social, profesional y económica posible dentro de su trabajo o vida cotidiana.

La Institución donde se llevó a cabo toda nuestra investigación en materia de Readaptación, tiene un sentido muy amplio al atender a la comunidad trabajadora que en el trabajo o en el trayecto a él, sufre un accidente dejándolo casi con un desajuste psicológico muy por debajo de lo normal.

Es así como el incapacitado requiere de la intervención de varios especialistas pertenecientes a varias disciplinas y servicios como: Servicios Médicos, Psicológicos, Sociales, de Enseñanza General y Profesional.

Los dos grandes elementos del proceso de readaptación son: La Readaptación Médica y la Readaptación Profesional y donde tiene características propias y de determinado conjunto de disciplinas, las que se describen en los dos primeros capítulos.

En el Primer Capítulo se habla sobre las técnicas que se llevan a cabo para un ajuste general de la persona incapacitada por algún accidente dentro o fuera del trabajo; los accidentes más comunes sufridos por estas personas son la discriminación y el rechazo a que son sometidos por personas normales; de los efectos biológicos, psicológicos, sociales y vocacionales del paciente donde muchas veces son muy marcados que les impide aceptarse así mismos, por lo tanto rehabilitarse y capacitarse plenamente, como se menciona en el Segundo Capítulo, donde nos muestra los pasos a seguir para poder colocar a una persona con deficiencia física en algún trabajo, sino es que en el mismo donde se accidentó, o en otro.

Sobre el tercer capítulo donde se describe lo referente a la Legislación que puede amparar en un dado caso al accidentado, el apoyo legal que se le puede ofrecer y que él debe exigir para su restablecimiento, entre ellas se encuentra la Recomendación Núm. 79, que es una reglamentación a nivel mundial, la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, El Código Sanitario, la Ley Federal del Trabajo y el Reglamento de Tránsito.

Si se habla de autoestima como es el caso de este capítulo en donde nos dice que toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo. Esto se conoce como el concepto personal o autoconcepto; la autoestima es la propia satisfacción de la persona con su autoconcepto.

Mead (1934), establece que el concepto de sí mismo es producto del desarrollo de las personas en sociedad, ya que se forma a través de la experiencia y de la propia actividad inherente al proceso de interacción. El sí mismo debe ser capaz de autoanalizarse, de poder verse desde la perspectiva de otras personas del mismo grupo social. Cuando niños nos formamos un autoconcepto de las imágenes de las personas que nos son significativas. Cuando adultos, usamos una cantidad de referencias mayor, lo que corresponde al mayor número de categorías del rol que ocupamos.

Durante el capítulo quinto que menciona la metodología y donde se hace notar cada paso que se dio para llegar a los resultados y conclusiones que aparecen al final de la investigación; así también las limitaciones y sugerencias que se tuvieron y que se pueden aportar para mejor desarrollo de la Rehabilitación de las personas incapacitadas.

C A P I T U L O I

En México desde hace mucho tiempo existe la preocupación por el bienestar de las personas incapacitadas que se refleja en la creación de dos Instituciones Especiales:

- a) En 1870, Ignacio Trigueros funda en la Ciudad de México la Escuela Nacional de Ciegos.
- b) En 1851, se establece en la Ciudad de México por decreto del Presidente Juárez, La Escuela Nacional de Sordo-Mudos.

Posteriormente se promulgaron varios instrumentos legislativos en los que se incorporaron disposiciones relativas a la atención y bienestar de las personas impedidas, a saber:

- a) La Ley Federal del Trabajo y Previsión Social reglamentaria, en su artículo 123 de la constitución de 1917, donde se estableció la obligación de atender a los trabajadores que sufren de invalidez.
- b) La Ley de 1944, que rige el Instituto Mexicano del Seguro Social, crea los seguros de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales y los de invalidez, vejez y muerte, conteniendo disposiciones concretas sobre la prestación de servicios de readaptación. Asimismo dispone que si el trabajador incapacitado al reincorporarse al empleo percibe menos salario que aquel del que gozaba antes de la lesión, se le proporcionará una pensión compensatoria que iguale a dicho salario.
- c) La Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas de 1961.
- d) La Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado de 1960.

Antes de entrar en materia, recordamos la connotación de algunos términos con los que nos veremos familiarizados, siendo conveniente insistir en su significado porque su importancia así lo requiere.

Consideramos incapacitado a la persona que ha sufrido una lesión física irreversible presentando un desajuste psicológico social y económico.

Incapacidad es la reducción de la capacidad de la persona para desempeñar en forma útil e independiente sus actividades cotidianas de traslación, cuidado personal, comunicación, recreación, educación y trabajo; como consecuencia de una deficiencia física, mental o social.

La Readaptación Profesional es la solución de la incapacidad. Se trata de un proceso mediante el cual las capacidades residuales tanto físicas como mentales del deficiente físico; son utilizados al máximo de su eficiencia.

La Organización Internacional del Trabajo, define Readaptación como la integración del deficiente al máximo de su capacidad física, mental, profesional y económica.

Banas (1964) ha comprobado que hasta cierto punto la clasificación de las personas con impedimento físico puede actuar como variable moduladora en los objetivos de selección. (1)

Las variables que sirven para las disposiciones legislativas están destinadas a favorecer el restablecimiento físico de las personas incapacitadas, ayudarlas a lograr el máximo bienestar físico, mental y social, dando así asistencia material, pensiones e indemnizaciones en los casos de los accidentados de trabajo y hacer un intento por llevar la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones a los años de los ochentas y parte de los noventas.

El nivel de actitud física de los incapacitados plantea serios problemas y cada una de sus características está sometida a cambios que pueden ser favorecidos por políticas de las empresas, ya que en los últimos años los dirigentes de la industria han tomado conciencia de los problemas, tanto psicológicos como económicos del incapacitado ya que de alguna manera todos estamos impedidos, tal vez no física ni mentalmente sino que no podemos desarrollar ningún trabajo que exija todas nuestras capacidades.

ACCIDENTES MAS COMUNES SUFRIDOS POR LOS TRABAJADORES

Los accidentes producen en la mayoría de los casos patología traumática en el sistema músculo-esquelético, en estas condiciones el trabajador accidentado tiene que conseguir un ajuste a la pérdida de una parte de su cuerpo o de una función.

La pérdida de un miembro desencadena una serie de reacciones que varían de un paciente a otro, dependiendo de factores como: edad, sexo, ocupación, nivel socio-económico y cultural. La reacción general a una amputación es la que presenta cualquier persona que sufre la pérdida de un "objeto amoroso", poniéndose en marcha una estrategia defensiva contra la elevación de la ansiedad a niveles desorganizadores de la personalidad, estrategia conocida como "Trabajo de Duelo", mientras tanto se trata de restablecer el equilibrio psicológico y físico de la persona.

Durante el Trabajo de Duelo, la persona atraviesa por cuatro fases que son:

Primero.- Cuando funciona el mecanismo de la negación y experimenta sensaciones de despersonalización, el mundo lea parece extraño, no se acepta la realidad de la pérdida y se actúa como si esta no hubiese ocurrido.

Segunda Fase.- Se acepta la pérdida y se procede a la búsqueda de sustitutos, es el momento que favorece la adaptación de la protesta y su integración al esquema corporal.

Tercera Fase.- Se caracteriza por el uso de los mecanismos de introyección e identificación; es esto el lapso adecuado para desviar la atención de la pérdida y sustituirla por una ganancia, como la obtención de conocimientos. Evaluación, Readaptación, Capacitación y Selección Selectiva.

La Cuarta Fase.- Implica el ejercicio de la capacidad de culminando con el regreso al trabajo, apoyados en las técnicas que desarrollen y permitan su aplicación de una manera organizada, dada la importancia psicológica y terapéutica que representa.

Se ha visto que en el accidente el individuo se ve forzado a tomar el papel de enfermo, con sus derechos y obligaciones; sin embargo, la calificación de enfermo aunque sea grave implica una condición temporal que por la intervención médica se hace desaparecer, pero la calificación del incapacitado tiene la característica de permanente y es irreversible de la función. Hay quienes no lo aceptan y buscan o propician nuevas intervenciones médicas, sacrificando sus liges con la realidad en esperanza de curarse; es cierto que los accidentes con secuelas residuales han pasado por un periodo más o menos largo de dependencia debido a lo grave de su condición y lo incierto del pronóstico, sin embargo, una vez establecido este y disminuida la gravedad de la condición, el médico espera que su paciente haga un rápido cambio de su estado de dependencia casi total, a un estado de autosuficiencia e independencia relativa, gracias al Programa de Rehabilitación y Readaptación Profesional.

Existen consecuencias del daño que pueden ser las crisis convulsivas y la hemiplejía o hemiparesia, secuelas a las que igualmente debe ajustarse psicológicamente al paciente; de ahí que consideramos que deban estructurarse programas específicos para este grupo, que por la complejidad de su problemática requiere de acciones especiales, además puede prevenirse que, desgraciadamente aumentarán en número dada la tendencia al incremento de accidentes en trayecto y especialmente de accidentes de tránsito.

Las cicatrices por quemaduras que afectan el aspecto estético son causas de alteraciones psicológicas, porque se ven afectadas las relaciones interpersonales, donde el paciente prevé

reacciones de rechazo matizadas de horror o de burla que le ocasionan frustración de la satisfacción de sus necesidades narcisistas, evitando así el contacto social, negándose así mismo inclusive sus necesidades psicológicas básicas como la de pertenecer a un grupo.

En el lado opuesto, la frustración puede desencadenar reacciones agresivas que encuentran su manifestación en una actitud francamente provocativa, inclusive ostentosa de la desfiguración de su cuerpo, lo que origina contra-agresiones complementando el círculo que acaba encerrándolo en la soledad e improductividad.

ORIGEN DE LOS ACCIDENTES Y EL AJUSTE PSICOLÓGICO DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

El trabajador accidentado es aquel que ha sufrido un suceso eventual imprevisto y súbito que le produce un impacto emocional y físico, sea leve o severo y que puede o no dejar secuelas. A este impacto y a estas secuelas así como a las modificaciones que las mismas propician, son las condiciones a las que se debe ajustar psicológicamente al trabajador accidentado ya que durante el periodo de impacto, el accidentado sufre un trauma emocional y que requiere de primeros auxilios así como lo requiere el trauma físico. Para saber y conocer más sobre el tema se consideran cuatro principios que son básicos en el aspecto psicológico:

- 1.- Aceptar que en esos momentos cada persona tiene derecho a expresar sus propios sentimientos en la forma que mejor le convenga.
- 2.- Aceptar como reales las limitaciones causales.
- 3.- Determinar las potencialidades causales tan pronto como sea posible.
- 4.- Aceptar las propias limitaciones del psicoterapeuta para dar consuelo al paciente.

Durante el periodo de impacto la minoría de las personas accidentadas (entre el 10 y el 25%), conservan la total posesión de sus facultades y que la mayoría alrededor del 75% muestran alguna inadecuación pasajera, que debe considerarse normal dadas las circunstancias, en tanto que del 10 al 25% presentan respuestas inadecuadas y manifiestas o mantenidas.

Es importante escuchar y apoyar al accidentado durante la fase en la que se ponen de manifiesto necesidades de dependencia que después serán superadas.

A continuación se exponen las reacciones psicológicas del 10% de accidentados que presentan respuestas inadecuadas y que son quienes ameritan atención readaptatoria en el aspecto psicológico.

El imprevisto que caracteriza al accidente desencadena sensaciones indefensas y de impotencia que producen o agravan sentimientos de inseguridad o de culpa, conductas o inclinaciones, extra o intra dirigidos que se manifiestan más tarde en conductas negativas que pudieran generar riesgos para el propio trabajador. Ello significa que las condiciones que rodean al accidente son también de importancia en lo que respecta a las consecuencias psicológicas y que la diferencia que se hace entre "condición insegura" y "acto inseguro" tiene mayor significado que el aparente, por lo que estos términos no deben manejarse superficialmente dada su trascendencia en el aspecto de la prevención, ni deben quedar como meros calificativos, sino que se hace necesario realizar acciones efectivas para disminuirlas ya que no parece posible su total desaparición.

Durante el periodo de recuperación que sigue al del impacto, pueden presentarse reacciones pasajeras de ansiedad, estados de fatiga, sueños recurrentes en los que se repite la situación traumática e irritabilidad al ruido y a las sorpresas. Todas ellas son medidas adaptativas, en tanto el YO recupera las energías necesarias para hacer de nuevo frente a la realidad de la vida cotidiana y evolucionar a la normalidad, excepto en los siguientes casos:

- a) Cuando las motivaciones inconscientes desempeñaron un papel importante en el génesis del accidentado.
- b) Cuando existía un trastorno psiconeurótico antes de accidente.
- c) Cuando se suscita un conflicto de intereses relacionado con el accidente o sus consecuencias.

TECNICAS DE AJUSTE PSICOLOGICO

Aunque hay técnicas psicoterapéuticas que deben ser aplicadas exclusivamente por el psicólogo en participación y labor de otras disciplinas donde las actividades readaptatorias tienen un efecto psicológico además de fisiológico; a nadie escapa la relación médico-paciente que puede resultar decisiva en acelerar o retardar el proceso readaptatorio, si esta relación es semejante a la de padre-hijo, proporcionará las tendencias regresivas del paciente y el médico en su papel de padre "consentidor o vengador" facilitará respuestas inadecuadas, en tanto que una relación adulto-adulto exige una gran

responsabilidad de ambas partes en la relación interpersonal. La adecuada intercomunicación es esencial, el paciente necesita información y el médico reeducador debe recordar su doble papel de terapeuta y maestro, ya que es indispensable en la readaptación.

La terapia física y la terapia ocupacional ayudan al paciente a reforzar sus relaciones con la realidad, las prácticas ante el espejo, las listas en las que el paciente va tachando las actividades que consigue dominar, como las actividades recreativas o deportivas que le ayudan aumentando su seguridad en el mismo, facilitando su readaptación y canalizando su agresividad hacia fines socialmente aceptables.

La simulación del trabajo específico y el entrenamiento en el Taller de Actividades Múltiples (TAMM), su asistencia a los Centros de Capacitación para el Trabajo van proporcionando gradualmente en el aspecto biológico y psicológico, para el enfrentamiento, primero con la tarea y después con la máquina.

En un ambiente competitivo donde sus compañeros de aprendizaje físicamente íntegros, representan sus futuros compañeros de trabajo y el instructor se anticipa a las exigencias del supervisor; el ámbito de la terapia ocupacional y del TAMM, permiten la aplicación de técnicas de modificación conductual para la instauración de hábitos que faciliten al incapacitado la conservación de un trabajo.

Existe mucha controversia en torno al significado del concepto de ajuste y de los servicios que ha de proporcionar en su beneficio. El problema se complica aun más, al agregar el concepto de incapacidad y al hablar de ajuste a la incapacidad.

Una definición que más se podría apegar a este estudio sería donde la eficacia y manera en que la persona responde a las situaciones de la vida en una mejor forma posible. La persona ajustada por lo general puede resolver satisfactoriamente los problemas comunes de su vida, mientras que la persona que se halla en caso contrario se siente abrumada.

PROBLEMAS EN LA DEFINICIÓN DEL AJUSTE PSICOLÓGICO

Aunque es difícil obtener un acuerdo total sobre el significado del ajuste, hay algunas definiciones generalizadas que proceden del concepto biológico de la adaptación.

Por ejemplo Lazarus (1959), definió el ajuste como "los esfuerzos humanos exitosos o no para enfrentarse a la vida en contra de las demandas ambientales, presiones internas y potencialidades humanas". (2)

CONCEPTOS DE AJUSTE

Las diversas dimensiones del ajuste se pueden ver en las definiciones más populares y científicas del término. Sechrear y Wallace (1967), autores de las siguientes definiciones que hablan de :

MODELO DE SUPERVIVENCIA

Hace hincapié en la idea de que las conductas son ajustadas o apropiadas si mantienen a la persona viva, saludable y capaz de reproducir a la especie.

MODELO MEDICO

Ha tenido gran importancia en el desarrollo de la Psicología. Considera que hay una causa para el desajuste la cual sustentta los síntomas conductuales observables. De acuerdo con este modelo, lo que se debe tratar no son tanto los síntomas, sino la causa del desajuste. En gran parte resulta difícil identificar y medir con certeza la patología. Ya que este modelo se concentra en estados saludables o mal sanos, presuponiendo que mediante el tratamiento se logre cierto tipo de ajuste.

MODELO DE ESFUERZO POSITIVO

Este es un modelo más completo, considera que el ajuste abarca :

- 1.- Una autoconsideración positiva y conciencia veraz de sí mismo.
- 2.- Tendencia a satisfacer el potencial único o la real satisfacción personal.
- 3.- Una integración u organización de la personalidad.
- 4.- Una percepción exacta de la realidad.
- 5.- Autonomía o capacidad para la conducta independiente.
- 6.- Eficiencia en la resolución de problemas.

Los modelos médicos y de esfuerzo positivo representan de diversas maneras temas de gran importancia en psicología. El Modelo Médico ha sido la base para la teoría y la terapia psicoanalítica, mientras que el Modelo de Esfuerzo Positivo es paralelo al enfoque humanístico de la psicología.

Sin embargo, la psicología es un campo variado y existen otros muchos modelos de ajuste.

ACTITUDES HACIA LA INCAPACIDAD

Primero se definirá el concepto de actitud. Para Thurstone las actitudes son: "el grado de efecto positivo o negativo asociado a algún objeto psicológico". Por efecto entendemos el significado del sentimiento que un individuo asocia a un objeto, es decir que gusta de ese objeto o tiene una actitud favorable hacia dicho objeto. (3)

Krech y Chutch Field (1948), definen la actitud como: "La organización permanente de los procesos motivacional, emocional, perceptual y cognocitivo con respecto a algún tema en la vida del individuo". (4)

La mayoría de las personas normales evidencian antecedentes negativos hacia la incapacidad, los cuales constituyen una barrera casi insalvable para el tratamiento justo y la igualdad de oportunidades para los incapacitados. Gellman (1959), resume las actitudes desfavorables hacia las personas incapacitadas:

"El prejuicio contra las personas impedidas con el rechazo abierto u oculto de la gente normal, existe en todos los niveles socioeconómicos y en todas las regiones del país. Resulta evidente en la discriminación social, educativa y vocacional que perjudica a los incapacitados. Es obvio en las puertas institucionales que separan a las personas incapacitadas de la comunidad de la persona capaz. Se encuentra presente en las dificultades que enfrentan las personas incapacitadas a la hora de buscar un empleo. Se ponen de manifiesto con claridad en la auto-desvaloración del incapacitado". (5)

Independientemente del tipo de condición de invalidez, ya sea física, intelectual, emocional, social, funcional, estética o psicológica. La persona afectada se encuentra en gran desventaja y enfrenta muchas dificultades innecesarias, al tratar de adaptarse a una sociedad que valora en gran medida la buena salud y apariencia personal.

En opinión de algunos autores como Baker, Cobb y McDaniel (1976), entre otros, sobre tres puntos de Gellman que ayudan a explicar el prejuicio y la discriminación contra los incapacitados, son los siguientes:

- 1.- Las personas normales le temen a la incapacidad, la desfiguración, la pérdida de la capacidad sensorial de auto-control, etc.

- 2.- En consecuencia, el contacto con los incapacitados causa un gran malestar y despierta ansiedad.
- 3.- Por lo tanto, a los incapacitados se les evita y se les trata de marginar.

EL COMBATE CONTRA EL PREJUICIO Y LA DISCRIMINACION.

Este tema se puede tomar como cuarto punto a los anteriores según referencia de Gellman, que indica que se encuentra completamente bajo control de la persona incapacitada. Esto significa que puede aprender a inhibir las conductas que provocan discriminación, por ejemplo:

Siller en 1976 manifiesta que los incapacitados tienen capacidad y responsabilidad de adquirir la destreza social necesaria para mejorar sus interacciones personales con la gente normal. En consecuencia recomienda que: "la habilidad de adaptación social debe ser parte de cualquier programa de rehabilitación". (6)

English en 1971, describe unas estrategias que pueden ser de utilidad al tratar con las actitudes desfavorables del público:

- 1.- Incrementar los contactos significativos entre el incapacitado y la persona normal.
- 2.- Concientizar a la gente a través de los medios masivos de comunicación para que tengan una visión más realista de la incapacidad de las personas que la padecen.
- 3.- Incluir a la familia del paciente y a los allegados en el programa de rehabilitación.
- 4.- Proponer se revise la Legislación que limita innecesariamente la vida del incapacitado.
- 5.- Promover y participar en programas de apoyo ciudadano.

EFFECTOS DE LA INCAPACIDAD

Barker 1953 considera que la incapacidad, ya sea accidenta o congénita, tiene un fuerte impacto físico y psicosocial. Es un trauma discontinuo para el individuo que, afecta el funcionamiento biológico, social, psicológico y vocacional disminuyendo la eficiencia del cuerpo como un instrumento físico y la pérdida de la capacidad sensorial, del movimiento y del trabajo cerebral que convierte a las labores más sencillas en inmensos obstáculos.

Los cambios físicos y conductuales en una persona se convierten en estímulos nuevos para sí misma y para los otros. La imagen corporal y las percepciones de sí mismo, a menudo acompañadas por una retroalimentación negativa por parte de otras personas, conduce a evaluaciones personales negativas que pueden dar lugar a una disminución de la autoestima, por la pérdida abrumadora que percibe como una privación de suma importancia. La pérdida parece no tener sentido haciendo a la persona preguntarse: ¿Porqué Yo?

El rechazo que sufre el incapacitado para reintegrarse al trabajo o ya en él, es debido a que el empresario tiene como meta la producción, siendo necesario que el trabajador rinda al máximo; ante esto el empresario teme que el trabajador rehabilitado no rinda lo que una persona "físicamente sana", por lo que es necesario buscar dentro o fuera de la misma empresa a la persona idónea al puesto de un rehabilitado.

PROCESO RESTAURATIVO

Hasta cierto grado los observadores están de acuerdo en que existe un proceso restaurativo común que incluye las siguientes etapas :

- 1.- **NEGACION.**- Consiste en defenderse del trauma al negar su existencia.
- 2.- **AFLICCION.**- Esto es, el dolor de la pérdida.
- 3.- **DEPRESION.**- Que se manifiesta por preguntas como: ¿por qué yo? y consideraciones como: "nunca volverá a ser el mismo".
- 4.- **RABIA.**- Hostilidad dirigida al mundo por sus injusticias y hacia otras personas por su incomprensión.
- 5.- **ADAPTACION POSITIVA.**- Se lleva a cabo mediante una revisión de las labores más importantes que han de realizarse en el trabajo y en la vida social.

Estos puntos permiten a la persona incapacitada restablecer un "estado psicológico constante" y donde se llegó a las siguientes definiciones:

- 1.- **Negación.**- a fin de mantener la integridad de su personalidad, el individuo simplemente niega la existencia de un suceso traumático. Las formas comunes de negación abarcan: a) quedar perplejo o estupefacto, b) negarse a aceptar información, c) insistir en que ha habido un error, d) no entender lo que se ha dicho.

2.- **Ansiedad y Temor.**- después de reconocer el suceso traumático, la persona experimenta temor y ansiedad acerca de sus efectos. La ansiedad puede adoptar la forma de: a) nerviosidad generalizada, b) exceso de actividad, c) irritabilidad, d) dolores de cabeza, e) fatiga, f) insomnio, g) pérdida de apetito, h) dolores en el cuerpo. Para remediar la ansiedad el individuo busca información que le permita retornar al estado anterior.

Simon 1971, observó que estas preocupaciones incluyen temores de la pérdida de seguridad, el amor de la esposa, la familia y los amigos.

3.- **Rabia y Hostilidad.**- sin una aceptación emocional del trauma, el individuo descubre que la nueva información no conduce a formas eficaces de restaurar el estado anterior. En algunos casos, el fracaso de los esfuerzos para alcanzar el estado anterior conduce a la amargura y a la hostilidad, y en otros casos el sentimiento de culpa, es la manera de absorber la rabia.

4.- **Depresión.**- al enfrentarse con el fracaso, el individuo pierde la esperanza de regresar al estado anterior y comienza a caer en la depresión. Las manifestaciones personales incluyen: sentimiento de rechazo, falta de interés o tristeza.

5.- **Equilibrio.**- La depresión precede a una aceptación emocional que refleja el pensamiento de una persona de que él o ella no pueden funcionar en ese estado de depresión. Para ajustarse a la situación el individuo, intenta nuevas conductas basadas en un entendimiento emocional e intelectual.

C A P I T U L O I I

INTRODUCCION AL TRABAJO

El fundamento legal del trabajo no institucionalizado se ajusta a los conceptos vertidos por la Organización Internacional del Trabajo OIT, así como la Organización Mundial de la Salud OMS, en relación a la necesidad de reintegrar al trabajo a la persona incapacitada.

CONCEPTOS SOBRE EL TRABAJO

El trabajo es un derecho individual y social del ser humano y se manifiesta de dos maneras:

- 1.- El significado idiomático donde refiere que toda actitud humana es considerada trabajo, sea mental o física.
- 2.- El significado psicológico que hace referencia a una actividad física o intelectual obligatoria que la sociedad exige con un fin determinado.

MOTIVOS BÁSICOS E INDIVIDUALES PARA EL TRABAJO

Los principales motivos por los que el hombre realiza un trabajo son:

- 1.- **SUBSISTENCIA.**- Se presenta debido a las necesidades primarias.
- 2.- **REALIZACIÓN.**- Implica el logro de una meta fijada.
- 3.- **PROGRESO.**- Se da con el fin de ascender individual o socialmente en la jerarquía social. (7)

Estos motivos Básicos para el hombre fueron estudiados por organismos como la O.I.T. y en donde el mismo hombre encuentra a través del trabajo satisfacción y seguridad.

Considerando que todo adulto tiene derecho a un trabajo productivo y remunerado, se hace necesario crear mecanismos para protegerlo contra los estados de incapacidad, a raíz de lo cual se incorpora en 1955 la recomendación sobre Readaptación Profesional donde se anexan todas las anteriores dando como resultado la Recomendación Núm. 97.

La Readaptación Profesional se define como el proceso continuo y coordinado de la Rehabilitación Integral que comprende los servicios de Orientación Vocacional, Formación Profesional y Colocación; destinados a colocar a la persona incapacitada en un empleo adecuado a sus posibilidades motoras y psicológicas.

Las posibilidades que existen para que un incapacitado pueda trabajar son muy variadas, entre ellas se mencionan las siguientes :

Colocación Selectiva: Una persona incapacitada puede trabajar sin problemas y competir con un trabajador normal.

Trabajo Independiente: Se realiza cuando el incapacitado trabaja por su cuenta propia después de recibir su rehabilitación.

Formas Asociativas de Trabajo : Se caracterizan por la sugerencia ante la empresa y que es manejada por los propios trabajadores.

Talleres Protegidos : Están tomando importancia debido a las limitaciones en el mercado de trabajo y el subempleo, para esto se capacita ahí a los invalidos, donde aprenden alguna función de acuerdo a su habilidad psicomotriz.

REHABILITACION PARA EL TRABAJO

Cuando una persona sufre un accidente o una enfermedad y se somete a tratamiento médico o quirúrgico, habitualmente recupera su salud en forma total. Sin embargo, cada día es mayor el número de casos en los que, a pesar de aplicarse el tratamiento especial y oportuno, el paciente queda con secuelas físicas, o mentales irreversibles. Un ejemplo de ellas podría ser la amputación de un miembro o la anquilosis de la rodilla o algún daño en la columna que les impide desarrollar sus labores cotidianas. Otras veces el paciente pasa de la etapa aguda a la crónica, la cual, pese a los adelantos de la medicina moderna, deja secuelas invalidantes.

Para estos casos la medicina tradicional tiene poco que ofrecer. En cambio, la medicina de readaptación ofrece amplias facilidades de tratamiento para limitar o corregir la incapacidad y hacerlo compatible con una vida productiva para el paciente.

El Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, es uno de los pocos Centros de Seguridad Social en Latinoamérica en donde se otorgan servicios de readaptación para el trabajo.

La mayoría de los médicos conoce la rehabilitación en los aspectos físicos, ya que hoy en día es difícil concebir un hospital moderno que no cuente con un servicio de medicina física o de rehabilitación. En estos servicios se utilizan

Los medios físicos como calor, agua, electricidad, masajes, ejercicios y movilización de actividades de la vida diaria, incluso las labores en forma de terapia ocupacional con objeto de obtener la mejoría en un gran número de padecimientos del aparato locomotor; estos tratamientos se han extendido a otro tipo de padecimiento, como los neurológicos, los cardiovasculares, los psiquiátricos, etc.

En nuestro país el Instituto Mexicano del Seguro Social lleva a cabo por medio de una valoración médica que es cuando el diagnóstico del médico indica que puede formar parte de los pacientes que toman su rehabilitación en dicha institución, y entonces que se les da su Carnet de citas para que acuda en los días y horas indicados a sus terapias físicas o psicológicas.

Tiene también una Sección de Gestoría Ocupacional, cuyo objetivo primordial es reintegrar al incapacitado a una actividad compatible con su capacidad residual y después de haber concluido con su readaptación.

GESTORIA OCUPACIONAL

La Gestoría Ocupacional es un servicio que el IMSS tiene para los pacientes que se dan de alta proporcionando un servicio para los trámites y gestiones que ante la empresa y la comunidad se reintegra al trabajo a los asegurados con capacidad disminuida como consecuencia de un riesgo profesional de trabajo o enfermedad general.

GESTOR OCUPACIONAL

Tiene conocimientos básicos de Legislación Laboral, Seguridad Social, Análisis de Puestos, Psicología Social, Educación del Incapacitado, Relaciones Públicas y algunos padecimientos que pueden incapacitar a una persona.

Sus funciones son las de colocar al incapacitado en puestos de trabajo de acuerdo a sus limitaciones. Debe manejar muy bien las Técnicas de Colocación Selectiva (antecedentes laborales del incapacitado y sus expectativas ante el empleo). Debe conocer todo lo relacionado con el mundo laboral, aspectos legales del trabajo, mantener buenas relaciones con los empleadores y sindicatos.

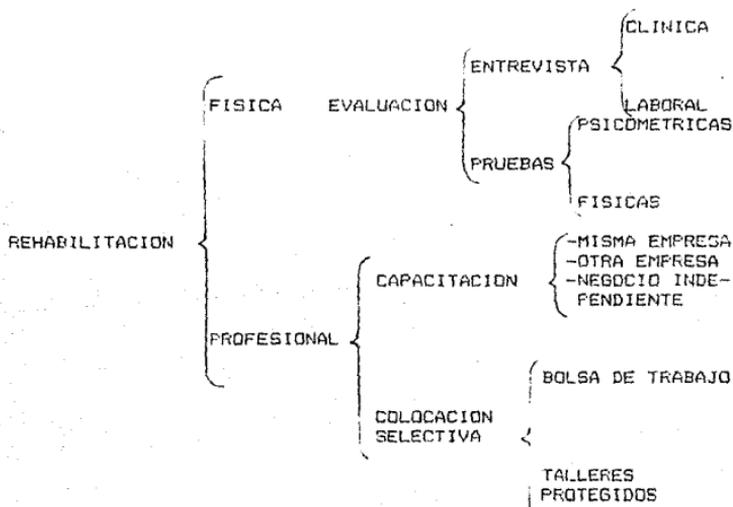
Por medio de la rehabilitación la gran mayoría de los pacientes pueden reintegrarse al trabajo productivo, pero en algunas ocasiones no son suficientes, entonces se requiere de la rehabilitación para el trabajo, denominada Readaptación Profesional para el Trabajo por la O.I.T.

La Rehabilitación Integral para el trabajo comprende simultáneamente la Rehabilitación Física y la Readaptación Profesional, esta última se basa en la recomendación número 99, realizada por la O.I.T.

Se habla de la O.I.T. pero ¿qué es realmente? La Organización Internacional del Trabajo O.I.T., es un organismo en el que participan tanto representantes de las empresas como trabajadores y el estado, fué creada en 1919 bajo el Tratado de Versalles, en 1946 fué el primer organismo especializado que se asoció con las Naciones Unidas. Los 45 países que la integraban en el momento de su fundación habían pasado a ser 150 en 1986. Sus principios y propósitos están dirigidos a señalar los derechos laborales de todos los hombres del mundo impedir que se abuse de cualquier persona que por necesidades de subsistencia trabaje. Tal como está considerada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos dictada el 10 de diciembre de 1948, en capítulo dedicado al trabajo.

En México el derecho al trabajo está señalado en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y en la Ley Federal del Trabajo derivada de la Constitución.

Asimismo, la O.I.T. maneja tres puntos para la Readaptación Profesional de una persona incapacitada, estos son :



Para describir brevemente estos puntos, empiezo con la Rehabilitación que se deriva del Latín REHABILITARE, que significa que una persona que perdió determinada habilidad, la recupere. El término se usa para designar la medicina física. (8)

La Rehabilitación consiste en adaptar a los incapacitados a una vida normal, siendo en esta donde se apoya la Readaptación Profesional, por medio de varias disciplinas y una serie de pasos como:

EVALUACION.- Antes de que se pueda preparar debidamente a una persona incapacitada para que pueda desempeñar un empleo mediante medidas como la Readaptación Profesional o para reintegrarse a una vida activa; debe entonces evaluarse su capacidad, conocimientos prácticos, potencialidades, posibilidades de empleo, etc.

La Evaluación puede ser efectuada por diversas entidades como :

- 1.- El personal de un taller o centro especial.
- 2.- Un equipo de especialistas en readaptación.
- 3.- Únicamente un especialista en Orientación Profesional.
- 4.- Únicamente un especialista en casos difíciles de colocación.

La Evaluación puede revestir diversas formas y ser :

- 1.- Simple y Compleja.
- 2.- Verbal o Escrita.
- 3.- Teórica o Práctica.
- 4.- Referente a la instrucción académica o a la destreza manual.
- 5.- De corta duración o a largo plazo.
- 6.- Efectuada en un establecimiento de tipo hospitalario.
- 7.- Hecha por sí sola o en combinación con otros tipos de asistencia.

Existen varios aspectos desde los cuales puede ser necesaria la evaluación, por separado o conjuntamente:

- 1.- Médico : limitaciones funcionales o de otros tipos, impuestas por la incapacidad.
- 2.- Fisiológico y Físico : capacidad física efectiva para realizar esfuerzos y trabajar.

3.- Psicológico : grado de inteligencia, aptitudes para la mecánica y la construcción, autoconcepto, gustos e intereses, etc.

4.- Profesional : nivel de capacitación, aptitudes y calificaciones profesionales, etc.

Gracias a una Evaluación de esta naturaleza se puede :

- a) Calcular el desempeño profesional del interesado cuando esté en las condiciones efectivas de trabajo.
- b) Indicar el grado de resistencia para el Trabajo: número de horas que se pueden trabajar sin fatiga, capacidad para tolerar el ruido, las cadencias aceleradas, el barullo, las interrupciones y grado de luminosidad, etc.
- c) Ayudar al incapacitado a tener más confianza en sí mismo, por medio de sus propias fuerzas y a sentirse capaz de hacer su trabajo, ayudado por el psicólogo del trabajo.
- d) Ayudar al incapacitado a darse cuenta de sus posibilidades y convencerlo de que las utilice.
- e) Ayudar a la labor de Orientación Profesional.

La Evaluación realizada en equipo.

Los métodos utilizados en los referidos centros corresponden a las diversas facetas de la evaluación y readaptación, así como el sistema de trabajo en equipo. La evaluación final y la recomendación acerca de la reintegración de cada incapacitado debe ser fruto de una obra colectiva, en que cada miembro del grupo contribuye con su opinión, pero situándola en la perspectiva general. Los esfuerzos de los respectivos miembros del grupo se pueden coordinar mejor si cada caso es objeto de examen en conferencia, con todos los datos disponibles a la vista y en presencia de todos los miembros del grupo. Algunos de los puntos que deberían suscitarse durante esta clase de conferencias, además de la información específica aportada por cada servicio (médico-asistencial, psicológico, profesional, etc.), son :

- 1.- Las reacciones del interesado frente al personal del centro y a los demás incapacitados, así como sus relaciones con ellos.
- 2.- La capacidad de valerse por sí mismo en la vida diaria y la reacción en caso de estar supeditado a la ayuda de otros.
- 3.- La actitud frente a la incapacidad.

- 4.- Relaciones familiares.
- 5.- Fear, or entre la vigilancia y la instrucción.
- 6.- Perseverancia y posibilidad de ejecutar determinadas tareas.
- 7.- Actividades o costumbres anteriores.

Todos estos puntos deben ser tomados en cuenta por el grupo para llegar a las recomendaciones finales sobre la reintegración del incapacitado a su puesto de trabajo.

En cada reunión para estudio de casos de personas incapacitadas, deben señalarse aspectos tales como

- 1.- El Médico : Las limitaciones de la capacidad de trabajo originadas por el estado de salud del incapacitado.

Las preocupaciones que observar y los peligros que evitar.

El pronóstico médico del caso.
- 2.- El Psicólogo : Los comentarios que resultaron de la evaluación psicológica; el sector o sectores profesionales adecuados, las dolencias, los gustos y la motivación del interesado, su nivel de instrucción, de calificación, y autoconcepto profesionales.
- 3.- El Kinesiterapeuta : El grado de agilidad y movilidad, capacidad para trepar, doblarse, lanzar objetos, etc.
- 4.- El Supervisor de Taller : Los resultados de la serie prevista de los tests o pruebas profesionales, la información recogida por observación personal y por los informes personales de cada semana realizada por los supervisores directos.
- 5.- El Asistente Social: Trata de ayudar al paciente en cualquier problema social.
- 6.- El Gestor Ocupacional : Que apoya al incapacitado a que regrese a su puesto original de trabajo o a otro que pueda desempeñar.

CAPACITACION

La Capacitación que es el segundo punto dentro de la Rehabilitación Profesional del incapacitado, así como una segunda actividad que se tiene dentro del programa desarrollándose en nuestro país pero que en realidad es una técnica de simulación del trabajo, que consiste en efectuar en los talleres la terapia ocupacional, los diferentes movimientos que la persona tiene que realizar durante su jornada de trabajo. El análisis de las demandas del puesto nos permiten seleccionar las actividades que debemos desarrollar durante la simulación del trabajo. Estas actividades comprenden el uso de las manos para martillar, mover objetos, de precisión, ejercicios de coordinación de ojo-mano y ojo-mano-pie y, por último, ejercicios con maquinaria como tornos, taladros, fresadoras, máquinas de escribir, máquinas de coser, etc.

A pesar de todo lo anterior, hay ocasiones en que es imposible reintegrar al trabajador al mismo puesto. En estos casos se analiza la posibilidad de que el trabajador pueda estar en otro puesto donde pueda cumplir satisfactoriamente sus funciones. Por lo general es el mismo trabajador quien selecciona su nuevo trabajo, pero se da el caso frecuente de que el trabajador solicita entrenamiento para puestos que no existen en la empresa o que están ya desempeñados por otros trabajadores, a los que no podemos ni queremos desplazar. Muchas veces el cambio de ubicación representa mejores condiciones de trabajo y mejor sueldo, así como menores requisitos físicos, pero en este puesto no podemos ubicar al trabajador incapacitado por razones de escalafón.

Una comparación de los requisitos para nuevos puestos con características y habilidades necesarias de la persona, permite definir cual es el puesto que pudiera desempeñar, para después investigar en la empresa la posibilidad de que se le pudiera otorgar, pero sólo en caso afirmativo y proceder a darle la capacitación necesaria.

La Simulación para el Trabajo es la Técnica de Readaptación en la que se analizan las diversas operaciones que integran las actividades de un trabajo específico y donde se hace una replica mediante una maqueta en la que están representadas las condiciones que exigen los movimientos involucrados en la tarea real. Se pide al paciente que realice las operaciones utilizando la maqueta y evaluar sus capacidades, registrándolas en las formas respectivas. Se hace una comparación entre el rendimiento del paciente y los requerimientos del ritmo y cadencia del puesto de trabajo. De acuerdo con los resultados de la evaluación se hace un programa de tratamiento para incrementar las habilidades, la tolerancia, el esfuerzo sostenido, la resistencia, la fatiga, etc.

Cuando la Capacitación se lleva a cabo en la misma empresa, sucede que se logra colocar al incapacitado a su mismo puesto o a otro donde pueda desempeñarse bien.

Cuando se realiza en otra empresa, que casi no se llega a dar se capacita para realizar determinado trabajo acorde a sus necesidades.

Negocio Independiente: En este caso sucede que los pacientes que sufrieron algún accidente, que la empresa ya no los necesita, o que ellos mismos ya no quieren regresar a su trabajo; entonces deciden que con lo que el seguro y el empleador le proporcionen podrán vivir plenamente teniendo un negocio propio.

Ahora que en el IMSS funcionan los Talleres de Adiestramiento de Actividades Múltiples (TAAM) donde se proporciona capacitación de diversas actividades manuales a los incapacitados, con la finalidad de prepararlos para su posterior integración a un grupo regular para el aprendizaje de un oficio o una actividad productiva.

El objeto del TAAM es capacitar al trabajador con aptitud a la incorporación a la mayor brevedad posible de forma tal que se garantice su adaptación y ajuste a los mismos.

En el TAAM el maestro debe ser una persona que reúna las siguientes cualidades:

- Conocimientos y destrezas en una gran variedad de actividades de artes y oficios como: dibujo, fotografía, electrónica, mecánica, jardinería y otros.
- Experiencia en el uso de maquinaria y herramientas diversas
- Dominio de las técnicas didácticas y de la elaboración de programas de adiestramientos por objetivos.
- Nivel cultural e intelectual alto.
- Interés humano para relacionarse con los pacientes, situarse a su nivel y otorgarles apoyo.

Es factible instalar el TAAM en cualquier Unidad de Rehabilitación ya que no requiere de un espacio con características determinadas. En lo que sí sería limitado es en los recursos económicos,

La capacidad de cada taller se encuentra limitada por el costo de la maquinaria y herramientas. El número de alumnos puede variar entre cinco y veinte, son excepcionales los talleres que pasan de quince alumnos.

La O.I.T. señala en su Recomendación, Num. 99 que siempre que sea posible el adiestramiento de personas incapacitadas, deberá realizarse junto con personas sanas. Esta Recomendación justifica plenamente nuestro propósito de utilizar los centros de adiestramiento de la comunidad para la capacitación de personas incapacitadas.

COLOCACION SELECTIVA

De acuerdo a la O.I.T. la Colocación Selectiva es un proceso de colocar en un trabajo al individuo con capacidad disminuida y así lograr que se sienta seguro de sí mismo para competir con los demás trabajadores de la población económicamente activa.

Para ofrecer a los incapacitados un servicio de Colocación Selectiva, hay que utilizar todos los medios y servicios organizados para las personas normales ajustándolos según sea necesario a las necesidades conocidas y cuidadosamente evaluadas.

La formación profesional es la parte más costosa de todo el Programa de Readaptación Profesional; por consiguiente, es necesario que cuente con una base financiera, sólida y suficiente, para esto debería prevverse la asistencia necesaria financiera y de otras índoles a fin de que los incapacitados puedan valerse plenamente de las facilidades de la formación profesional.

Una vez terminada la capacitación, es necesario facilitar la colocación del incapacitado en el oficio que aprendió durante el tiempo que estuvo rehabilitándose físicamente o en el que le enseñaron y venía desempeñando antes de su padecimiento.

La Colocación Selectiva de los incapacitados nunca será fácil y más si escasean las oportunidades de empleo ya que los incapacitados sólo pueden competir en condiciones de igualdad con las personas sanas.

Se pueden tomar como principales objetivos los siguientes puntos :

- a) Restablecer la fe en sí mismo.
- b) Mejorar el estado de ánimo y la confianza en sí mismo.
- c) Inculcar buenos hábitos de trabajo.
- d) Aumentar la voluntad para trabajar.

TECNICAS PARA LA COLOCACION SELECTIVA

- 1.- Entrevistas con el rehabilitado, tiene como finalidad conocer al candidato en cuestión laboral; la información que se debe obtener es: Datos generales, nivel educacional, historia clínica del padecimiento, antecedentes laborales, datos de la empresa, actitud para el trabajo e intereses y aficiones.

Ahora bien, cuál podría ser la diferencia entre puesto y ocupación:

El puesto es la labor específica que se desempeña dentro de una ocupación cuyo carácter es más general. El puesto de trabajo puede constar de una o varias tareas las cuales a su vez se descomponen en una o varias operaciones.

- 2.- Análisis de Puesto, es la técnica utilizada para reunir la información concerniente a la naturaleza y condición de un puesto de trabajo determinado. Mediante la visita a la empresa se plantea el problema a la persona encargada de la misma (gerente, jefe de personal o patrón); se hace el análisis somero y la observación al caso. Se seleccionan las alternativas posibles como: igual puesto en la empresa, mismo puesto en otra empresa, diferente puesto en otra empresa, actividad diferente e independiente, formación de cooperativas o talleres protegidos. Así mismo se pueden plantear soluciones dentro de la misma empresa como el entrenamiento, la readaptación al mismo puesto, o la capacitación ya que el objetivo es colocar al incapacitado en un empleo adecuado a su capacidad.

Existen dos formas de abordar a la empresa con el fin de obtener una respuesta positiva de su parte. Primero se basa en la responsabilidad social que tiene la empresa con el Instituto Mexicano del Seguro Social para con el trabajador accidentado o con una enfermedad general y el apoyo de los artículos 499 de la Ley Federal del Trabajo, cuando la disminución es por riesgo de trabajo y en el 54 en casos de enfermedad general.

El trabajador no solo se ve amparado por estos artículos, sino que cada trabajador tiene prestaciones extras debido a su contrato colectivo.

Existen dos tipos de Contrato de Trabajo:

- a) El Contrato Ley que ampara a todos los trabajadores de las diferentes industrias de una misma rama, como lo son las industrias huleira y textil.
- b) Los Contratos Colectivos que dependen de cada Sindicato con diversas actividades.

Ahora el artículo 499 de la Ley Federal del Trabajo dice:
"Si un trabajador víctima de un riesgo no puede desempeñar su trabajo, pero si algún otro, el patrón estará obligado a proporcionárselo, de conformidad con las disposiciones del Contrato Colectivo". (9)

El artículo 63 de la Ley del Seguro Social señala:
"El asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie:

- 1.- Asistencia Médica, Quirúrgica y Farmacéutica.
- 2.- Servicio de Hospitalización .
- 3.- Aparatos de Prótesis y Ortesis.
- 4.- Rehabilitación:

Condiciones de Trabajo:

Son aquellas de las que está compuesto el trabajo, como horario, turno, monto y forma de pago, contratación o selección estipulada por la empresa.

Requerimientos de la Ocupación:

Son los establecidos por la empresa y cubiertos por el trabajador que quiere ser contratado.

Observación Directa:

Es la fuente más utilizada para corroborar los datos en pleno ambiente laboral sin distraer al trabajador y tomando nota de las condiciones generales y específicas del trabajo. De esta manera el terapeuta puede desempeñar la tarea evaluando la fuerza física del trabajador.

La Colocación Selectiva del incapacitado en un trabajo con sus intereses y actitudes donde desempeñe su función como un individuo completamente sano e incluso, en algunos casos en mejores condiciones que los individuos sanos, siendo este punto donde se llegó a tener problemas, porque se les contrata a ellos para su mejor desempeño social, familiar y personal.

OBSTACULOS EN LA COLOCACION DE LOS INCAPACITADOS

La medida en que se pueda ofrecer a los incapacitados una gran variedad de oportunidades de empleo, cambia según los países, pero probablemente pueda afirmarse que en México tropiezan con la totalidad o parte de los siguientes obstáculos:

- a) La actitud de la sociedad en forma de rechazo.
- b) La situación económica del país porque no existen fuentes de trabajo.
- c) La resistencia de los empleadores al no aceptarlos como trabajadores.
- d) La actitud de los Sindicatos inapropiada por ser una persona incapacitada.
- e) La actitud de los compañeros de trabajo que temen ser desplazados.
- f) La actitud de los mismos incapacitados y sus familiares - por no autovalorarse y no brindarle apoyo familiar, como comprensión a su desmoralización.

Cuando una incapacidad constituye un verdadero obstáculo para el empleo, plantea problemas de la clase siguiente:

a) Para el incapacitado mismo:

- Disminución de su capacidad de ganarse la vida.
- Desajuste psicológico.
- Desperdicio de capacitación y experiencia.
- Limitaciones del desarrollo socioeconómico.
- Pérdida de categoría socio-profesional.
- Situación de dependencia.
- Limitaciones en el desarrollo educativo-cultural.

b) Para su familia:

- Pérdida o reducción de ingresos.
- Pérdida de situación social.
- Alteraciones de relación familiar.
- Desintegración familiar.
- Sobrecarga económica.
- Mayor dependencia de otras personas, para el cuidado del incapacitado.
- Deficiente desarrollo educativo-cultural.

c) Para la sociedad en general:

- Pérdida de la contribución que aportaba el trabajador.
- Desempleo.
- Subempleo.
- Desaprovechamiento de los conocimientos del incapacitado.
- Pérdida de un elemento de mano de obra.
- Pérdida de producción.
- Cargas financieras para atender y sostener al incapacitado y su familia.

ACTITUD DE LA FAMILIA FRENTE AL TRABAJADOR INCAPACITADO

La lucha por la vida determinada en los medios familiares según la escala social, será por medio de una serie de reacciones y emociones que se manifiestan cuando alguno de sus integrantes pierde por alguna razón su facultad de continuar sus actividades habituales o de contribuir al mantenimiento familiar. Estos sentimientos que habitualmente se inician por la gran dedicación y preocupación, y a medida que el tiempo transcurre y la condición de la incapacidad no mejora, van por necesidad en la gran mayoría de los casos convirtiéndose primero en un sentimiento de lastima y luego en uno de indiferencia.

Esto, además de dar origen a situaciones familiares peligrosas, ocasiona también con frecuencia la pérdida del ascendiente que sobre la familia debe ejercer su jefe natural y se traduce por una situación espiritual que repercute gravemente sobre el incapacitado y que, por consiguiente, debe también tratarse de evitarse por todos los medios posibles.

Como resultado de una situación semejante, tal concepto va extendiéndose también al círculo en el cual habitualmente desarrollaba su vida, y así sucesivamente, va envejeciendo su influencia sobre núcleos cada vez mayores, por repetición del hecho y dado que la familia y su medio social, constituyen el elemento básico de la sociedad en general; no queda entonces más que tener una actitud similar frente a los problemas derivados de la incapacidad para el trabajo.

Dentro de estas consideraciones, gran importancia tienen las cargas familiares y los problemas de ella derivados, dado que la ausencia del jefe de familia obliga con frecuencia a la madre a salir en busca del complemento necesario para cumplir las necesidades familiares, viéndose obligada por tal motivo a abandonar el hogar durante muchas horas del día, ocasionando con frecuencia la falta de control sobre los hijos que, dado el medio en que frecuentemente se encuentran, son fácilmente presa de vicios, malos consejos y demás peligros sociales que pueden conducirle a engrasar progresivamente el número de delinquentes juveniles que constituyen uno de los azotes más graves de la sociedad moderna.

ACTITUD DE LA SOCIEDAD

Cuestión que tiene gran influencia, tanto en el proceso de rehabilitación como en los medios de que se disponga para obtenerla siendo ésta el gran derivado de la actitud de la sociedad frente al individuo con alguna incapacidad. Es frecuente que esa actitud sea de lástima o de conmiseración que se traduce en el hecho de que frecuentemente considera la sociedad que esos individuos deben recibir los beneficios de la caridad, y en consecuencia debe proveerse para ellos asilos o instituciones destinadas a su simple y final reclusión.

Lamentablemente esta es la orientación más inadecuada para organizar y luchar por la rehabilitación de alguna persona, dado que son justamente esos medios donde el espíritu se disminuye y la voluntad se reciente y por lo tanto, la colaboración a cualquier procedimiento tendiente a la rehabilitación de la persona, chocan muchas formas con el medio en el cual se pretende realizarlas. Por consiguiente, es necesario que la actitud de la sociedad sea orientada en el sentido de la colaboración, en la forma que más convenga a los fines de la rehabilitación; traduciéndose en un programa que se encuentre en manos de personas debidamente calificadas para organizarlo y llevarlo a la práctica y no mediante la institución de sociedades benéficas, sin fines específicos, que en muchas oportunidades es más el daño que hacen que el bien que de buena fé pretenden realizar. En ese sentido, es labor que corresponde principalmente a los encargados de los servicios o instituciones de rehabilitación, orientar esos buenos deseos y encaminar los recursos de que se pueda disponer hacia un fin útil clara y precisamente determinado. Derivado de la actitud de la sociedad, cuando no está orientada siendo el significado que tradicionalmente tiene la palabra incapacitado de cuya aplicación se hablará más adelante, pero se desea relacionar con la posición asumida por un gran número de patrones que como miembros de la sociedad participan activamente en la aplicación de los conceptos en ella formados.

Muchas veces la actitud patronal de rechazo de un trabajador incapacitado, se deriva del antiguo concepto de la integridad física como equivalente de capacidad para el trabajo, pero otras, y sobre todo en la industria moderna, esa actitud se deriva frecuentemente del hecho de que habiendo aceptado para el trabajo a algún incapacitado, éste no rinda eficientemente la labor que se le ha encomendado o que empieza a crear problemas debido a su propia actitud frente a los demás compañeros de trabajo, es decir, las consecuencias de una mala ubicación de ese trabajador.

Una solución al problema de la actitud patronal frente al incapacitado, es de dictar leyes que obliguen al patrón a emplear dentro de sus trabajadores a un porcentaje determinado de personas incapacitadas, ya que esto conduce muchas veces a que, por ser una cuestión impositiva y que en ninguna forma determina un cambio de actitud.

ACTITUD DE LA NACION

Siendo una de sus responsabilidades la de velar por el fomento, conservación y restitución de la salud de sus habitantes, le corresponde también tomar todas las medidas a su alcance para que los problemas que sobre ella inician tengan una debida solución; y en el caso especial del trabajador incapacitado, que reviste particular importancia al restablecer la capacidad perdida, por constituir la fuerza de trabajo, base fundamental del desarrollo y economía nacional.

Hasta hace algún tiempo se consideraba que la acción del estado se cumplía en el campo de salud, procurando poner al alcance de sus habitantes los recursos de la medicina curativa y los de medicina preventiva, pero el progresivo desarrollo de nuestras técnicas y la aparición de nuevos problemas, ha demostrado que tan importante como las anteriores es la aplicación de los principios de la medicina social.

ACTITUD DEL TRABAJADOR INCAPACITADO FRENTE A SI MISMO

La primera resultante de la incapacidad de un trabajador es la de un estado emocional particular, originado por la imposibilidad inmediata de hacer frente a sus necesidades habituales y de si será capaz de volver nuevamente al trabajo que tenía. Este sentimiento de autovaloración de la persona incapacitada es de primordial importancia para estudiar adecuadamente, porque de su debida orientación dependerá su disposición, su interés hacia su total restablecimiento; es decir lo que comunmente llamamos motivación.

Hay que tener muy en cuenta el temor que tiene el trabajador cuando se encuentra incapacitado, con la inseguridad con que ve y teme que su patrón no lo acepte nuevamente para trabajar; sea por lo largo de su ausencia; sea porque si acaso le queda alguna mínima incapacidad aparente, pueda esta ser la causa del despido del trabajo, ya que el patrón tiene más en cuenta la integridad física que la posible habilidad del individuo para realizar su labor determinada.

Gran influencia existe en la actitud emocional, la alta especialización de una persona incapacitada, la cual le crea muchas veces un autoconcepto capaz de causarle actitudes negativas, que se reflejan en todos sus actos y le conduce a sentir indiferencia o desconfianza hacia la realización del tratamiento recomendado, porque piensa que no será posible en forma alguna recuperar su capacidad de trabajo anterior y obtener los beneficios que la vida le proporciona.

Otra situación que conduce a la aparición de actitudes negativas lo constituye la falta de conformidad del trabajador con el trabajo que venía realizando; sea porque se considere capaz de ejecutar una labor de mayor responsabilidad o porque estime que la remuneración que está recibiendo debiera ser mayor, decidiendo con esto que lo que gana no es suficiente para cubrir sus necesidades primarias, siendo así como se convierte en un estímulo negativo para volver al trabajo.

Quizás influya en gran parte en la actitud del trabajador la forma en la cual haya sido atendido por el médico, así como por las demás personas a quienes corresponde aplicar el programa de tratamiento. Por ejemplo el médico puede contribuir decisivamente a una actitud negativa, si practica un examen incompleto, con indiferencia, que muchas veces conduce a decirle al paciente "usted no tiene nada", aun cuando en su conciencia, negligencia o incapacidad, conozca el grado del padecimiento.

ASPECTOS LEGALES DE LA READAPTACION

Es de primordial importancia para la persona incapacitada que está en proceso de readaptación, conocer los derechos que tiene como asegurado, las cuales están contenidas en el Código Sanitario; máxima legislación en materia de salud, la Ley Federal del Trabajo, la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, la Recomendación Núm. 99 y el Reglamento de Tránsito.

La Dirección de Rehabilitación de la Secretaría de Salud introdujo por primera vez en el año de 1976 conceptos de rehabilitación en el Código Sanitario; la importancia radica en el hecho donde se señala que las acciones de salud comprenden no solo las preventivas y las curativas sino que también de rehabilitación con un sentido profundamente social estableciendo que la rehabilitación debe estar incluida en el Sector Social.

El Reglamento de Prevención de la Incapacidad y Rehabilitación de Inválidos, publicado en el año de 1977 y elaborado por la Secretaría de Salud para cumplir con los aspectos de rehabilitación contenidos en el Código Sanitario, incluye entre otros los siguientes artículos:

Artículo 23.- "Se entiende por Institución para la Rehabilitación de los Incapacitados, la que presta servicios para la atención de cualquier tipo de invalidez, así como aquella destinada a mejorar o modificar el estado corporal de las personas, por medio de la cirugía reconstructiva o de cualquier otro procedimiento". (10)

Artículo 25.- Para los efectos del presente Reglamento se considera:

I.- "Instituto de Rehabilitación, es el que presta principalmente servicios de investigación científica y docencia para la rehabilitación de incapacitados físicos". (11)

II.- "Centro de Rehabilitación, es el que presta servicios de diagnóstico, tratamiento, educación especial y adiestramiento ocupacional a incapacitados". (12)

III.- "Unidad de Rehabilitación, es la Unidad que formando parte de un hospital presta servicios de diagnósticos y tratamiento a incapacitados". (13)

IV.- "Clínica de Rehabilitación, es la que presta servicios, diagnóstico y tratamiento a incapacitados". (14)

V.- "Consultorio de Rehabilitación, es el que presta fundamentalmente servicios de diagnóstico y tratamiento que no requieren equipo, personal e instalaciones especiales de acuerdo con lo previsto por este reglamento". (15)

VI.- "Escuela de Educación Especial, es la Institución docente que atiende a incapacitados en proceso de rehabilitación y a rehabilitados". (16)

VII.- "Centro de Rehabilitación Ocupacional, es la que proporciona fundamentalmente adiestramiento para el trabajo o empleo a incapacitados en proceso de rehabilitación o a rehabilitados". (17)

VIII.- "Clínica de Cirugía Constructiva, plástica o estética, la que proporciona servicios destinados a mejorar o modificar el estado corporal de las personas". (18)

También en su artículo 28, señala que en los hospitales generales deberá existir una Unidad de Rehabilitación para los incapacitados físicos.

CODIGO SANITARIO

Existe también el Código Sanitario que fundamentándose en algunos artículos y párrafos, orienta al incapacitado a los derechos que tiene con respecto a su padecimiento.

Se mencionan tres artículos que adquieren gran importancia en virtud de que dentro del programa de atención médica en la institución, se contempla la existencia de hospitales generales de segundo y tercer nivel de atención, en los que deberá habilitarse en una Unidad de Rehabilitación.

El artículo 153 del Código Sanitario indica:

"La acción Sanitaria para la Prevención y la Rehabilitación de Incapacitados comprenden las siguientes actividades:

I.- "Estudios epidemiológicos y de otro orden que se consideren convenientes para conocer las causas de la incapacidad y establecer normas de prevención específicas". (19)

II.- "Educación Higiénica en materia de prevención específica en los Centros y Servicios de Rehabilitación, así como acción preventiva específica en los mismos". (20)

III.- "Orientación Técnica sobre la Educación que en materia de rehabilitación deben recibir los integrantes del magisterio, así como los estudiantes, trabajadores, patrones y en general la colectividad". (21)

IV.-"Atención oportuna e integral a los incapacitados incluyendo la adaptación de las prótesis y las órtesis que se requieran". (22)

V.-"Investigación científica para el desarrollo de los conocimientos sobre medidas específicas de rehabilitación de incapacitados". (23)

Este artículo menciona que a la Secretaría de Salud le compete señalar las diferentes acciones que deben realizarse en materia de prevención y rehabilitación de incapacidad.

En lo referente al trabajo, la Ley Federal del Trabajo es la máxima legislación que rige, donde también es indispensable que la persona que atiende pacientes de rehabilitación la conozca, ya que este debe saber cuando y en que condiciones puede enviar al paciente a trabajar; de aquí la importancia de la rehabilitación laboral.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

En esta Ley existen varios artículos relacionados con la rehabilitación, los cuales se especifican a continuación:

Artículo 487.-"Los trabajadores que sufran riesgo de trabajo tendrán derecho a:

- 1.- Asistencia médica y quirúrgica
- 2.-Rehabilitación
- 3.-Hospitalización cuando el caso lo requiera
- 4.-Medicamentos y material de curación
- 5.-Los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios y la indemnización fijada por el presente título. (24)

Es decir, que la Ley está considerando que cualquier trabajador que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a la rehabilitación.

Artículo 478.-"El empleador está obligado a reponer en su empleo al trabajador que sufrió un riesgo de trabajo, si está capacitado, siempre que se presente dentro del año siguiente a la fecha en que se determinó su incapacidad". (25)

No es aplicable lo dispuesto en el párrafo anterior, si el trabajador recibió la indemnización por incapacidad permanente o total". (26)

Artículo 499.-"Si un trabajador víctima de un riesgo no puede desempeñar su trabajo, pero si algún otro, el patrón está obligado a proporcionárselo, de conformidad con las disposiciones del Contrato Colectivo de Trabajo". (27)

El primero de los preceptos señalados se refiere al caso en que el trabajador se presenta a desempeñar su mismo trabajo, por lo que es básico capacitarlo para su desempeño.

En el segundo caso tenemos un problema de educación obrero-patronal que sujeta al trabajador a la existencia de un Contrato Colectivo de Trabajo y deja en manos de los líderes sindicales el cumplimiento de este derecho.

De acuerdo con estadísticas del IMSS, generalmente el 90% de los trabajadores se rehabilita para que regrese a su trabajo habitual con base al artículo 493, y solo el 10% de los casos canaliza a otras actividades dentro de la empresa con base en el artículo 499 o a iniciativa personal.

Al proceso de rehabilitación para el mismo trabajo, lo llamamos Rehabilitación Profesional y consiste fundamentalmente en la rehabilitación física y al proceso de rehabilitación para otro trabajo lo llamamos Reeducación, lo cual consiste básicamente en la Rehabilitación Profesional, que en cualquiera de los casos se utilizarán con el mismo nombre.

EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

El IMSS tiene su propia Ley, y esta sus artículos y fracciones que hablan sobre la incapacidad física de una persona; ejemplo :

Artículo 2.- "La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia y a los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo". (28)

El IMSS, cumple el compromiso que este precepto entraña en el aspecto que nos ocupa, mediante la aplicación de procedimientos de rehabilitación a los trabajadores asegurados y el otorgamiento de las prestaciones respectivas.

En el capítulo III del Seguro de Riesgos de Trabajo se señala que personas aseguradas o beneficiarias que sufren un riesgo de trabajo, tienen derecho a la atención médica que el Instituto otorga en forma integral.

Artículo 63.-"El asegurado que sufre un riesgo de trabajo tiene derecho a las siguientes prestaciones en especie :

- I. Asistencia medica, quirúrgica y farmaceutica.
- II. Servicio de hospitalización.
- III. Aparatos de prótesis y ortopedia.
- IV. Rehabilitación. " (29)

Del analisis de estas fracciones se infiere que el otorgamiento de prótesis y ortesis y las demás prestaciones en especie no constituye por sí sólo la rehabilitación, sino que se hace necesario completar con procedimientos y capacitación necesarios.

LA PROTESIS Y APARATOS ORTOPEDICOS

También uno de los aspectos de la rehabilitación del trabajador incapacitado que con frecuencia ocasiona serias dificultades, es cuando se requiere el uso de prótesis y aparatos ortopédicos. Uno de ellos es la resistencia que la persona presenta para aceptar y subsistir a su miembro o parte de el, o a una función determinada, por un objeto inanimado o carente de muchas de las características principales del miembro normal. En este caso donde su autoconcepto se encuentra muy por debajo de lo normal, es necesario que para vencer tal obstáculo se procure hacer siempre la prescripción lo más completa y especifica posible, para rehabilitarlo adecuadamente y así ponerlo al lado de otros que ya tengan mas tiempo y dominen su prótesis o aparatos, procurando en todo momento alejar de su mente la idea frecuente de que son distintos a los demás, que son personas inútiles.

El Artículo 65.- Precisa las prestaciones en dinero a que tiene derecho los asegurados que sufran algún riesgo de trabajo o bien si lo incapacitan en forma permanente o total incluso parcial.

Seguro de invalidez.- Para los efectos de la Ley del Seguro Social, existe incapacidad cuando se reúnan las siguientes condiciones:

- 1.- "Que el asegurado se halle imposibilitado para un trabajo proporcionado a su capacidad, formación profesional y ocupación anterior, una remuneración al 50% de la remuneración habitual, que en la misma región reciba un trabajo senc, de semejante capacidad, categoría y formación profesional". (30)
- 2.- "Que sea derivada de una enfermedad o accidente no profesional, defectos o agotamiento físico o mental, o bien cuando padezcan una afección y se encuentren en un estado de naturaleza permanente que le impida trabajar" (31)

Es pensión definitiva la que corresponde al estado de invalidez que se estima de naturaleza permanente.

Artículo 156.- "Tendrán derecho a recibir la pensión de orfandad cada uno de los hijos menores de 16 años, cuando muera el padre o la madre, si estos disfrutaban pensión de invalidez, de vejez o cesantía en edad avanzada; o al fallecer como asegurados tuviesen acreditado el pago del Instituto en un mínimo de 150 cotizaciones semanales". (32)

CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

RECOMENDACION NUM. 99 SOBRE LA ADAPTACION Y READAPTACION PROFESIONALES DE LOS INCAPACITADOS

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, tiene a bien mejorar la situación de los incapacitados tal como se señala en la Conferencia Internacional del Trabajo, convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo y congregada en dicha ciudad el 10. de junio de 1955 en su trigésima octava reunión.

Decidió adoptar diversas proposiciones relacionadas con la adaptación y readaptación profesionales de los incapacitados, siendo imprescindibles para que puedan recuperar al máximo posible su capacidad física o mental y reintegrarse a la función social, profesional y económica posible.

Considerando que, para satisfacer las necesidades de empleo de los incapacitados y para utilizar en la mejor forma posible los recursos de mano de obra, se requieren el desarrollo y el restablecimiento de la capacidad de trabajo de los incapacitados, conjungando en un proceso continuo y coordinado los servicios médicos, psicológicos, sociales, educativos, de orientación y formación profesionales y de colocación, así como el control posterior del incapacitado en relación con el empleo.

En la Conferencia se recomiendan las siguientes :

I.- DEFINICIONES

1.- A los efectos de la siguiente recomendación:

- a) La expresión "Adaptación y Readaptación Profesionales" designan aquella parte del proceso continuo y coordinado de adaptación y readaptación que comprende el suministro de medios especialmente orientación vocacional, formación profesional y Colocación Selectiva, para que los incapacitados puedan obtener y conservar un empleo adecuado.

- b) El término "incapacitado" designa a toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar empleo adecuado se hallen realmente reducidas debido a una disminución de su capacidad física o mental. (35)

II. CAMPO DE APLICACION DE LA ADAPTACION Y READAPTACION PROFESIONALES

2.- Se deberían poner a disposición de todos los incapacitados de adaptación y readaptación profesionales, su capacidad cualquiera que sea su edad, siempre que puedan ser preparados para ejercer un empleo adecuado y tengan perspectivas razonables de obtener y conservar tal empleo.

III. PRINCIPIOS Y METODOS RELATIVOS A LA ORIENTACION Y FORMACION PROFESIONAL Y A LA COLOCACION DE LOS INCAPACITADOS

3.- Se deben adoptar todas las medidas necesarias y factibles para crear o desarrollar servicios especializados de orientación profesional destinados a los incapacitados que necesitan ayuda para elegir o cambiar de profesión.

4.- Entre los métodos de orientación profesional utilizados deben figurar siempre que las condiciones nacionales lo permitan y según los casos particulares:

- a) entrevistas con un consejero de orientación profesional;
- b) examen de los antecedentes profesionales;
- c) examen del informe escolar o de cualquier otro documento relacionado con la instrucción general o profesional recibida;
- d) examen médico con miras a la orientación profesional;
- e) aplicación de tests apropiados de capacidad y aptitud y si fuere oportuno, de otros tests psicológicos;
- f) examen de la situación personal y familiar del interesado;
- g) evaluación de las aptitudes y del desarrollo de la capacidad mediante experimentos y pruebas prácticas apropiadas, o por medios análogos;

- h) examen profesional técnico, oral o de otra índole, siempre que parezca necesario;
- i) determinación de la capacidad física del interesado, en relación con los requisitos de las diversas ocupaciones y de la posibilidad de mejorar esta capacidad;
- j) comunicación de informaciones sobre las posibilidades de empleo y de formación, en relación con las calificaciones profesionales, capacidad física, aptitudes, preferencias y experiencias del interesado, así como las necesidades del empleo en el mercado.

5.- Los principios, medidas y métodos de formación profesional que de modo general se aplican a la formación de las personas no incapacitadas, deberían ser aplicados a los incapacitados siempre que lo permitan las condiciones físicas, médicas y pedagógicas.

6.- 1) La formación profesional de los incapacitados debe en todo lo posible poner a los interesados en condiciones de ejercer una actividad económica que les permita utilizar sus conocimientos o aptitudes profesionales, habida cuenta de las perspectivas de empleo.

2) A estos efectos dicha formación debe :

- a) Coordinarse con la Colocación Selectiva, efectuada previa consulta médica, en ocupaciones en donde la incapacidad afecte lo menos posible a la realización del trabajo o viceversa.
- b) Proporcionarse siempre que fuese posible y apropiado en la profesión ejercida anteriormente por el incapacitado o en una profesión afín.
- c) Proseguirse hasta que el incapacitado pueda trabajar normalmente en condiciones de igualdad con los trabajadores no incapacitados.

7.- Los incapacitados deberían en todo lo posible recibir formación profesional junto a trabajadores no incapacitados y en las mismas condiciones.

8.- 1) Se deben crear y desarrollar medios especiales para la formación profesional de los incapacitados que en particular por la naturaleza o gravedad de su invalidez no puedan recibir esta formación en compañía de trabajadores no incapacitados.

2) En todos los casos en que sea posible y apropiado entre estos medios deben figurar :

- a) Escuelas y centros de formación, comprendidos los interesados;
- b) cursos especiales de formación para ocupaciones determinadas;
- c) cursos de perfeccionamiento para incapacitados.

9.- Se deben adoptar medidas que estimulen a los empleadores a proporcionar formación profesional a los incapacitados. dichas medidas deben comprender según las circunstancias asistencia financiera, técnica, médica o profesional.

10.- 1) Deben tomarse disposiciones a fin de aplicar medidas especiales para la colocación de los incapacitados.

2) Estas disposiciones deben asegurar una colocación satisfactoria por los siguientes medios :

- a) registro de los solicitantes de empleo;
- b) registro de las calificaciones, antecedentes profesionales y preferencias;
- c) entrevistas para el futuro empleado;
- d) evaluación, si fuere necesaria, de la capacidad física profesional;
- e) estimular a los empleadores para que notifiquen a la autoridad competente los empleos vacantes;
- f) establecer contacto con los empleadores para exponerles la capacidad profesional de la persona incapacitada y proporcionarles un empleo;
- g) asistencia para que los incapacitados aprovechen los servicios de orientación o de formación profesional o cualquier otro servicio que pueda ser necesario.

11.- Se deben adoptar medidas de control con objeto de:

- a) comprobar si la colocación en un empleo o el acceso a los medios de formación profesional son satisfactorios y estimar el valor de los principios y de los métodos en que se basan los consejos profesionales;
- b) suprimir, en la medida de lo posible, los obstáculos que pudieren impedir al incapacitado adaptarse satisfactoriamente a su trabajo.

IV.- ORGANIZACION ADMINISTRATIVA

- 12.- La autoridad o autoridades competentes deben organizar y desarrollar en un programa continuo y coordinado, los servicios de adaptación y readaptación profesionales debiendo utilizarse, en tanto fuere posible los servicios existentes de organización y formación profesional y colocación.
- 13.- La autoridad o autoridades competentes deben preocuparse que se disponga de personal suficiente y debidamente calificado para ocuparse de la adaptación y readaptación profesionales de los incapacitados y de controlar sus resultados.
- 14.- El desarrollo de los servicios de adaptación y readaptación profesionales deben seguir el mismo ritmo por lo menos que el de los servicios generales de orientación, formación y colocación.
- 15.- Estos servicios deben ser organizados y desarrollados de manera que proporcionen a los incapacitados la oportunidad de prepararse para ejercer una profesión por cuenta propia en cualquier ramo de la economía, así como para obtener y conservar esta profesión.
- 16.- La responsabilidad administrativa de esta organización general y del desarrollo de los servicios profesionales deben comprender:
 - a) a una sola autoridad; o
 - b) conjuntamente a las autoridades encargadas de las distintas actividades comprendidas en el programa, ocupándose en tal caso, sólo una de ellas de la coordinación.
- 17.- Las autoridades competentes deben tomar todas las medidas necesarias y oportunas para lograr la colaboración y coordinación entre los organismos públicos y privados que se ocupen de la adaptación y readaptación profesionales.
 - 2) Entre dichas medidas pueden figurar, según las circunstancias a:
 - a) determinación de las responsabilidades y obligaciones de los organismos públicos y privados;
 - b) ayuda financiera a los organismos privados que participen realmente en las actividades profesionales;
 - c) asesoramiento técnico a los organismos privados.

18.- 1) Los servicios de adaptación y readaptación profesionales deben crearse o desarrollarse con la asistencia de comisiones consultivas y representativas de carácter nacional y si fuere necesario de carácter regional o local

2) En esas comisiones deben estar representados según el caso:

a) los organismos y autoridades directamente interesados en la adaptación y readaptación profesionales.

b) las organizaciones de empleadores y trabajadores;

las personas especialmente calificadas en razón de sus conocimientos y de su interés en la adaptación y readaptación profesionales de los incapacitados.

d) las organizaciones de los incapacitados.

3) dichas comisiones deben estar encargadas de asesorar:

a) con alcance nacional, en cuanto al desarrollo de la política y de los programas de Adaptación y Readaptación Profesionales;

b) con alcance regional o local, en cuanto a la aplicación de las medidas de carácter nacional.

19.- 1) Las autoridades competentes en particular deben estimular y fomentar toda investigación destinada a evaluar los resultados obtenidos por los servicios profesionales de los incapacitados y a mejorarlos.

2) Esta investigación debe comprender estudios generales o especiales sobre la colocación de los incapacitados.

3) Así mismo deben comprender trabajos científicos sobre las diferentes técnicas y los distintos métodos que desempeñen una función en los servicios profesionales.

V.- METODOS PARA FAVORECER LA UTILIZACION DE LOS MEDIOS DE ADAPTACION Y READAPTACION PROFESIONALES POR LOS INCAPACITADOS.

20.- Deben adoptarse medidas para que los incapacitados puedan utilizar plenamente los medios profesionales a su disposición y para procurar que una autoridad determinada se encargue de ayudar personalmente a cada incapacitado para adaptarse a la medida de lo posible.

21.- Entre dichas medidas deben figurar:

- a) información y publicidad sobre los medios profesionales disponibles y sobre las perspectivas que esos medios ofrezcan a los interesados.
 - b) concesión a los incapacitados de asistencia financiera apropiada y suficiente.
- 22.- 1) La asistencia financiera debe concederse en cualquier etapa del proceso profesional, la concesión de subsidios de manutención, el pago de los gastos de transporte necesario sobre cualquier periodo de preparación profesional para el ejercicio de un empleo y el otorgamiento de préstamos o donativos en dinero o el suministro de las herramientas y del equipo necesarios, de los aparatos de prótesis y de cualquier otro tipo de aparato necesario.
- 23.- Los incapacitados deben tener la posibilidad de utilizar todos los medios profesionales, sin perder por ello el derecho a cualquier prestación de seguridad social adquirida por otros conceptos.
- 24.- Los incapacitados que habitan en regiones donde las posibilidades de empleo son mínimas, o donde los medios de preparación para el ejercicio de una profesión son escasos, deben contar con todas las facilidades para su preparación profesional, incluso alojamiento y comida, deben poder trasladarse si así lo desean, a regiones donde existan mayores posibilidades de empleo.
- 25.- No se debe ejercer discriminación alguna contra los incapacitados comprendidos los que reciben prestaciones de invalidez, en razón de ésta, en lo que respecta al salario y otras condiciones de trabajo, si su trabajo es de valor igual al de los trabajadores no incapacitados.

VI.- COLABORACION ENTRE LAS INSTITUCIONES ENCARGADAS DEL TRATAMIENTO MEDICO Y DE LA ADAPTACION Y READAPTACION PROFESIONALES.

- 26.- 1) Entre las instituciones encargadas del tratamiento médico de los incapacitados y los servicios encargados de la adaptación y readaptación profesionales de éstos, debe existir la más estrecha colaboración, y la máxima coordinación de sus actividades.
- 2) La colaboración y la coordinación deben tener por objeto:
- a) velar porque el tratamiento médico y la provisión de aparatos de prótesis apropiados que tengan como finalidad facilitar el empleo ulterior de los incapacitados interesados y aumentar las oportunidades de empleo;

- b) ayudar a averiguar cuáles incapacitados necesitan y pueden ser adaptados o readaptados profesionalmente;
 - c) velar porque la adaptación y readaptación profesionales comiencen cuanto antes y en el momento oportuno;
 - d) dar consejos de carácter médico, cuando fuere necesario, en todas las etapas de la adaptación profesional;
 - e) evaluar la capacidad de trabajo de los incapacitados.
- 27.- Siempre que sea posible y atendiendo al dictamen médico, la adaptación y readaptación profesionales deben comenzar durante el tratamiento médico.

VII.- MEDIDAS PARA AUMENTAR LAS OPORTUNIDADES DE EMPLEO DE LOS INVALIDOS.

- 28.- Deben adoptarse medidas, en estrecha colaboración con las organizaciones de empleadores y trabajadores, para aumentar al máximo las oportunidades de empleo de los incapacitados para que puedan obtener y conservar el empleo.
- 29.- Estas medidas deben basarse en los siguientes principios:
- a) los incapacitados deben tener la misma posibilidad que los trabajadores no incapacitados, de ingresar a los empleos para los cuales estén calificados;
 - b) los incapacitados deben tener buenas oportunidades para aceptar un empleo que les convenga con un empleador de su elección;
 - c) se debe hacer hincapié en las aptitudes y en la capacidad para el trabajo de los interesados y no en su incapacidad.
- 30.- Entre dichas medidas deben figurar:
- a) investigaciones para demostrar y analizar la capacidad de trabajo de los incapacitados;
 - b) publicidad amplia y constante, con datos concretos especialmente sobre :
 - i) la producción, el rendimiento, el índice de accidentes, de ausencias y la estabilidad en el empleo de los incapacitados, comparados con las personas no incapacitadas que efectúen análogo trabajo;

- ii) los métodos para la selección del personal, basados en los requisitos específicos del empleo;
- iii) los métodos para mejorar las condiciones en que se efectúa el trabajo, a fin de facilitar el empleo de los inválidos, incluso las adaptaciones y modificaciones de herramientas y equipo ;
- c) medios para evitar que los empleadores deban asumir mayores obligaciones con respecto a las primas de seguro por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales;
- d) medios para estimular a los empleadores a trasladar a los trabajadores cuya capacidad de trabajo haya cambiado por haber disminuido su capacidad física a empleos adecuados dentro de sus empresas.

31.- Cuando las circunstancias nacionales y los métodos aplicados en el país lo permiten, se debe fomentar el empleo de los incapacitados mediante medidas tales como :

- a) la contratación de los empleadores de cierta proporción de incapacitados, en condiciones que permitan evitar el despidio de trabajadores no incapacitados;
- b) la reserva de ciertos empleos determinados para los incapacitados;
- c) la aplicación de disposiciones para que las personas afectadas de incapacidad grave tengan posibilidades de empleo o preferencia en ciertas profesiones que se consideren apropiadas a sus capacidades;
- d) el estímulo para la concesión y la creación de facilidades para la gestión de cooperativas de incapacitados o de cualquier otra organización análoga administrada por los mismos incapacitados.

VIII.- TRABAJO PROTEGIDO.

32.- 1) Las autoridades competentes deben adoptar medidas en colaboración si fuera oportuno, con las organizaciones interesadas privadas, para crear y formar medios de información para trabajos protegidos en los incapacitados que no puedan ser capacitados para competir en el mercado normal de empleo.

2) Entre estos medios deben figurar la creación de talleres protegidos y la adaptación de medios especiales para los incapacitados que por razones físicas o psicológicas o por motivos geográficos no pueden trasladarse regularmente hasta su trabajo o regresar de éste.

- 33.- Los Talleres protegidos deben proporcionar con la debida vigilancia medica y profesional, no solo trabajo útil y remunerado, sino también oportunidades de adaptación al empleo y de ascenso siempre que sea posible, para trasladarlo a un empleo normal.
- 34.- Deben adoptarse disposiciones especiales para proporcionar a los incapacitados que no puedan abandonar su domicilio, un trabajo útil y remunerado en sus propios hogares, con la debida vigilancia medica y profesional.
- 35.- En la medida en que se aplique a los trabajadores en general, disposiciones sobre salarios y condiciones de empleo dictadas por vía legislativa, dichas disposiciones deben aplicarse a los incapacitados en un trabajo protegido.

IX.- DISPOSICIONES ESPECIALES PARA LOS MENORES INVALIDOS

- 36.- Los servicios profesionales para los incapacitados menores de edad, deben ser organizados y desarrollados en estrecha colaboración con las autoridades encargadas de la enseñanza y las responsables de la adaptación y readaptación profesionales.
- 37.- Los programas de enseñanza deben tener en cuenta los problemas especiales de los menores incapacitados y la necesidad de brindarles las mismas oportunidades que a los menores no incapacitados, de recibir la formación general y profesional más adecuada a su edad, capacidad, aptitudes y preferencias.
- 38.- El objetivo fundamental de los servicios profesionales para menores incapacitados deben consistir en reducir al mínimo las dificultades profesionales y psicológicas impuestas por su incapacidad y en ofrecerles todas las posibilidades de prepararse para su empleo en las ocupaciones más apropiadas.
- 39.- La instrucción, la orientación y la formación profesional y la colaboración de los menores incapacitados, deben incluirse en la organización general de los servicios destinados a los menores no incapacitados y siempre que fuese posible, efectuarse en las mismas condiciones.
- 40.- Deben adoptarse medidas para asegurarse de que los menores cuyo examen médico haya revelado anomalías, deficiencias o cualquier ineptitud para el trabajo:
 - a) reciban cuanto antes el tratamiento médico necesario para eliminar o atenuar las anomalías o deficiencias;

- b) sean estimulados a asistir a la escuela y se les oriente hacia empleos que pueden corresponder a sus aspiraciones y aptitudes proporcionándoseles oportunidades de obtener formación profesional para dichos empleos;
- c) obtengan una ayuda económica si fuere posible, durante el período de tratamiento médico, de instrucción y formación profesional.

X.- APLICACION DE LOS PRINCIPIOS DE ADAPTACION Y READAPTACION PROFESIONALES

41.- 1) Los medios profesionales deben conformarse a las necesidades y circunstancias propias de cada país y desarrollarse progresivamente de acuerdo a esas necesidades y circunstancias, basándose en los principios establecidos en la presente Recomendación.

2) Las finalidades principales de este desarrollo progresivo deben ser:

- a) demostrar y desarrollar las cualidades de trabajo de los incapacitados;
- b) facilitar al máximo, cuando las circunstancias lo permitan las posibilidades de obtener un empleo adecuado;
- c) suprimir con respecto a la formación o al empleo, toda discriminación que esté basada en la incapacidad.

42.- Se debe favorecer la aplicación progresiva de los medios profesionales, con la ayuda de la Oficina Internacional del Trabajo, si se solicita:

- a) mediante el otorgamiento, cuando sea posible, de asistencia técnica consultiva;
- b) mediante la organización de un vasto intercambio internacional de experiencias adquiridas en cada país;
- c) mediante cualquier otra forma de colaboración internacional que facilite la implantación y aplicación de medidas que respondan a las exigencias y condiciones de los diferentes países, comprendida la formación del personal necesario.

C A P I T U L O I V

AUTOESTIMA O AUTOCONCEPTO EN PERSONAS INCAPACITADAS

Se inicia este capítulo con la aportación del término de autoconcepto hecho por Goethe, donde "indica que la peor desgracia que le puede suceder a un hombre es pensar mal de sí mismo"; John Milton en su *Paraíso Perdido* comenta: "Nada beneficia más al hombre que su autoestima" y "Bernard Shaw" "El interés del hombre por el mundo es solamente reflejo de los intereses de sí mismo". (34)

Esto hace pensar que la persona que no se ama así misma se vuelve egoísta, siendo la autoestima la base y centro del desarrollo humano; ya que es la concientización y conocimiento práctico de todo el potencial de todo individuo. "Solo se podrá respetar a los demás cuando se respete uno así mismo; sólo podremos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos sólo podremos amar cuando nos hemos amado a nosotros mismos". (Abraham Maslow). (35)

Cada individuo es la medida de su amor así mismo; su autoestima es el marco de referencia desde donde se proyecta. En muchos estudios se hace referencia del hombre a través del tiempo, ya que este tema no es nuevo y donde incluso la Biblia demuestra: "Ama a tu prójimo como a tí mismo". En todas las épocas religiosas, filosóficas, así como en las ciencias humanas, se ha llegado siempre a esta verdad.

En la actualidad, científicos del desarrollo humano como Peretz Elkins Rogers, Maslow, Bettelheim 1976, afirman que la autoestima es una parte fundamental para que el hombre alcance la plenitud y autorrealización en la salud física y mental, productividad y creatividad, o sea en la plena expresión de sí mismo.

El hombre tiene la capacidad para elegir la actitud personal ante cualquier reto, o circunstancias y así decidir su propio camino. Lo que el hombre llega a hacer lo tiene que ser por sí mismo. Se ha llamado a la autoestima la clave del éxito personal, porque ese "sí mismo", a veces está oculto y sumergido en la inconciencia o en la ignorancia. Observemos la lámina que a continuación se presenta donde nos describe Maslow la escalera de autoestima.

ESCALA DE AUTOESTIMA

VI "Sólo podemos amar cuando nos hemos amado
nosotros mismos"

AUTOESTIMA

V "La autoestima es un silencioso respeto por
uno mismo" (D.P. Elkins)

AUTORRESPECTO

IV "La actitud del individuo hacia si mismo y el
aprecio por su propio valer juega un papel de
primer orden en el proceso creador"
(M. Rodriguez E.)

AUTOACEPTACION

III "El sentirse devaluado e indeseable es en la mayoría
de los casos la base de los problemas humanos"
(C. Rogers)

AUTOEVALUACION

II "Dale a un hombre una autoimagen pobre y acabará siendo
siervo" (R. Schüller)

AUTOCONCEPTO

I "Cuando aprendemos a conocernos, en verdad vivimos"
(R. Schüller)

AUTOCONOCIMIENTO

Para comprender cada uno de los puntos que se describen en la Escalera de A. Maslow, se inicia de abajo hacia arriba como aparece en la numeración.

A U T O C O N C I M I E N T O

El Autoconocimiento es conocer las partes que componen el YO, cuales son sus manifestaciones, necesidades y habilidades; los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es conocido porque, como siente y actúa. Al conocer todos sus elementos que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan uno al otro para apoyarse, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes funciona de manera deficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficiencia y desvaloración.

A U T O C O N C E P T O

El autoconcepto es una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiesta en la conducta. Si alguien se cree tonto, actuará como tonto; si se cree inteligente o apto, actuará como tal, aquellas personas que tienen autoconceptos desviados se comportarán en forma desviada, poco realistas de sí mismas.

A U T O E V A L U A C I O N

La autoevaluación refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas si lo son para la persona, le satisfacen, son interesantes, enriquecedoras, le hacen sentir bien, permitiéndole crecer y aprender; y considerarlas como malas si lo son para las personas, no le satisfacen, carecen de interés le hacen daño y no le permiten crecer.

A U T O A C E P T A C I O N

La autoaceptación es reconocer y admitir todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

A U T O R R E S P E T O

El autorrespeto es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sus propios sentimientos y emociones sin hacerse daño ni culparse.

Buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo.

AUTOESTIMA

La Autoestima es la síntesis de todos los pasos anteriores. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades; y si se acepta y respeta, tendrá autoestima. Por lo contrario si una persona no se conoce, tiene un concepto pobre de sí misma, no se acepta ni respeta, por lo tanto no tendrá autoestima.

EL YO INTEGRAL

"Lo que no conozco no puedo amarlo". Esto es, se empezaran a conocer los propios componentes, las manifestaciones, necesidades y habilidades para desarrollarlas y manejarlas. Ejemplo Una úlcera se manifiesta físicamente, debiéndose a un mal manejo de emociones negativas, que a su vez provocan tensión (Stress). Esta tensión lleva a la úlcera y los dolores causan ansiedad, depresión, irritabilidad y afectan al YO social. Así, las relaciones interpersonales, familiares y de trabajo se deterioran. Todo este proceso se convierte en una barrera para que el YO espiritual manifieste su energía en optimismo, confianza, alegría, fortaleza, paz interna y satisfacción.

Mauro R. Estrada 1986, menciona los siguientes elementos a seguir en la autoestima:

YO FISICO, que es el que más claramente se ve, es el organismo que necesita de atención y cuidado para poder desarrollar sus capacidades y convertirlas en habilidades. Por ejemplo: si no se ejercita, no tiene flexibilidad, sino come, no tiene energía y por lo tanto actividad.

EL YO PSQUICO, que es la parte interna, dividiéndose en tres para entenderlo mejor, lo emotivo, la mente y el espíritu. La parte emotiva lleva al nombre a concenso a través de estados de ánimo, sentimientos y emociones.

La mente tiene todos los talentos y es necesario desarrollarlos más aun estar consciente de ellos para poder manejarlos positivamente. Debe recordarse esto a las personas que con frecuencia dicen "asi soy yo", esas personas solamente funcionan con la parte emotiva.

El espíritu, es el elemento que busca el significado de la vida, es el "Yo profundo", el núcleo de identidad, la parte más interna y dinámica.

Se manifiesta a través de lo que quiere lograr y lo que quiere lograrse.

Carl Rogers 1976, habla del poder de la persona, de su centro perfecto de un potencial limitado, oculto o inconciente por falta de escucha, comprensión y congruencia.

EL YO SOCIAL, puede expresarse a través de los papeles que vive la persona como hermano, amigo, padre, madre, vecino, alumno, maestro, empleado, jefe, etc. Al relacionarse el hombre trasciende a través del YO Social, pero no de lo que él cree, sino de lo que es en realidad.

NECESIDADES BASICAS Y DE CRECIMIENTO

Dice Maslow que el darse cuenta de como se es real y profundamente, sería la llave para tener una personalidad sana, exitosa y creativa. La alta autoestima es un prerrequisito para confiar en el propio organismo, lo suficiente como para que este sea el foco de su autoevaluación y la guía de su vida.

Sólo una persona que se ama y respeta es capaz de realizar su potencial general, en un proceso de cada día que la lleva a su total autorrealización.

La pirámide de Maslow está dividida en dos sectores: Necesidades Básicas o deficitarias y Necesidades de Crecimiento, teniendo cinco niveles.

En el primer nivel están las Necesidades Fisiológicas. Son iguales a las de los animales; sin embargo, el hombre, una vez satisfecha su hambre, busca el siguiente nivel, dejando el primero de ser una meta, para convertirse en un medio de energía y salud que le permite subir al siguiente, y así sucesivamente se va "liberando" de estas necesidades, ya que alcanzando niveles superiores es donde el hombre encuentra mayores satisfacciones.

La satisfacción de las Necesidades Básicas se obtiene a corto plazo y del exterior. Así el hombre va conformando su naturaleza, llenándose para poder pasar del "recibir" al "dar". Tomemos el ejemplo de un árbol: primero necesita los nutrientes de la tierra, sol, aire y agua, para formar su tronco y follaje; una vez que alcance todo su desarrollo podrá dar flores y frutos por mucho más tiempo del que le tomó desarrollarse.

En el primer sector de la pirámide el ser humano está en condiciones de dar el salto al desarrollo de todos los potenciales de su espíritu; sus necesidades son ya de crecimiento y autorrealización.

P I R A M I D E D E A . M A S L O W

NECESIDADES DE
CRECIMIENTO

AUTORREALIZACION

Productividad
Creatividad
Trascendencia

Trascendencia
Verdad
Bondad
Belleza
Plenitud
Individualidad
Perfección
Integridad
Sentido del humor
Justicia
Riqueza interior
Esfuerzo
Autosuficiencia
Significado de vida

RECONOCIMIENTO
(Amarme, sentirme amado)
Valoración
Prestigio-Status

NECESIDADES
BASICAS

PERTENENCIA
Aceptación-Solidaridad-Afecto
Intimidad-Sexualidad

SEGURIDAD
Libertad-Justicia-Trabajo-Derechos-
Integridad personal

FISIOLOGICAS
Hambre-Sed-Abrigo-Sueño-Conservación
Sexo-Procreación.

AUTOESTIMA ALTA Y BAJA

Autoestima Alta: Una persona con autoestima alta, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones y en lo que ella misma significa su mejor recurso. Al apreciar debidamente su propio valer está dispuesta a aquilatar y respetar el valer de los demás; por ello solicita su ayuda, irradia confianza y esperanza y se acepta totalmente a sí misma como ser humano.

La autoestima alta no significa un estado total de éxito; es reconocer también las propias limitaciones, debilidades y sentirse orgulloso, sano, por las habilidades y capacidades, tener confianza en la naturaleza interna para tomar decisiones.

En verdad que todo ser humano tiene momentos difíciles cuando el cansancio le abruma, los problemas se acumulan y el mundo y la vida le parecen entonces insostenibles. Una persona con autoestima alta toma estos momentos de depresión o crisis como un reto que pronto superará para salir adelante con éxito, más fortalecida que antes, ya que lo ve como una oportunidad para conocerse aun más y promover cambios.

(Jenis y Field 1954) estudiaron la autoestima en relación con otros procesos psicológicos como la conformidad, en los que se ha encontrado que una persona con autoestima alta mantiene una imagen más o menos constante respecto a sus capacidades e individualidad como persona, de tal manera que en la medida en que la persona percibe como inconstantes sus habilidades, se conforma más a las normas del grupo al que pertenece.

Así mismo, se ha visto que una actitud negativa hacia sí mismo, refleja la convicción de la persona indicando que es débil e inferior, lo que lo conduce a concluir que sus opiniones no son valiosas y que no puede influir en un grupo.

Coopersmith (1967), señala que las personas con autoestima alta se aproximan a las tareas y a las personas con la expectativa de que tendrán éxito y serán bien recibidos, confían en sus percepciones y juicios, creen que sus esfuerzos los llevarán a soluciones favorables, aceptan sus propias opiniones, creen y confían en sus reacciones y conclusiones, esto les permite sostener sus ideas y puntos de vista cuando hay diferencias de opinión; conducen a la persona a una gran independencia social, a una mayor creatividad, condicionándolo a acciones sociales más asertivas y vigorosas. Tienden a adoptar un papel activo en los grupos sociales, tienen menos dificultad en establecer relaciones sociales y en expresar opiniones que puedan ser contrarias al grupo, presentando sus ideas de una manera completa directa y franca.

En oposición a estudios anteriores Coopersmith, reportó que la clase social está relacionada con la autoestima. Así las personas de clase social alta tienden a tener más alta autoestima que las personas de clase media o clase baja. Los Judíos tienden a reportar más alta autoestima que los católicos o los protestantes.

A manera de conclusión, las personas con autoestima alta se crearon bajo condiciones de aceptación, definición clara de reglas y respeto; son afectivos, equilibrados y competentes, capaces de acciones creativas e independientes. Su nivel de ansiedad prevaliente parece ser bajo, y su habilidad para tratar con la angustia es mejor que el de otras personas, son socialmente hábiles y capaces de tratar con situaciones y demandas externas de una manera directa. Sus relaciones sociales son generalmente buenas y no son afectadas por dificultades personales, ocupan posiciones de influencia y autoridad.

Las personas con autoestima media parecen ser similares a los sujetos con autoestima alta con pocas excepciones. Son relativamente bien aceptadas, poseen buenas defensas y creados bajo condiciones delimitadas y respetuosas; también poseen la orientación de fuerte valor y tienden a confiar en sus semejantes.

Cabe aclarar que lo que Coopersmith reporta viene siendo de una manera muy ideológica, es solamente una creencia porque no en todas las personas sucede de esta manera.

AUTOESTIMA BAJA

Existen personas que pasan la mayor parte de su vida con una autoestima baja, piensan que no valen nada o valen muy poco. Esas personas esperan ser engañadas, pisoteadas, menospreciadas por los demás, y como se anticipan a lo peor, lo atraen y por lo general les llega. Como defensa se ocultan tras un muro de desconfianza y se hunden en la soledad y aislamiento. Así aisladas de los demás se vuelven apáticas, indiferentes hacia sí mismas y hacia las personas que les rodean. Les resulta difícil ver, oír y pensar con claridad, por consiguiente tienen mayor propensión a pisotear y despreciar a otros. El temor es un compañero natural de esta desconfianza y aísla al individuo. El temor limita, ciega y evita que el hombre se arriesgue en la búsqueda de nuevas soluciones para los problemas, dando lugar a un comportamiento más destructivo.

Cuando la persona de autoestima baja sufre derrotas se siente desesperada y se pregunta ¿cómo puede alguien tan inútil enfrentar dificultades así? no es de sorprender que en ocasiones recurra a las drogas, al suicidio y al asesinato.

Los sentimientos de inseguridad e inferioridad que sufren las personas con autoestima baja, las llevan a sentir envidia y celos de lo que otros poseen; esto difícilmente lo aceptan, manifestándose con actitudes de tristeza, depresión, renuncia y aparente abnegación, o bien con actitudes de ansiedad, miedo, agresividad y rencor, sembrando así el sufrimiento, separando a los individuos, dividiendo parejas, familias y grupos sociales.

Las personas con baja autoestima tienen falta de confianza en sí mismos se abstienen de expresar ideas poco comunes y populares, no hacen cosas que llamen la atención de los demás, toman un papel pasivo en el grupo, escuchando más que participando, presentan una marcada preocupación por sus problemas internos, lo que conduce a disminuir las posibilidades de establecer relaciones amistosas y de apoyo.

Este tipo de persona con autoestima baja, son criadas bajo condiciones de rechazo, inseguridad y falta de respeto, llegando a creer que son impotentes y se sienten aislados, sin amor, incapaces de expresarse y defenderse, siendo demasiado débiles para confrontar y sobre llevar sus deficiencias. Incapaces de realizar acciones, tienden a retirarse y ser completamente pasivos y complacientes, sufriendo los síntomas de angustia y ansiedad.

Se ha visto que las personas que buscan ayuda psicológica sufren sentimientos de inferioridad y devaluación; estas personas se ven inferiores y se sienten incapaces de mejorar su situación sin los recursos internos para tolerar o reducir la ansiedad originada por los eventos cotidianos y el stress.

Adler (1927), puntualizó que los sentimientos de inferioridad pueden producir baja autoestima. En este sentido Adler señala tres antecedentes que pueden tener una influencia negativa en la autoestima, no siendo éste nuestro objetivo de estudio pero que podría darse:

- 1.- Inferioridad Orgánica, que serían las deficiencias físicas como amputación de un miembro, padecimientos lumbares que impidan realizar algún movimiento, etc.
- 2.- Con la aceptación, el apoyo y el estímulo de sus padres, las personas con inferioridad pueden compensar estas debilidades y aumentar su autoestima, sin tal apoyo son seres amargados.
- 3.- Sobre indulgencia, los niños demasiado protegidos y mimados llegan a tener un valor irreal y no pueden tener relaciones sociales maduras.

Mead (1934), postula fundamentalmente que la persona es consciente de sí mismo en base a pertenecer a la sociedad; igualmente describe el proceso por el cual el sí mismo se desarrolla como parte del proceso de maduración del organismo. Mead también destacó que los grupos a los cuales pertenece la persona, sirven como marco de referencia significativo para la formación de su autoimagen. De las funciones y formulaciones del autor; se concluye que la autoestima es ampliamente derivada del reflejo de la evaluación de los otros.

Por su parte Sullivan (1953) está de acuerdo con Mead en lo que se refiere a las organizaciones sociales de la personalidad y se evoca a hacer un análisis más profundo de los procesos interpersonales involucrados. La pérdida de autoestima de un individuo le produce sentimientos de aflicción que pueden terminar en ansiedad.

ANTECEDENTES DE AUTOESTIMA

La autoestima se relaciona estrechamente con el autoconcepto o SELF, puesto que se puede decir que toda persona tiene un conjunto de cogniciones y sentimientos hacia sí mismo que es lo que constituye el concepto personal, autoconcepto o autoimagen, que se considera como la propia satisfacción de esta. El concepto de sí mismo SELF, se define como las actitudes, los sentimientos y percepciones de una persona hacia sí misma. El concepto de sí mismo es lo que la persona piensa acerca de sí misma, es un concepto complejo que puede manifestarse en objetos internos o externos, que se pueden relacionar con el medio ambiente. De esta forma el concepto de sí mismo surge de la relación del ser humano y su ambiente social.

LA INCAPACIDAD Y EL CONCEPTO DE SI MISMO

La presencia de la incapacidad puede ocasionar cambios en la apariencia física de la persona, sus aptitudes y destreza funcional. Resulta lógico entonces que la imagen de la persona incapacitada tiene de sí misma, se altera para acomodarse a los cambios físicos o mentales autopercebidos. El grado en el que la nueva concepción del YO consista en evaluaciones negativas se convertirá casi con certeza absoluta en un impedimento para la rehabilitación total. Esto no se debe a que la persona incapacitada tenga una percepción deteriorada de sí misma, sino a que la propia percepción del YO influya en la percepción del sujeto con respecto a la visión que muestren otras personas de él, con lo cual la interacción social se hace más difícil. Así resulta obvio que el estudio de la relación entre la incapacidad y el concepto de sí mismo es importante para comprender las dinámicas interpersonales del proceso de rehabilitación.

El constructo psicológico del concepto de sí mismo no es nuevo. Tan sólo en el siglo XX más de media docena de teóricos dentro de los que se encuentran (James, Cooley, Mead, Lecky, Sullivan, Hilgard, Snygg, Combs y Rogers 1976). Sus diversas posiciones comparten el postulado común de que la visión que tiene una persona de sí misma, proporciona la única perspectiva desde la cual se puede entender la conducta.

Epstein (1973), proponía que el concepto de sí mismo era una teoría del YO que cada persona crea de sí misma su propia persona a partir de la totalidad de la experiencia. El propósito fundamental de la teoría del YO consiste en perfeccionar el balance entre el placer y el dolor que experimenta el individuo durante el transcurso de su vida. Una teoría del YO colocada bajo un mínimo de presión incluiría postulados como estos: "estoy satisfecho conmigo mismo y me considero una persona decente", y "espero llevar una vida feliz"; mientras que

una teoría bajo tensión y sujeta a la desorganización, daría lugar a estas ideas: "la vida carece de sentido y no tiene nada que ofrecerme", y "nadie a quien yo respete podría preocuparse jamás por mí". (36)

El término concepto de sí mismo, autoestima, YO, visión del YO, etc., se refiere en este estudio a la evaluación que hace el individuo de sí mismo como una persona más o menos valiosa se considera de importancia para el ajuste y funcionamiento óptimo de la persona.

SENTIMIENTO DE INFERIORIDAD

El sentimiento de inferioridad es el resultado de muchas experiencias fallidas o frustradas que la persona ha tenido a través de su vida, básicamente en su primera infancia. Es una percepción subjetiva de sí mismo que lleva a las siguientes conductas:

- Es muy sensible a la crítica: No acepta su debilidad, siente que la crítica prueba y expone su inferioridad por lo tanto aumenta su malestar.
- Alardea: Esto le da seguridad y piensa que elimina sus sentimientos de inferioridad.
- Se manifiesta hipercrítico: Como una defensa para desviar la atención a sus limitaciones, es agresivo y critica el esfuerzo de los demás para que éstos se ocupen de defenderse y no vean en lo que falla; así crea una superioridad ilusoria.
- Tiende a culpar: Proyecta su debilidad o inferioridad culpando a otros por sus fallas; se siente bien haciendo que los demás se sientan mal.
- Teme la competencia: Aún estando ansioso por ganar, está lejos de sentirse optimista; algunas veces se rehusa a tomar parte en competencias.
- Se siente Perseguido: Cree que no le agrada a alguna persona y que por ello lo que esta hace es para molestarlo o impedirle el éxito.
- Se Oculta: Prefiere el anonimato, un sitio donde no sea mirado, ni llamado.
- Se Autorrecremina: Es una vivencia ante sus defensas de su incapacidad así se libera del esfuerzo y hace que los demás no le exijan. (37)

AUTOCONCEPTO-AUTOIMAGEN

El autoconcepto es el conjunto de creencias que una persona tiene acerca de lo que es ella misma. Cada persona se forma, a lo largo de su vida, una serie de ideas o imágenes que la llevan a creer que así es. Hay personas que creen firmemente en su capacidad para ganar dinero o para vencer en la vida y también, por desgracia, existen las que se han formado un autoconcepto negativo, de manera que están convencidas de su incapacidad para triunfar o para aprender y progresar.

Si una persona cree que no es apta para las matemáticas aunque tenga cualidades para ellas, será inútil hacer algún esfuerzo.

El autoconcepto limita en forma poderosa a los incapacitados. Lo mismo sucede en forma contraria: si una persona cree y tiene fé en sus aptitudes para la música, poco a poco desarrollará la habilidad para ella.

Es necesario que revise sus limitaciones además del autoconcepto negativo que ha fomentado en ella misma. Pareciera que está persuadida de que "así es" y que es invariable: esto es lo que da un carácter de fijeza a la conducta. Lo más dramático es que esa percepción del autoconcepto origina conductas acordes con las características de este y a su vez tales conductas lo reafirman.

El manejo del autoconcepto y su variación influyen poderosamente en el cambio de conducta de una persona. Los ejemplos se pueden multiplicar en forma indefinida: Una madre que trata a su hijo como tonto y se lo repite con frecuencia, acaba por convertirlo en un verdadero tonto, aun cuando las posibilidades permanezcan en ese niño con un gran poder. En el momento que cambia esa idea poco a poco puede cambiar su conducta, su salud mental y física.

No debe uno identificarse con un autoconcepto que sea limitante y produzca malestar o sea negativo. No debe vivirse tratando de sostener una autoimagen, a no ser la que realmente es. Ello traerá estados de ansiedad, angustia, depresión y hasta desesperación.

AUTOACEPTACION

La autoaceptación es el cuarto escalon para alcanzar una autoestima alta. Aprender a aceptarse es la cuarta base de estructura de la autoestima. Aceptar con orgullo las propias habilidades y capacidades, así como reconocer las fallas o debilidades sin sentirse devaluado, es el paso más importante para la reconstrucción de la autoestima.

Otro punto importante es confiar en el organismo y su naturaleza interna. para tener la habilidad de tomar decisiones que realmente se requieren, sin importar la reprobación y la crítica.

Se dice que el autoconcepto es aprendido; por lo tanto, es factible modificarlo o cambiarlo, y olvidarlo en ciertos puntos.

Es necesario rodearse de una atmósfera donde se promueva la confianza, el afecto, el respeto y la aceptación, y no seguir en donde estos valores son ignorados y rechazados; tener actividades donde sea posible el éxito, y no aquellas donde se sabe de antemano que se va a fracasar.

LA AUTOESTIMA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

Aquí el YO Social se manifiesta a través de la relación con otras personas y con el medio. Nadie se realiza solo, sino a través de otro, de razonar frente a otro y con otro; sin él no habría espejo, reflejo, ni quién mostrara otra forma de ver la realidad. Es aquí donde se ve más claro ese darse cuenta del que se habló. Es más fácil ver las fallas en otro que en sí mismo. Es más fácil culpar a otro que darse cuenta y preocuparse por lo propio.

Según la autoestima, así van a ser las relaciones con los demás; autoestimarse lleva a estimar a los demás. En muchas religiones y filosofías se encuentra: "Ama al prójimo como a ti mismo", "Haz con los otros lo que quieras para ti", "No hagas a los otros lo que no quieras para ti", etc. Es en sus respuestas y actitudes como se va conociendo a la persona; a través de todos los papeles que vive es como tiene que ir descubriendo, conociendo, aceptando, respetando, así como lo hace consigo mismo. Todo esto la hace crecer, ya que tiene la oportunidad de desarrollar su persona. Es terrible pensar que hay gente que muere sin haberse dado cuenta de todos sus talentos, sin descubrirlos ni incrementarlos.

Como la persona se perciba así misma, percibirá a los demás. Algunas veces verá en los otros lo que crea o lo que sienta de sí misma.

C R E A T I V I D A D

Hablando ahora sobre la creatividad donde las personas con altos puntajes de autoestima son o denotan una gran capacidad para desarrollar cualquier actividad sin mucha dificultad para :

- Producir algo nuevo y valioso.
- Encontrar nuevos caminos y formas de ser y hacer las cosas.
- Adaptarse a los cambios.

Esta capacidad de transformación es el máximo privilegio del ser humano, es el poder del YO profundo, el núcleo de identidad personal, la esencia con la cual fuimos creados, a imagen y semejanza del Creador.

Es urgente encauzar mediante la creatividad las frustraciones, la agresión y destructividad que se viven en la actualidad. Esta sugiere renovación, emoción de la multiplicidad y riqueza del alternativas, darse cuenta de la cantidad de experiencias que se viven, sentido de autorrealización en la superación y liberación de uno mismo, aceptación de los retos como oportunidades, adaptación a nuevas situaciones y expansión de la personalidad, que es la expresión del YO más Profundo. Cabe aclarar que se tiende a irse con la impresión de que la gente cree que es lo que tiene o hace, en vez de darse cuenta de que su dignidad como persona está en ser persona, ese espíritu o YO Profundo que se manifiesta a través de lo que hace y tiene.

La creatividad es principio de bienestar y progreso, una capacidad humana perfecta y educable, con gran diversidad de áreas: arte, filosofía, ciencias, economía, relaciones humanas, etc., y diferentes niveles desde la simple adaptación exigida por las circunstancias, hasta la elaboración de grandes síntesis artísticas, conceptuales y técnicas.

Los inhibidores de la creatividad están en la condición humana, en todas las "telarañas" que tiene el ego: temores, miedos, rutinas, obsesiones, incomprensiones, y sobre todo la ignorancia del mundo exterior y del quién soy yo; ignorar todos los potenciales con que se fue creado.

Se necesita humildad para reconocer las debilidades y aún más los propios dones y habilidades. Los facilitadores más importantes son: la imaginación, percepción, intuición, tenacidad, independencia, entrega, ambición y sobre todo el amor a la vida.

AUTORREALIZACION EN EL TRABAJO

El tema de la autoestima en las relaciones interpersonales podría ser enfocado, revisado y aplicado a los diversos ámbitos en los que se relaciona el individuo, como ejemplo veremos algunos aspectos :

- a) La empresa.
 - b) El manejo de la autoestima a través de los papeles que se viven en ella.
- a) La Empresa: Se verá no como algo interpersonal, sino como una persona. Es indispensable darse cuenta que el trabajador se está relacionando y desarrollando para alcanzar el éxito. La autoestima, como se mencionó al principio es la llave del éxito.
 - b) El manejo de la autoestima a través de los papeles que se viven en la empresa: Es necesario empezar por darse cuenta cuáles son los papeles si se es secretaria, jefe, director chofer, etc., si se forma parte de un departamento, de un grupo, sección, etc., además de reconocer que se es compañero de ..., pariente de ..., amigo de ..., etc.

En el trabajo se imprimen las huellas de la individualidad existencial de cada ser humano. Es preciso meditar esta gran verdad, pues el trabajo es uno de los ámbitos donde más oportunidades tiene la persona de ser y expresarse.

Una de las barreras que atacan el desarrollo de una relación sea cual fuere en este caso del trabajo, es la rutina, acostumbrarse a algo o a alguien. Usar la creatividad, actuar en formas motivadoras, novedosas y entusiastas, hacer de cada día un encuentro y reto, una oportunidad para acrecentar la propia autoestima y la de los demás siendo ésta una forma de vencer la barrera.

Respetar el tiempo propio y el de los demás para mejorar las relaciones y el desempeño en el trabajo. Se sentirá menos presión ante los problemas que diariamente hay que afrontar.

Si se lleva a cabo lo anterior, no quedará energía ni tiempo para chismes o confabulaciones negativas. Se estará tan ocupado en estar bien con uno mismo, en transformar los errores, que no afectarán los de los demás.

Debe recordarse que el grupo o empresa al que pertenece es el reflejo de las personas que lo componen.

La autorrealización lleva en sí la trascendencia y creatividad, es la conciencia, el darse cuenta de la propia trascendencia y creatividad.

La autorrealización satisface las necesidades de crecimiento del ser humano, como bondad, justicia, riqueza interior del YO Profundo, sentido del humor, fortaleza, etc. Solo puede darse cuenta la persona que vive para su autoestima, para esa valoración interna, ese respeto y alegría profunda que da el haber descubierto el ser que realmente se es.

C A P I T U L O V

METODOLOGIA

Como hemos visto, para llegar aquí fue necesario utilizar una serie de pasos que comprobaran nuestra hipótesis y donde nuestros objetivos se llevaron a cabo en todo lo largo de la investigación, midiendo el autoconcepto del incapacitado.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el autoconcepto de los trabajadores incapacitados, antes y después de su Rehabilitación física en una Institución Pública ?

O B J E T I V O S

- 1.- Investigar las funciones de la Readaptación Profesional.
- 2.- Determinar los cambios presentados en el autoconcepto de los incapacitados.
- 3.- Determinar su autoconcepto antes y después de su Rehabilitación.

H I P O T E S I S

El Programa de Rehabilitación y Readaptación Profesionales, ayudarán al incapacitado físico a tener un autoconcepto más positivo.

- Ha. Existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de las personas incapacitadas, antes y después de su Rehabilitación.
- Hn. No existen diferencias estadísticamente significativas en el autoconcepto de las personas incapacitadas, antes y después de su Rehabilitación.

V A R I A B L E S

- V. I. La Rehabilitación Física y Psicológica que una persona incapacitada recibió en una Institución Pública.
- V. D. El Autoconcepto obtenido por medio de la Escala de Tennessee con sus respectivos factores que se mencionan en el instrumento, anexando otros que se enumeran en seguida.

- | | | |
|------------------|--------------------|--------------|
| - Autocritica | - Edad | - Conducta |
| - Yo Físico | - Escolaridad | - Enfermedad |
| - Yo Ético-Moral | - Ocupación | |
| - Yo Personal | - Profesión | |
| - Yo Familiar | - Estado Civil | |
| - Yo Social | - Identidad | |
| - Distribución | - Autosatisfacción | |

VARIABLE CONTROL

Se trabajó con personas de 18 a 62 años de edad y que estuvieran trabajando, con un nivel de estudios de primaria como mínimo.

MUESTRA

Fueron trabajadores incapacitados Físicos que acudieron a Rehabilitarse a la Institución que les correspondía como asegurados aplicándoseles la Escala de Autoconcepto de Tennessee a 50 personas antes y a 50 personas después de su Rehabilitación, siendo dos muestras independientes. Se tomó así porque el programa para rehabilitarse un paciente llega a durar hasta más de un año, imposibilitando parte de nuestros objetivos.

TIPO DE MUESTREO

Fue probabilístico al azar, de dos muestras independientes con 50 trabajadores incapacitados físicamente antes y 50 después de su rehabilitación.

PROCEDIMIENTO

Después de haber solicitado la autorización a la Institución correspondiente, se procedió a entrevistarse con los pacientes y aplicar la prueba psicológica a las personas que se encontraban hospitalizadas en sus camas, teniendo a bien los psicólogos y trabajadoras sociales del lugar presentarme ante ellos y prestarme un aula donde llegaban los pacientes a contestar el test.

Como no fueron suficientes, se acudió a la Consulta Externa para que ahí se aplicara nuevamente la prueba a los pacientes de nuevo ingreso. Después de haber completado 50 pacientes, se solicitó apoyo al Jefe de Enseñanza y al Jefe de Médicos para que después de que los pacientes se daban de alta se les aplicara la prueba psicológica ya mencionada.

La Segunda Aplicación no se llevó a cabo en la misma población, porque se nos indicó que algunos pacientes tienen una secuela o padecimiento que les lleva mucho tiempo su rehabilitación, siendo la causa principal de que fueran dos muestras independientes.

DISEÑO ESTADÍSTICO

Se utilizó la prueba "T" donde se obtuvieron los resultados con un programa de S.P.S.S. en tres paquetes en la computadora de la Universidad Nacional Autónoma de México, aportando un Análisis de Varianza, Interacción de Variables y con un grado de significancia de .05.

TIPO DE ESTUDIO

Fue transversal, de dos muestras independientes en una Institución del Sector Público, porque de haberse tomado de una sola muestra hubiera llevado poco más de un año la investigación, debido al tipo de padecimiento de cada paciente.

INSTRUMENTO

Se utilizó la Escala de Autoconcepto de Tennessee, por ser esta a nuestro juicio, la más apta para medir la autoestima en la población de los trabajadores incapacitados físicamente y que acudieron a rehabilitarse tanto física como psicológicamente al Hospital que les correspondía.

Para saber y conocer más sobre el instrumento que se utilizó, se hará una breve descripción sobre él, sus puntos más importantes y en cuáles factores se basa para evaluar el autoconcepto de los trabajadores.

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE.

NATURALEZA Y PROPOSITO DE LA ESCALA

Durante los últimos años se han estado utilizando una gran variedad de instrumentos para medir la autoimagen. Sin embargo, ha continuado la necesidad de disponer de una escala que sea sencilla para el sujeto, ampliamente aplicable y multidimensional en su descripción de la autoimagen. La Escala de Autoconcepto de Tennessee fué desarrollada para satisfacer esta necesidad. Puesto que la Autoimagen se ha convertido en un medio tan popular y tan importante para estudiar y comprender el comportamiento humano, también se pensó que una escala adecuada para medir el autoconcepto proporcionaría el lazo que ligaría los descubrimientos que se han realizado a través de las investigaciones y del trabajo clínico.

Se ha demostrado que la imagen que el individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con el estado de salud mental. Las personas que se ven a sí mismas como indecibles o "malas", actúan de acuerdo con esta idea. Las personas que tienen un concepto poco realista de sí mismas, enfocan la vida y a otras personas también en forma poco realistas. Aquellas que tienen autoconceptos desviados actúan en forma desviada. Así pues, el conocimiento de cómo la persona se percibe a sí misma, es muy útil para poder ayudarle o evaluarlo. La Escala puede usarse para una variedad de propósitos: en la consulta psicológica; evaluación y diagnóstico clínico; investigación en las ciencias del comportamiento; selección de personal, etc.

La Escala consiste en cien afirmaciones autodescriptivas que la persona usa para describir la imagen que tiene de sí mismo. La escala se autoadministra y se aplica tanto en forma individual como grupal. Puede usarse en personas desde los doce años que tengan un nivel de lectura por lo menos de 5o. año. También es aplicable, a todo el rango de ajuste psicológico, desde personas sanas y bien ajustadas hasta pacientes psicóticos.

La Escala se encuentra disponible en dos formas, una Para Orientación y otra forma Clínica y de Investigación. Ambas formas usan el mismo folleto y los mismos reactivos. Las diferencias entre las formas se centran en la calificación y en los perfiles. La Forma para Orientación se califica más rápida y fácilmente, pues incluye menos variables y puntajes, es apropiada para la auto-interpretación y retroalimentación al paciente, es menos sofisticada en psicometría y psicopatología.

La Forma Clínica, de Investigación es más compleja en términos de calificación, análisis e interpretación y no es apropiada para la autointerpretación o por retroalimentación retroalimentación directa al sujeto. La calificación para ambas formas puede realizarse en forma manual o por computadora. La mayoría de las personas contestan la Escala en 10 o 20 minutos, (tiempo promedio 15 minutos). La calificación manual requiere de 6 o 7 minutos en la Forma para Orientación y aproximadamente 20 minutos para la Forma Clínica y de Investigación.

DESARROLLO DE LA ESCALA

El autor William H. Fitts, empezó a trabajar en el desarrollo de esta Escala con el Departamento de Salud Mental de Tennessee en 1955. El propósito original era desarrollar un instrumento de investigación que pudiera contribuir al difícil problema del criterio de investigación en Salud Mental. En realidad ha resultado útil también para muchos otros propósitos.

En el Desarrollo Original de la Escala el primer paso fue compilar un gran conjunto de ítems autodescriptivos. El conjunto de ítems original se derivó de otros instrumentos que miden el autoconcepto, incluyendo los desarrollados por Ballester (1956), Engel (1956) y Taylor (1953). Los ítems se derivaron de autodescripciones escritas por pacientes y no-pacientes. Después de un análisis considerable, se desarrolló un sistema fenomenológico para clasificar los reactivos sobre la base de lo que ellos mismos decían. Esto evolucionó hasta el esquema bidimensional 3x5 empleado en la Hoja de Puntajes de ambas formas. Esta parte de la Escala contiene 90 ítems, divididos por igual en positivos y negativos. Los 10 ítems restantes componen la Escala de Autocrítica.

Una vez redactados los ítems, se contrataron siete psicólogos clínicos como jueces para clasificarlos de acuerdo al esquema 3x5 antes indicado. También juzgaron cada uno de los reactivos en cuanto a si era positivo o negativo en su contenido. Los 90 ítems que finalmente se utilizaron fueron aquellos en los que hubo un perfecto acuerdo por parte de los jueces.

NATURALEZA Y SIGNIFICADO DE LOS PUNTAJES

Forma para Orientación.

A.- El Puntaje de Autocrítica (A-C). Esta Escala está compuesta por 10 ítems tomados de la Escala L del M.M.P.I., todos ellos son afirmaciones ligeramente derogatorias que la mayoría de la gente acepta como ciertas con respecto a ellas mismas. Las personas que niegan la mayoría de estas afirmaciones, son generalmente defensivas y están realizando un esfuerzo deliberado para presentar una imagen

favorable de sí mismas.

Los Puntajes Altos generalmente indican una apertura normal y saludable y una capacidad para la Autocrítica. Los Puntajes extremadamente Altos (sobre el percentil 99) indican que a la persona pueden faltarle defensas y puede, de hecho, encontrar se patológicamente indefenso.

Los Puntajes Bajos indican defensividad y sugieren que los Puntajes Positivos pueden estar artificialmente elevados a causa de esta defensividad.

B.- Los Puntajes Positivos (P). Estos puntajes derivan directamente del esquema de clasificación fenomenológica ya mencionado. En el análisis original del conjunto de items las afirmaciones parecían comunicar tres mensajes primarios: (1) Esto es lo que yo soy, (2) Esto es como yo me siento conmigo mismo y (3) Esto es lo que yo hago. Sobre la base de estos tres tipos de afirmaciones se formaron las tres categorías horizontales. Estas aparecen en la Hoja de Puntajes como Hilera 1, Hilera 2 e Hilera 3 y así nos referiremos a ellas de aquí en adelante. Los Puntajes Hilera entonces, constituyen tres sub-puntajes que al sumarse dan por resultado el Total Positivo o Puntaje Total P. Estos puntajes representan un marco interno de referencia dentro del cual la persona se describe a sí misma.

El estudio más profundo de los items originales indicó que estos también variaban considerablemente en términos de un marco de referencia más externo. Aún dentro de la misma categoría de hilera las afirmaciones pueden variar ampliamente en cuanto a su contenido. Por ejemplo, con la Hilera 1 (la categoría Lo que yo soy), las afirmaciones se refieren a lo que yo soy física, moral, socialmente etc. En consecuencia, el conjunto de items fué ordenado de nuevo de acuerdo a estas categorías verticales, que son los cinco Puntajes Columna de la Hoja de Puntajes. Así, el conjunto total de items se encuentra dividido de dos maneras, verticalmente en columnas (marco externo de referencia) y horizontalmente en hileras (marco interno de referencia), contribuyendo cada item y cada celdilla a dos puntajes diferentes.

1.- PUNTAJE TOTAL P. (T.P.) Este es el puntaje que puede considerarse por sí solo como el más importante de la Forma para Orientación. Refleja el nivel total de autoestima.

Las personas con Puntajes Altos, tienden a estar contentos consigo mismas, sienten que son personas dignas y valiosas, tienen confianza en sí mismas y actúan de acuerdo con esta imagen.

Las personas con Puntajes Bajos dudan de su propio valer, se ven a ellos mismos como indeseables, con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos e infelices; tienen poca fé y confianza en sí mismos.

Si el Puntaje de Auto-crítica (A-C) es bajo, los Puntajes P Altos se tornan sospechosos y son probablemente el resultado de una distorsión defensiva. Los Puntajes extremadamente Alto (generalmente sobre el 9ºo. percentil), son anormales y suelen encontrarse en personas perturbadas como los esquizofrénicos, paranoídes, quienes como grupo muestran muchos puntajes extremos, tanto altos como bajos.

2.- HILERA 1 PUNTAJE P - IDENTIDAD (I-B). Estos son los reactivos "lo que yo soy". Aquí la persona describe su identidad básica, lo que él es, basado en como él se ve.

3.- HILERA 2 PUNTAJE P - AUTOSATISFACCION (A-S). Este puntaje viene resultando de aquellos items en los que la persona describe como se siente con respecto al "sí mismo", que percibe. En general este puntaje refleja el nivel de auto-satisfacción o auto-aceptación. Una persona puede tener Puntajes muy Altos en las Hileras 1 y 3 y un Puntaje Bajo en la Hilera 2 debido a los patrones y expectativas demasiado altos que tienen sobre sí mismo. O bien, pueden tener una pobre opinión de sí mismo, indicada por los puntajes de las Hileras 1 y 3 y sin embargo, puntajes de autosatisfacción altos según la Hilera 2. Por lo tanto, los sub-puntajes son mejor interpretados cuando se comparan el uno con el otro y con el Puntaje Total P (T P).

4.- HILERA 3 PUNTAJE P - CONDUCTA (C). Este puntaje proviene de aquellos items que dicen "esto es lo que yo hago", o "esta es la manera en la que yo actúo". Entonces este puntaje mide la percepción de la persona sobre su propia conducta o de la forma en que funciona.

5.- COLUMNA A - YO FISICO (YO FIS). Aquí la persona presenta su visión sobre su cuerpo, su estado de salud, su apariencia física, habilidades y sexualidad.

6.- COLUMNA B - YO ETICO-MORAL (YO MOR). Este puntaje describe al yo desde un marco de referencia Etico-Moral, su valía moral, sus relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona "buena" o "mala" y su satisfacción con la propia religión o la falta de ella.

7.- COLUMNA C - YO PERSONAL (YO PER). Este puntaje refleja el sentido que la persona tiene de su valer personal, su sentimiento de adecuación como persona y la evaluación de su personalidad independientemente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.

8.- COLUMNA D - YO FAMILIAR (YO FAM). Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación, méritos y valor como miembro de una familia. Se refiere a la percepción que la persona tiene de sí misma con relación a su círculo de allegados, los más cercanos e inmediatos.

9.- COLUMNA E - YO SOCIAL (YO SOC). Esta es otra categoría de el "yo como se percibe en relación a otros" perteneciendo a los "otros" en un sentido más general. Refleja el sentido de adecuación y valer de la persona en su interacción social con otras personas en general.

C.- LOS PUNTAJES DE VARIABILIDAD (V). Los Puntajes V proporcionan una medida simple de la cantidad de variabilidad o inconsistencia, de una área de autopercepción a otra. Los Puntajes Altos significan que la persona es muy variable en este aspecto, mientras que los Puntajes Bajos, indican una variabilidad baja que puede ser considerada como rigidez si es extremadamente baja (por abajo del primer percentil).

1.- V TOTAL (V). Esta representa el monto total de variabilidad para todo el registro. Los Puntajes Altos indican que el Autoconcepto de la persona varía de un área a otra que refleja poca unidad o integración. Las personas con altas puntuaciones tienden a encasillar ciertas áreas de su autoimagen y a visualizarlas como muy separadas del resto del yo. Las personas bien integradas generalmente obtienen una puntuación por debajo de la media, pero por encima del primer percentil.

2.- V TOTAL COLUMNA (V COL). Este puntaje mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

3.- V TOTAL HILERA (V HIL). Este puntaje es la suma de las variaciones a través de las diferentes hileras.

D.- EL PUNTAJE DE DISTRIBUCION (D). Este puntaje representa la suma que la persona obtiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las cinco opciones que se le presentan para contestar a los items de la Escala. Se puede interpretar también como una medida adicional de la autopercepción: la certeza o seguridad sobre la manera en que uno se ve a sí mismo. Un Puntaje Alto, indica que la persona está muy definida y segura en lo que dice sobre sí misma, mientras que un Puntaje Bajo significa todo lo contrario. También a veces se encuentran Bajas Puntuaciones en personas que asumen actitudes de defensa y reserva. Estas evaden y evitan entregarse, contestan en la hoja de respuestas las opciones "3".

Los Puntajes Extremos en esta variable, en cualquier dirección, son poco deseables y generalmente se obtienen en personas perturbadas. Por ejemplo, a menudo los pacientes esquizofrénicos usan casi exclusivamente respuestas "5" y "1", dando lugar a puntajes D muy altos. Otros pacientes perturbados son extremadamente inseguros y desconfiados en sus autodescripciones, con predominancia de las respuestas "2", "3" y "4" y puntajes D muy bajos.

E.- EL PUNTAJE DEL TIEMPO. Este puntaje es simplemente una medida del tiempo que la persona requiere para contestar la Escala. Sólo recientemente el autor ha realizado algún estudio de esta variable, hasta el momento es poco lo que se sabe con respecto a su significado y significancia.

Los datos obtenidos hasta ahora indican que, la persona tenga la suficiente educación, inteligencia y capacidad de lectura para manejar esta lectura, la mayoría de las personas contestan la Escala en menos de 20 minutos, estos requisitos son muy importantes; si no se cumplen, el puntaje del Tiempo obviamente tiene poco significado. Se ha encontrado que los pacientes psiquiátricos en general requieren más tiempo que los no pacientes. Esto es particularmente cierto con respecto a aquellos que son exageradamente compulsivos, paranoides o depresivos.

ADMINISTRACION

La Escala se autoadministra y no requiere más instrucciones que las que están indicadas en la cubierta del folleto. Sin embargo, es conveniente hacer notar un punto que concierne la atención especial del examinador. La hoja de respuestas está organizada en tal forma que el sujeto responda en forma alternada a los ítems en la Hoja de Respuestas. Algunas personas pueden confundirse momentáneamente en relación a este punto, por lo tanto es conveniente que el examinador esté preparado para este caso.

DATOS PSICOMETRICOS

NORMAS

el grupo de estandarización, a partir del cual se desarrollaron las normas con una muestra amplia de 625 sujetos. La muestra incluyó gente de varias partes del país y sus edades fluctuaban entre los 12 y los 68 años. Había aproximadamente el mismo número de ambos sexos, personas negras y blancas, representantes de todos los niveles sociales, económicos e intelectuales y niveles educativos desde sexto grado hasta personas que tenían un doctorado.

Actualmente sería posible ampliar considerablemente el grupo normalizado. Esto no se ha hecho, por dos razones: Primero, se ha visto que muestras de otras poblaciones no difieren de las normas existentes en forma apreciable, considerando que son muestras lo suficientemente amplias (750 más sujetos). Segundo, los efectos de variables demográficas tales como el sexo, la edad, la raza, la educación y la inteligencia, sobre los puntajes de la Escala son insignificantes. De tal manera que la evidencias sugieren que no es necesario establecer normas por separado de edad, sexo, raza u otras variables. Sin embargo, el grupo norma no refleja a la población como un

todo en proporción de su composición nacional.

Las normas están sobrerrepresentadas en número de estudiantes preparatorianos, personas blancas y personas en el rango de edades de 12 a 30 años.

Los datos normativos para los puntajes de la Forma para Orientación, se reportan en la Tabla I, que también incluye los datos de confiabilidad sobre estos puntajes.

T A B L A I

MEDIAS DESVIACIONES ESTANDARD Y COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD

SUBESCALA	MEDIA	DESV. STANDARD	CONFIABILIDAD
AUTOCRITICA	35.54	6.70	.75
TOTAL POSITIVO	345.57	30.70	.92
HILERA 1	127.10	9.96	.91
HILERA 2	103.67	13.79	.88
HILERA 3	115.01	11.22	.88
COLUMNA A	71.78	7.67	.87
COLUMNA B	70.33	8.70	.80
COLUMNA C	64.55	7.41	.85
COLUMNA D	70.83	8.43	.89
COLUMNA E	68.14	7.86	.90
V. TOTAL	48.53	12.42	.67
D	120.44	24.19	.89

CONFIABILIDAD

Los datos de confiabilidad están basados en el test-retest de 60 estudiantes de preparatoria en un periodo de dos semanas, sin embargo otros estudios han demostrado que las características distintivas de los perfiles individuales se encuentran presentes para la mayoría de las personas un año o aún más tiempo después.

INTERCORRELACION DE LOS PUNTAJES DE LA ESCALA.

Pueden existir intercorrelaciones de los puntajes de la Escala, algunas correlaciones son de tipo de una parte contra el todo y son en consecuencia falsamente elevadas. Tales correlaciones se identifican con un asterisco. Otras correlaciones son independientes con respecto al traslape de items pero son predecibles a partir de la teoría. La red de intercorrelaciones es un aspecto importante de esta Escala: las desviaciones de los patrones típicos, contribuyen en forma significativa para la interpretación de los perfiles individuales.

Pueden resultar útiles algunos otros comentarios sobre las intercorrelaciones :

A.- Los Puntajes que están lógicamente relacionados muestran correlaciones apreciables, como era de esperarse. Por ejemplo los diferentes Puntajes Positivos muestran correlaciones mensurables uno con el otro, en la dirección esperada.

B.- Las dimensiones principales de la autopercepción (autoestima, autocrítica, variabilidad y certeza), son todas relativamente independientes una de la otra.

C.- A pesar del hecho de que las intercorrelaciones reportadas se derivan de una población anormal, son bastante típicas de intercorrelaciones obtenidas a partir de otros grupos.

RESUMEN

Para resumir lo que es Incapacidad Rehabilitación y Autoconcepto del trabajador incapacitado físicamente, empiezo haciendo mención sobre los riesgos a que estamos expuestos todos y cada uno de nosotros al salir a la calle o incluso dentro de nuestro hogar, no sabemos cómo, cuándo ni dónde; si lo supiéramos de seguro tomaríamos nuestras precauciones y nuestra vida no sería la misma, ya que como se mencionó en un principio, todos de una u otra manera somos incapacitados porque tenemos muchas cualidades que no utilizamos, no sabemos cómo hacerle; no ha sido necesario aprovecharlas.

Las personas con las cuales se realizó esta investigación estuvieron en la mejor disposición, sabían de su padecimiento pero que con la ayuda de alguien ellos saldrían adelante sólo esperaban que los comprendieran, que les explicaran que tenían que hacer para superar ese daño.

Se da el apoyo, surge alguien que les dice que es lo que tienen que hacer. Es entonces que acuden a los Centros de Rehabilitación, donde con un poco o mucho de su voluntad superan con Rehabilitación Física y Psicológica el concepto de sí mismo que se había perdido, vuelven a creer en lo que pueden llegar a desarrollar aún con alguna limitación, prótesis o aparato especial.

Para que una persona se autovalore nuevamente, necesita de un apoyo muy grande, de alguien que le pueda dar una terapia, y donde sabemos que para eso existen especialistas como, el terapeuta físico, el psicólogo, el médico o el sacerdote.

Otro de los puntos para autovaloración que es muy importante es la comprensión familiar, por mucho que haga el hospital o el mismo paciente, sino existe ánimo y apoyo por parte de las personas con quien convive más continuamente, el trabajo realizado se viene por tierra. Pero si la persona le pone interés y la familia también todo saldrá muy bien y el paciente podrá valerse por sí mismo con mayor rapidez.

En la hoja siguiente se muestran los puntajes en bruto, obtenidos de los paciente que colaboraron con la investigación, y las diferencias entre la aplicación del test antes y después de su rehabilitación; no existiendo mucha diferencia pero aún así no dejan de ser significativos

RESULTADOS

ANÁLISIS DE VARIANZA

En el Análisis de Varianza se tocaron los puntos más significativos, refiriéndose con esto a los que estadísticamente puede existir una interacción en la Prueba "F".

En la columna del YO ETICO-MORAL, se puede observar un puntaje en la variable de escolaridad y ocupación de $f=7.76$ y una $p=0.01$, y como es menor a 0.05 , se puede decir que si existe influencia recíproca entre estas dos variables.

Sobre la columna del YO PERSONAL, se noto un puntaje similar al anterior, en donde la interacción de la escolaridad y la ocupación tuvieron una $f=2.66$, mientras que en $p=0.04$, indicando que si existe influencia recíproca.

Para el YO FAMILIAR, la interacción fue una $f=2.59$, mientras que en la $p=0.05$, induciendo que si existen diferencias significativas en la escolaridad y la ocupación de las personas incapacitadas.

Para hablar sobre la hilera 3 que mide los actos y conductas de los trabajadores incapacitados, teniendo como efectos principales una $f=2.87$, mientras que en $p=0.05$, indicando que en los efectos sobre el puntaje "p" si hay diferencias estadísticamente significativas.

Ahora en la interacción de estas dos que son la escolaridad y la ocupación, los puntajes fueron los siguientes: $f=5.30$ y $p=0.002$, indicando que es altamente significativa, así también que existe una influencia entre una y otra.

En la sumatoria de P+N, se notó un puntaje de interacción de: $f=3.91$, mientras que $p=0.01$, indicando su alta interacción entre la escolaridad y la ocupación.

En el puntaje "D" se encontró que en la escolaridad el puntaje fue de $f=3.03$ y $p=0.04$, siendo el único donde si existe interacción entre los efectos del análisis de varianza.

En los puntajes obtenidos después no se observo ninguna diferencia estadísticamente significativa e incluso interacción entre las variables de escolaridad y ocupación.

Con respecto a la integración de las variables de estado civil y de edad, no se encontró ninguna que fuera estadísticamente significativa o importante antes de la rehabilitación. Sin embargo, para el análisis de varianza se encontró que las variables de Distribución (D) y Edad tuvieron una prueba de $f=3.81$ y una $p=0.05$, encontrándola estadísticamente significativa.

Finalmente se puede decir que los puntajes antes y después de la Rehabilitación Profesional de los trabajadores incapacitados físicos y que recibió cada uno de ellos en el Hospital de Rehabilitación, se anotaron solamente las medias de la escolaridad, distinguiéndose más las de Primaria, Secundaria y Bachillerato o Carrera Técnica. En la ocupación destaca más la de empleado, indicando un puntaje de arriba hacia abajo, de menor a mayor; mientras que con los obreros los puntajes se manifiestan al contrario, de abajo hacia arriba de menor a mayor. En algunas ocasiones después de la Rehabilitación se manifiestan empleados y obreros con puntajes de arriba hacia abajo de mayor a menor o viceversa. (para mayor información, consultar las tablas 23, 24 y 25).

T A B L A 2 3

MEDIAS ANTES

YO FISICO (62.73) 49

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	59.50 (8)	61.82 (17)	64.71 (17)	65.56 (7)		61.67 (3)	62.00 (6)
	3	4	5	6	7	8	
	62.28 (25)	61.79 (14)	65.00 (3)	70.00 (2)	66.00 (1)	66.00 (1)	

YO ETICO-MORAL (68.80) 49

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	67.50 (8)	67.06 (17)	69.71 (17)	72.29 (7)		68.67 (3)	69.00 (6)
	3	4	5	6	7	8	
	67.80 (25)	66.64 (14)	76.00 (3)	76.50 (2)	76.00 (1)	80.00 (1)	

YO PERSONAL (69.92) 49

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	69.13 (8)	68.00 (17)	69.35 (17)	76.86 (7)		76.33 (3)	69.00 (6)
	3	4	5	6	7	8	
	69.00 (25)	67.79 (14)	74.67 (3)	77.50 (2)	71.00 (1)	73.00 (1)	

YO FAMILIAR (67.16) 49

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	65.50 (8)	64.24 (17)	68.35 (17)	73.29 (7)		70.33 (3)	69.00 (6)
	3	4	5	6	7	8	
	66.00 (25)	66.97 (14)	72.00 (3)	77.50 (2)	61.00 (1)	73.00 (1)	

YO SOCIAL (66.00) 49

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	66.88 (8)	64.71 (17)	65.47 (17)	71.71 (7)		69.67 (3)	69.00 (6)
	3	4	5	6	7	8	
	65.00 (25)	63.93 (14)	70.00 (3)	78.50 (2)	64.00 (1)	74.00 (1)	

AUTOESTIMA (32.94) 49

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	29.75 (8)	34.41 (17)	33.59 (17)	31.43 (7)		29.00 (3)	0.00 (0)
	3	4	5	6	7	8	
	33.80 (25)	32.57 (14)	36.67 (3)	24.00 (2)	32.00 (1)	36.00 (1)	

HILERA 1 (117.86) 49 IDENTIDAD

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	112.38 (8)	116.26 (17)	120.24 (17)	121.00 (7)		115.00 (3)	0.00 (0)
	3	4	5	6	7	8	
	116.96 (25)	113.71 (14)	123.33 (3)	139.00 (2)	128.00 (1)	138.00 (1)	

HILERA 2 (104.02) 49 AUTOSATISFACCION

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	100.00 (8)	101.59 (17)	104.29 (17)	113.86 (7)		108.00 (3)	0.00 (0)
	3	4	5	6	7	9	
	102.68 (25)	100.71 (14)	116.33 (3)	117.50 (2)	106.00 (1)	106.00 (1)	

HILERA 3 (112.73) 49 CONDUCTA

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	114.13 (8)	101.59 (17)	104.29 (17)	113.86 (7)		108.00 (3)	0.00 (0)
	3	4	5	6	7	8	
	102.68 (25)	100.71 (14)	116.33 (3)	117.50 (2)	106.00 (1)	106.00 (1)	

TOTAL P+N (334.61) 47

V3	1	2	3	4	V4	1	2
	326.50 (8)	325.82 (17)	337.59 (17)	358.00 (7)		346.67 (3)	0.00 (0)
	3	4	5	6	7	8	
	330.08 (25)	326.21 (14)	357.67 (3)	380.00 (2)	338.00 (1)	366.00 (1)	

D (125.51) 49

V3	1 141.50 (8)	2 118.12 (17)	3 120.18 (17)	4 138.14 (7)	V4	1 124.33 (3)	2 01.00 (0)
	3 119.80 (25)	4 130.21 (14)	5 141.67 (3)	6 124.00 (2)	7 138.00 (1)	8 148.00 (1)	

T A B L A 2 4

MEDIAS DESPUES

YO FISICO (66.33) 49

	1	2	3	4	V25	1	2
V24	63.21 (14)	66.25 (14)	67.32 (19)	74.00 (4)	72.00 (1)	74.00 (1)	
	3	4	5	6	7	8	
	68.05 (22)	64.17 (18)	61.25 (4)	70.00 (2)	72.00 (1)	0.00 (0)	

YO ETICO-MORAL (69.42) 49

	1	2	3	4	V25	1	2
V24	66.43 (14)	67.25 (12)	70.79 (19)	80.00 (4)	82.00 (1)	78.00 (1)	
	3	4	5	6	7	8	
	69.27 (22)	67.22 (18)	69.25 (4)	79.00 (2)	73.00 (1)	0.00 (0)	

YO PERSONAL (69.27) 49

	1	2	3	4	V25	1	2
V24	66.43 (14)	70.42 (12)	69.74 (19)	73.50 (4)	80.00 (1)	71.00 (1)	
	3	4	5	6	7	8	
	69.55 (22)	67.39 (18)	67.75 (4)	75.50 (2)	78.00 (1)	0.00 (0)	

YO FAMILIAR (67.65) 49

	1	2	3	4	V25	1	2
V24	64.57 (14)	68.75 (12)	68.00 (19)	73.50 (4)	71.00 (1)	75.00 (1)	
	3	4	5	6	7	8	
	68.55 (22)	65.67 (18)	63.25 (4)	81.50 (2)	63.00 (1)	0.00 (0)	

YO SOCIAL (65.20) 49

	1	2	3	4	V25	1	2
V24	62.43 (14)	64.92 (12)	66.11 (19)	75.50 (4)	81.00 (1)	62.00 (1)	
	3	4	5	6	7	8	
	63.27 (12)	62.44 (18)	61.00 (4)	78.50 (2)	69.00 (1)	0.00 (0)	

AUTOESTIMA (32.08) 47

	1	2	3	4		1	2
V24	31.64 (14)	33.58 (12)	32.63 (19)	26.50 (4)	V25	23.00 (1)	30.00 (1)
	3	4	5	6	7	8	
	31.45 (22)	33.39 (18)	31.75 (4)	30.50 (2)	38.00 (1)	0.00 (0)	

HILERA 1 (120.94) 49 IDENTIDAD

	1	2	3	4		1	2
V24	114.36 (14)	123.00 (12)	122.89 (19)	128.50 (4)	V25	134.00 (1)	120.00 (1)
	3	4	5	6	7	8	
	123.45 (22)	116.33 (18)	118.50 (4)	132.50 (2)	123.00 (1)	0.00 (0)	

HILERA 2 (105.20) 49 AUTOSATISFACCION

	1	2	3	4		1	2
V24	100.56 (14)	104.17 (12)	106.37 (19)	119.75 (4)	V25	116.00 (1)	127.00 (1)
	3	4	5	6	7	8	
	107.27 (22)	101.11 (18)	94.25 (4)	124.00 (2)	107.00 (1)	0.00 (0)	

HILERA 3 (111.84) 49 CONDUCTA

	1	2	3	4		1	2
V24	108.36 (14)	110.42 (12)	112.68 (19)	124.25 (4)	V25	136.00 (1)	113.00 (1)
	3	4	5	6	7	8	
	110.96 (22)	109.44 (18)	109.75 (4)	128.00 (2)	125.00 (1)	0.00 (0)	

TOTAL P+N (337.98) 49

	1	2	3	4		1	2
V24	323.07 (14)	337.58 (12)	341.95 (19)	372.50 (4)	V25	386.00 (1)	360.00 (1)
	3	4	5	6	7	8	
	341.68 (22)	326.89 (18)	322.50 (4)	384.50 (2)	355.00 (1)	0.00 (0)	

TOTAL P-N (13.18) 49							
V24	1 17.07 (14)	2 20.75 (12)	3 7.05 (18)	4 6.00 (4)	V25	1 21.00 (1)	2 20.00 (1)
	3 7.09 (22)	4 19.83 (18)	5 22.50 (5)	6 -7.50 (2)	7 36.00 (1)	8 0.00 (0)	
NO ALGEBRAICA P-N (45.35) 49							
V24	1 47.36 (14)	2 49.25 (12)	3 43.37 (19)	4 36.00 (4)	V25	1 28.00 (1)	2 38.00 (1)
	3 43.91 (22)	4 47.83 (18)	5 52.50 (4)	6 30.50 (2)	7 58.00 (1)	8 0.00 (0)	
TOTAL DE HILERAS (21.22) 49							
V24	1 21.36 (14)	2 23.75 (12)	3 19.42 (19)	4 21.75 (4)	V25	1 25.00 (1)	2 24.00 (1)
	3 20.55 (22)	4 21.00 (18)	5 22.75 (4)	6 24.50 (2)	7 21.00 (1)	8 0.00 (0)	
TOTAL DE COLUMNAS (30.35) 49							
V24	1 32.36 (14)	2 32.58 (12)	3 28.21 (19)	4 26.75 (4)	V25	1 29.00 (1)	2 28.00 (1)
	3 29.32 (22)	4 31.67 (18)	5 33.50 (4)	6 26.00 (2)	7 29.00 (1)	8 0.00 (0)	
TOTAL DE HILERAS Y COLUMNAS (51.59) 49							
V24	1 53.59 (14)	2 56.33 (12)	3 47.63 (19)	4 48.50 (4)	V25	1 54.00 (1)	2 52.00 (1)
	3 49.86 (22)	4 52.72 (18)	5 56.25 (4)	6 50.50 (2)	7 50.00 (1)	8 0.00 (0)	
D (126.84) 49							
V24	1 123.36 (14)	2 131.50 (12)	3 124.74 (19)	4 125.00 (4)	V25	1 137.00 (1)	2 128.00 (1)
	3 125.36 (22)	4 124.89 (18)	5 121.50 (4)	6 157.00 (2)	7 144.00 (1)	8 0.00 (0)	

T A B L A 2 5

YO FISICO Variable 6

V3	V4 MEDICO	ING.	EMPLEADO	OBRERO	SECRE.	PUER.	ENF.	Q. o L.
1	0.00 (0)	0.00 (0)	53.33 (3)	62.00 (5)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)
2	0.00 (0)	0.00 (0)	59.71 (7)	62.00 (8)	62.00 (1)	75.00 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)
3	0.00 (0)	0.00 (0)	65.25 (12)	53.00 (1)	65.50 (2)	65.00 (1)	66.00 (1)	0.00 (0)
4	61.67 (3)	0.00 (0)	65.33 (3)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	65.00 (1)

V A R I A B L E 7 YO ETICO-MORAL

1	0.00 (0)	0.00 (0)	60.00 (3)	72.00 (5)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)
2	0.00 (0)	0.00 (0)	65.57 (7)	64.50 (8)	82.00 (1)	82.00 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)
3	0.00 (0)	0.00 (0)	69.67 (12)	57.00 (1)	72.50 (2)	71.00 (1)	76.00 (1)	0.00 (0)
4	68.67 (3)	0.00 (0)	73.33 (3)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	80.00 (1)

V A R I A B L E 8 YO PERSONAL

1	0.00 (0)	0.00 (0)	60.33 (3)	74.40 (5)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)
2	0.00 (0)	0.00 (0)	67.29 (7)	66.00 (8)	77.00 (1)	80.00 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)
3	0.00 (0)	0.00 (0)	69.75 (12)	49.00 (1)	73.50 (2)	75.00 (1)	71.00 (1)	0.00 (0)
4	76.33	0.00	78.67	0.00	0.00	0.00	0.00	73.00

V A R I A B L E 9 YO FAMILIAR

1	0.00 (0)	0.00 (0)	53.33 (3)	72.80 (5)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)
2	0.00 (0)	0.00 (0)	62.57 (7)	63.50 (8)	69.00 (1)	77.00 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)
3	0.00 (0)	0.00 (0)	68.58 (12)	53.00 (1)	73.50 (2)	78.00 (1)	61.00 (1)	0.00 (0)
4	70.33 (3)	0.00 (0)	76.33 (3)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	73.00 (1)

V A R I A B L E 10 YO SOCIAL

V3	V4	1	2	3	4	5	6	7	8
1		0.00 (0)	0.00 (0)	57.00 (3)	69.60 (5)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)
2		0.00 (0)	0.00 (0)	62.71 (3)	62.87 (3)	77.00 (1)	51.00 (1)	0.00 (0)	0.00 (0)
3		0.00 (0)	0.00 (0)	64.33 (12)	44.00 (1)	85.50 (2)	78.00 (1)	64.00 (1)	0.00 (0)
4		69.67 (3)	0.00 (0)	73.00 (3)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	0.00 (0)	74.00 (1)

V3 ESCOLARIDAD

- 1.- PRIMARIA
- 2.- SECUNDARIA
- 3.- BACHILLERATO O CARRERA TECNICA
- 4.- PROFESIONAL

V4 OCUPACION

- 1.- MEDICO
- 2.- INGENIERO
- 3.- EMPLEADO
- 4.- OBRERO
- 5.- SECRETARIA O CAPTURISTA DE DATOS
- 6.- PUERICULTISTA
- 7.- ENFERMERIA
- 8.- QUIMICO O LABORATORISTA.

Para la Edad se puede observar que el Rango para la muestra antes de su rehabilitación fue de 18 años en adelante, notándose como límite los 62 años de edad, sin embargo, para la muestra después de su rehabilitación, fue de 20 a 62 años de edad, encontrando una media antes de 33.7 y después de 34.5. (ver tabla 1)

T A B L A 1

EDAD	ANTES	DESPUES
18	2%(1)	----
19	4%(2)	----
20	6%(3)	4%(2)
21	4%(2)	----
22	2%(1)	----
23	4%(2)	3%(1)
24	2%(1)	2%(1)
25	4%(2)	4%(2)
26	----	4%(2)
27	6%(3)	10%(5) v
28	4%(2)	6%(3)
29	2%(1)	4%(2)
30	2%(1)	2%(1)
31	4%(2)	2%(1)
32	8%(4)	----
33	4%(2)	10%(5) *
34	2%(1)	4%(2)
35	4%(2)	4%(2)
36	----	4%(2)
37	2%(1)	4%(2)
38	2%(1)	2%(1)
39	4%(2)	2%(1)
40	2%(1)	6%(3)
41	4%(2)	----
42	----	4%(2)
43	2%(1)	2%(1)
44	2%(1)	2%(1)
45	2%(1)	4%(2)
46	4%(2)	8%(4)
47	2%(1)	2%(1)
49	2%(1)	----
50	2%(1)	----
60	2%(1)	2%(1)
62	4%(2)	----
	100%	100%

* Cabe aclarar que la numeración a veces no es progresiva debido a que no existe esa edad, puede suceder de aquí en adelante.

Con respecto al Estado Civil de los pacientes incapacitados, se puede ver cuantos son casados, solteros, divorciados, viudos o en unión libre, antes y después de su Rehabilitación.

Así pues se encontró que tanto antes como después, la mayoría de los pacientes a los que se les aplicó la prueba de auto-concepto, son casados, ocupando un segundo lugar los solteros observando más pacientes casados después de la Rehabilitación que antes; mientras que los solteros, son más antes que después. (para mayor información consultar la tabla 2)

T A B L A 2

ESTADO CIVIL	ANTES	DESPUES
1.- CASADOS	52% (26)	56% (28)
2.- SOLTEROS	38% (19)	28% (14)
3.- DIVORCIADOS	2% (1)	4% (2)
4.- VIUDOS	4% (2)	6% (3)
5.- UNION LIBRE	4% (2)	6% (3)
	<hr/> 100%	<hr/> 100%

En cuanto a la Escolaridad se describe y observa que cantidad de personas tienen los estudios de Primaria, Secundaria, Bachillerato o Carrera Técnica y Profesional; antes y después de su Readaptación Profesional.

Se puede ver que donde existen más personas es en Secundaria y Bachillerato o Carrera Técnica y menos trabajadores en el nivel de estudios profesionales; a que se debe esto ? a que posiblemente un profesionista no corre los mismos riesgos que una persona con un nivel escolar de Secundaria o Primaria o también dependiendo del empleo que realizan. (ver tabla 3)

14

T A B L A 3

ESCOLARIDAD	ANTES	DESPUES
1.- PRIMARIA	16%(8)	28%(9)
2.- SECUNDARIA	34%(17)	24%(12)
3.- BACHILLERATO O CARRERA TECNICA	34%(17)	38%(19)
4.- PROFESIONAL	14%(7)	8%(4)
	<hr/> 100 %	<hr/> 100 %

En la Ocupacion se puede ver que tanto antes como después de la Rehabilitación Profesional del Incapacitado, se obtienen los puntajes más altos en 3 y 4, indicando con esto que un empleado como: Chofer, Mensajero, Vendedor, Intendencia o Administrativo sin llegar a tener un puesto de jefe en alguna sección o departamento; también la ocupación de Obrero tiene un lugar primordial en este estudio. (ver tabla 4)

T A B L A 4

OCUPACION	ANTES	DESPUES
1.- MEDICO	6%(3)	2%(1)
2.- INGENIERO	2%(1)	4%(2)
3.- EMPLEADO	50%(25)	44%(22)
4.- OBRERO	28%(14)	36%(18)
5.- SECRETARIA O CAPTURISTA DE DATOS	6%(3)	8%(4)
6.- PUERICULTISTA	4%(2)	4%(2)
7.- ENFERMERIA	2%(1)	2%(1)
8.- QUIMICO O LABORATORISTA	2%(1)	---
	<hr/> 100 %	<hr/> 100 %

En la Enfermedad se describe la frecuencia con que aparecen los tipos de padecimiento que aquejan o limitan a la persona o al trabajador, para poder desempeñar bien alguna función laboral. (ver tabla 5)

T A B L A 5

TIPOS DE ENFERMEDAD	ANTES	DESPUES
01 ESCLEROSIS	4%(2)	---
02 TRAUMATISMO	2%(1)	4%(2)
03 FARESTECIA 2 Y 3 DEDOS MANO	2%(1)	2%(1)
04 ESGUINCE DE HOMBRO	10%(5)	---
06 PARALISIS FACIAL	6%(3)	10%(5)
07 AMPUTACION DEDOS MANO IZQ. O DER.	4%(2)	6%(3)
08 LIMITACION FUNCIONAL	4%(2)	---
09 ESGUINCE LUMBAR	4%(2)	2%(1)
10 ABERTURA DE CADERA	---	2%(1)
11 LUMBALGIA DE ESFUERZO	2%(1)	---
12 LESION PLEXO BRANQUIAL	2%(1)	---
13 ESGUINCE CERVICAL	8%(4)	12%(6)
14 SINDROME DOLOROSO LUMBAR POSTRAUMATICO	2%(1)	2%(1)
15 PROBLEMA DE COLUMNA	8%(4)	10%(5)
16 LESION MANOS IZQ. O DER.	---	4%(2)
17 AMPUTACION BRAZO DERECHO	2%(1)	2%(1)
18 LUMBALGIA	10%(5)	10%(5)
19 FRACTURA CUBITO CODO IZQ. O DER.	---	4%(2)
20 LESION MEDULAR	12%(6)	---

TIPOS DE ENFERMEDAD	ANTES	DESPUES
21 CUADRIPEJICO	2%(1)	---
22 INMOVILIDAD MANO IZQ. O DER.	4%(2)	2%(1)
23 FRACTURA 5/6 META- TARZO FIE DERECHO	---	2%(1)
24 INESTABILIDAD EN COLUMNA LUMBAR	---	2%(1)
25 FRACTURA RADIO DER.	---	2%(1)
26 FRACTURA DEDOS MANO IZQUIERDA	---	2%(1)
27 FRACTURA DE MUÑECA	6%(3)	4%(2)
28 LABERINTOPATIA DE PREDOMINIO IZQ.	2%(1)	2%(1)
29 CANAL LUMBAR ESTRECHO LAMINECTOMIA	---	2%(1)
30 LUXACION MANO DER. Y BRAZO	---	2%(1)
31 FRACTURA INDICE MANO IZQ. Y FALANGE	---	2%(1)
32 LESION PIERNA IZQ.	---	4%(2)
33 HEMIPLEGIA	2%(1)	---
34 ARTRITIS	---	4%(2)
35 ESCLEROSIS MULTIPLE	2%(1)	---
	<hr/> 100 %	<hr/> 100 %

* Se puede observar que las enfermedades más frecuentes son las que tienen un puntaje mayor.

A continuación se describirá la Escala de Autoconceito de Tennessee, iniciando con:

YO FISICO, siendo la primera columna donde el trabajador presenta una visión sobre su cuerpo, su estado de salud, sus habilidades y sexualidad.

El Rango de la muestra antes es de 41 a 93, con una \bar{x} = 62.8, sin embargo, su puntaje despues es de 50 a 94, teniendo una \bar{x} = 66.4. (ver tabla 6)

T A B L A 6

FUNTAJES YO FISICO	ANTES	DESPUES
41.-	2%(1)	---
48.-	2%(1)	---
50.-	4%(2)	2%(1)
51.-	---	2%(1)
52.-	---	2%(1)
53.-	2%(1)	---
54.-	4%(2)	2%(1)
55.-	4%(2)	4%(2)
56.-	6%(3)	4%(2)
57.-	4%(2)	2%(1)
58.-	10%(5)	---
59.-	2%(1)	4%(2)
61.-	2%(1)	6%(3)
62.-	2%(1)	2%(1)
63.-	4%(2)	6%(3)
64.-	2%(1)	6%(3)
65.-	12%(6)	4%(2)
66.-	4%(2)	---
67.-	6%(3)	4%(2)
68.-	4%(2)	6%(3)
69.-	6%(3)	6%(3)
70.-	2%(1)	4%(2)
71.-	2%(1)	2%(1)
72.-	---	8%(4)
73.-	4%(2)	2%(1)
74.-	4%(2)	6%(3)
75.-	2%(1)	2%(1)
76.-	---	4%(2)
77.-	---	4%(2)
79.-	2%(1)	2%(1)
81.-	---	2%(1)
83.-	2%(1)	---
84.-	---	2%(1)
	<hr/> 100 %	<hr/> 100 %

Si guiendo con la columna se tiene el YO ETICO-MORAL, donde se describe al yo desde un marco de referencia ético moral, valía moral, relaciones con Dios, sentimientos de ser una persona buena o mala y su satisfacción con la propia religión o falta de ella.

Se hacen notar los puntajes antes de la Rehabilitación que van desde 47 a 81, con una $\bar{X} = 68.7$, mientras que después de la Rehabilitación el Rango es de 54 a 97, teniendo una $\bar{X} = 89.2$. (Ver tabla 7)

T A B L A 7

ETICO-MORAL	PUNTAJES YO ANTES	DESPUES
47.-	2% (1)	---
54.-	---	4% (2)
56.-	2% (1)	6% (3)
57.-	2% (1)	2% (1)
58.-	2% (1)	4% (2)
59.-	4% (2)	4% (2)
60.-	2% (1)	2% (1)
61.-	4% (2)	2% (1)
62.-	2% (1)	2% (1)
63.-	2% (1)	2% (1)
64.-	2% (1)	---
65.-	16% (8)	2% (1)
66.-	4% (2)	8% (4)
67.-	2% (1)	2% (1)
68.-	2% (1)	4% (2)
69.-	4% (2)	6% (3)
70.-	2% (1)	---
71.-	4% (2)	4% (2)
72.-	4% (2)	4% (2)
73.-	6% (3)	10% (5)
74.-	14% (7)	2% (1)
75.-	---	2% (1)
76.-	2% (1)	4% (2)
77.-	4% (2)	4% (2)
78.-	2% (1)	6% (3)
79.-	4% (2)	4% (2)
80.-	2% (1)	---
81.-	---	4% (2)
82.-	2% (1)	4% (2)
83.-	2% (1)	---
87.-	---	2% (1)
	<hr/>	<hr/>
	100 %	100 %

YO PERSONAL. este puntaje refleja el sentido que la persona tiene de su valor personal, su sentimiento de adecuación como ser humano y su evaluación de su propia personalidad, independientemente de su cuerpo o de sus relaciones con otros.

Se puede observar que en sus puntajes antes es de 45 a 85, teniendo una \bar{X} = 69.9, observandose un puntaje despues de 52 a 83, con una \bar{X} = 69.2. (ver tabla B)

T A B L A B

YO PERSONAL	ANTES	DESPUES
45.-	2%(1)	---
49.-	2%(1)	---
52.-	---	4%(2)
53.-	2%(1)	---
54.-	2%(1)	---
55.-	---	4%(2)
56.-	4%(2)	2%(1)
58.-	---	6%(3)
59.-	2%(1)	---
60.-	2%(1)	2%(1)
61.-	2%(1)	2%(1)
62.-	2%(1)	4%(2)
63.-	4%(2)	2%(1)
64.-	2%(1)	---
65.-	---	6%(3)
66.-	2%(1)	2%(1)
67.-	4%(2)	6%(3)
68.-	4%(2)	2%(1)
69.-	2%(1)	4%(2)
70.-	6%(3)	2%(1)
71.-	8%(4)	8%(4)
72.-	8%(4)	10%(5)
73.-	4%(2)	---
74.-	---	4%(2)
75.-	4%(2)	2%(1)
76.-	4%(2)	4%(2)
77.-	2%(1)	6%(3)
78.-	2%(1)	---
79.-	4%(2)	4%(2)
80.-	6%(3)	6%(3)
81.-	2%(1)	---
82.-	8%(4)	2%(1)
83.-	---	4%(2)
85.-	2%(1)	---
	100 %	100 %

YO FAMILIAR. se hace notar en los puntajes que se obtienen ya que este, refleja los propios sentimientos de adecuación, merito y valor como miembro de una familia, podria decirse integrada o desintegrada; en caso de tener algun problema se reflejaría aqui. Se refiere a la percepción que la persona tiene de sí misma en relación al circulo de allegados o con quien conviva más.

Se observan unos puntajes antes de 49 a 85, con una $\bar{x} = 67.0$, por lo que en la aplicación después se noto de 50 a 86, con una $\bar{x} = 57.5$, lo que indica un ligero aumento. (ver tabla 9)

T A B L A 9

YO FAMILIAR	ANTES	DESPUES	YO F.	ANTES	DESPUES
49.-	4%(2)	---	81.-	---	2%(1)
50.-	2%(1)	2%(1)	82.-	2%(1)	---
51.-	2%(1)	---	83.-	2%(1)	---
52.-	2%(1)	---	84.-	---	2%(1)
53.-	2%(1)	---	85.-	2%(1)	---
54.-	4%(2)	2%(1)	86.-	---	2%(1)
55.-	---	2%(1)			
56.-	2%(1)	---			
57.-	2%(1)	8%(4)		100 %	100 %
58.-	4%(2)	---			
59.-	2%(1)	4%(2)			
60.-	4%(2)	2%(1)			
61.-	8%(4)	8%(4)			
62.-	4%(2)	---			
63.-	2%(1)	4%(2)			
64.-	---	6%(3)			
65.-	2%(1)	4%(2)			
66.-	2%(1)	2%(1)			
67.-	---	2%(1)			
68.-	4%(2)	---			
69.-	6%(3)	6%(3)			
70.-	4%(2)	6%(3)			
71.-	6%(3)	6%(3)			
72.-	4%(2)	6%(3)			
73.-	4%(2)	2%(1)			
74.-	2%(1)	6%(3)			
75.-	6%(3)	2%(1)			
76.-	---	4%(2)			
77.-	4%(2)	4%(2)			
78.-	2%(1)	2%(1)			
79.-	2%(1)	---			
80.-	6%(3)	2%(1)			

YO SOCIAL, en esta columna donde el "Yo se percibe con relación a otros", pero perteneciendo a los "otros" en una forma más general, reflejando el sentido de adecuación y valer de la propia persona en su interacción social con otras personas en general.

En este puntaje se nota un Rango de 46 a 82, en la primera aplicación, teniendo una \bar{X} = 65.9, después se hace notar el Rango de 49 a 82, con una \bar{X} = 65.1. (ver tabla 10)

T A B L A 10

YO SOCIAL	ANTES	DESPUES
46.-	2%(1)	---
49.-	---	4%(2)
50.-	2%(1)	2%(1)
51.-	4%(2)	2%(1)
52.-	---	2%(1)
53.-	2%(1)	---
54.-	---	2%(1)
55.-	4%(2)	4%(2)
56.-	6%(3)	2%(1)
57.-	---	4%(2)
58.-	2%(1)	2%(1)
59.-	2%(1)	2%(1)
60.-	2%(1)	6%(3)
61.-	6%(3)	6%(3)
62.-	---	2%(1)
63.-	6%(3)	2%(1)
64.-	6%(3)	6%(3)
65.-	2%(1)	2%(1)
66.-	6%(3)	4%(2)
67.-	4%(2)	10%(5)
68.-	4%(2)	---
69.-	---	6%(3)
70.-	4%(2)	2%(1)
71.-	8%(4)	6%(3)
72.-	6%(3)	6%(3)
73.-	2%(1)	2%(1)
74.-	2%(1)	---
75.-	2%(1)	2%(1)
76.-	4%(2)	2%(1)
78.-	2%(1)	---
79.-	2%(1)	2%(1)
81.-	6%(3)	2%(1)
82.-	2%(1)	---
83.-	---	2%(1)
84.-	---	2%(1)
88.-	---	2%(1)
	100 %	100 %

AUTOCRITICA, en estos puntajes, se observa que el Rango de la muestra antes es de 20 a 47, donde se encuentra una \bar{X} = 33.0; mientras tanto en el Rango despues de la Rehabilitacion Profesional del trabajador, se nota un puntaje de 16 a 58, teniendo más incremento despues pero su \bar{X} = 32.1. (ver tabla 11)

T A B L A 1 1

AUTOCRITICA	ANTES	DESPUES
16.-	---	4%(2)
20.-	6%(3)	2%(1)
21.-	---	2%(1)
22.-	2%(1)	---
23.-	2%(1)	4%(2)
24.-	4%(2)	6%(3)
25.-	4%(2)	2%(1)
26.-	2%(1)	4%(2)
27.-	2%(1)	8%(4)
28.-	10%(5)	---
29.-	2%(1)	6%(3)
30.-	---	4%(2)
31.-	2%(1)	4%(2)
32.-	10%(5)	6%(3)
33.-	2%(1)	2%(1)
34.-	2%(1)	4%(2)
35.-	6%(3)	8%(4)
36.-	12%(6)	6%(3)
37.-	4%(2)	6%(3)
38.-	10%(5)	4%(2)
39.-	2%(1)	4%(2)
40.-	4%(2)	4%(2)
41.-	2%(1)	---
42.-	2%(1)	4%(2)
43.-	2%(1)	---
44.-	2%(1)	---
45.-	---	2%(1)
46.-	2%(1)	---
47.-	2%(1)	2%(1)
58.-	---	2%(1)
	100 %	100 %

HILERA 1, Se puede observar en esta hilera que mide la Identidad del Trabajador, un porcentaje y rango antes que va desde de 85 a 142, teniendo una \bar{X} = 118.0 y después un rango de 98 a 142, con una \bar{X} = de 121.0. es aquí donde el trabajador describe su identificación física. (ver tabla 12)

T A B L A 1 2

HILERA 1 IDENTIDAD	ANTES	DESPUES	HILERA 1 IDENTIDAD	ANTES	DESPUES
85.-	2%(1)	---	138.-	2%(1)	---
90.-	2%(1)	---	140.-	---	2%(1)
92.-	2%(1)	---	142.-	2%(1)	2%(1)
95.-	2%(1)	---			
96.-	2%(1)	---			
98.-	2%(1)	2%(1)		100 %	100 %
99.-	2%(1)	2%(1)			
100.-	---	2%(1)			
101.-	---	2%(1)			
103.-	---	2%(1)			
106.-	2%(1)	2%(1)			
108.-	---	2%(1)			
109.-	2%(1)	2%(1)			
110.-	4%(2)	---			
111.-	2%(1)	4%(2)			
112.-	4%(2)	2%(1)			
113.-	2%(1)	4%(2)			
115.-	---	8%(4)			
116.-	6%(3)	4%(2)			
117.-	4%(2)	2%(1)			
119.-	4%(2)	2%(1)			
120.-	8%(4)	2%(1)			
121.-	6%(3)	4%(2)			
122.-	2%(1)	---			
123.-	4%(2)	6%(3)			
125.-	6%(3)	6%(3)			
126.-	2%(1)	6%(3)			
127.-	6%(3)	6%(3)			
128.-	4%(2)	2%(1)			
129.-	4%(2)	2%(1)			
130.-	4%(2)	2%(1)			
131.-	4%(2)	2%(1)			
132.-	---	2%(1)			
133.-	---	2%(1)			
134.-	---	6%(3)			
135.-	---	2%(1)			
136.-	2%(1)	2%(1)			
137.-	---	2%(1)			

HILERA 2, en general este puntaje refleja el nivel de Auto satisfacción o Autoaceptación, se describe así mismo.

Se observa que los Rangos iniciales de la muestra son de 64 a 144 y una \bar{X} = 103.8, y después es de 108 a 171, teniendo una \bar{X} = 105.0, se puede observar un ligero ascenso (ver tabla 13).

T A B L A 1 3

HILERA 2	ANTES	DESPUES	HILERA 2	ANTES	DESPUES
AUTOSATISFACCION			AUTOSATISFACCION		
64.-	2%(1)	---	116.-	2%(1)	2%(1)
74.-	2%(1)	---	117.-	4%(2)	2%(1)
75.-	2%(1)	---	118.-	2%(1)	---
76.-	2%(1)	---	119.-	---	2%(1)
77.-	2%(1)	---	120.-	---	6%(3)
78.-	---	2%(1)	122.-	6%(3)	2%(1)
79.-	---	2%(1)	123.-	---	6%(3)
81.-	2%(1)	---	124.-	---	2%(1)
82.-	---	2%(1)	125.-	2%(1)	---
83.-	---	2%(1)	126.-	---	2%(1)
84.-	2%(1)	2%(1)	127.-	4%(2)	2%(1)
85.-	2%(1)	---	128.-	2%(1)	---
86.-	---	2%(1)	131.-	2%(1)	4%(2)
87.-	---	2%(1)	144.-	2%(1)	---
88.-	4%(2)	6%(3)			
89.-	---	2%(1)			
90.-	2%(1)	2%(1)		100 %	100 %
93.-	2%(1)	4%(2)			
95.-	2%(1)	---			
96.-	4%(2)	4%(2)			
97.-	2%(1)	2%(1)			
98.-	2%(1)	2%(1)			
99.-	2%(1)	2%(1)			
100.-	4%(2)	4%(2)			
101.-	4%(2)	---			
103.-	---	4%(2)			
104.-	4%(2)	2%(1)			
105.-	4%(2)	6%(3)			
106.-	6%(3)	---			
107.-	4%(2)	4%(2)			
108.-	4%(2)	---			
109.-	---	2%(1)			
111.-	---	2%(1)			
112.-	4%(2)	---			
113.-	2%(1)	2%(1)			
114.-	---	4%(2)			
115.-	2%(1)	2%(1)			

HILERA 3, ya que este puntaje mide la percepcion de la persona sobre su propia conducta o la forma en que funciona, observense los puntajes que tiene antes que son de 39 a 137, con una \bar{X} = 112.6; despues el rango que tiene es de 89 a 139, con una \bar{X} = 111.6, sin existir mucha diferencia entre uno y otro. (ver Tabla 14)

T A B L A 1 4

HILERA 3 CONDUCTA	ANTES	DESPUES	HILERA 3 CONDUCTA	ANTES	DESPUES
86.-	2%(1)	----	132.-	2%(1)	----
87.-	2%(1)	----	134.-	----	2%(1)
89.-	----	4%(2)	135.-	2%(1)	4%(2)
90.-	2%(1)	2%(1)	136.-	----	4%(2)
92.-	2%(1)	4%(2)	137.-	4%(2)	2%(1)
93.-	----	4%(2)	138.-	----	2%(1)
94.-	----	6%(3)			
95.-	4%(2)	2%(1)			
96.-	2%(1)	----		100 %	100 %
98.-	2%(1)	2%(1)			
100.-	----	2%(1)			
101.-	2%(1)	----			
102.-	4%(2)	----			
103.-	----	6%(3)			
104.-	4%(2)	4%(2)			
105.-	2%(1)	6%(3)			
106.-	6%(3)	2%(1)			
107.-	4%(2)	6%(3)			
108.-	4%(2)	2%(1)			
110.-	6%(3)	----			
111.-	----	2%(1)			
112.-	2%(1)	----			
113.-	----	2%(1)			
114.-	2%(1)	2%(1)			
115.-	----	4%(2)			
116.-	2%(1)	2%(1)			
117.-	----	2%(1)			
118.-	4%(2)	----			
119.-	4%(2)	2%(1)			
121.-	4%(2)	2%(1)			
122.-	2%(1)	----			
123.-	4%(2)	----			
124.-	----	4%(2)			
125.-	----	2%(1)			
126.-	----	2%(1)			
127.-	----	4%(2)			
128.-	2%(1)	2%(1)			
129.-	----	2%(1)			

TOTAL P + N, en este puntaje el rango de frecuencia antes de la Readaptación Profesional del Trabajador Incapacitado es de 258 a 403, con una \bar{X} = 334.5 y después de 273 a 408, teniendo una \bar{X} = 337.7. (ver tabla 15)

T A B L A 1 5

TOTAL P+N	ANTES	DESPUES
258.-	4%(2)	---
273.-	2%(1)	4%(2)
278.-	4%(2)	---
283.-	2%(1)	---
286.-	2%(1)	---
287.-	---	2%(1)
288.-	2%(1)	---
290.-	2%(1)	2%(1)
291.-	---	2%(1)
292.-	2%(1)	2%(1)
294.-	---	2%(1)
298.-	---	4%(2)
299.-	2%(1)	---
301.-	---	2%(1)
302.-	---	4%(2)
303.-	---	2%(1)
307.-	2%(1)	2%(1)
308.-	---	4%(2)
310.-	---	2%(1)
311.-	---	2%(1)
312.-	2%(1)	---
313.-	2%(1)	---
319.-	2%(1)	---
321.-	2%(1)	---
323.-	2%(1)	---
325.-	2%(1)	4%(2)
326.-	2%(1)	2%(1)
327.-	4%(2)	---
329.-	4%(2)	2%(1)
330.-	2%(1)	---
332.-	---	2%(1)
336.-	2%(1)	---
338.-	2%(1)	---
339.-	2%(1)	2%(1)
341.-	2%(1)	---
343.-	2%(1)	---
346.-	---	2%(1)
347.-	2%(1)	2%(1)
351.-	---	2%(1)

TOTAL F+H

ANTES

DESPUES

352.-	2%(1)	2%(1)
353.-	----	6%(3)
354.-	----	2%(1)
355.-	2%(1)	2%(1)
356.-	----	2%(1)
357.-	2%(1)	2%(1)
359.-	4%(1)	----
360.-	----	2%(1)
361.-	----	2%(1)
362.-	2%(1)	----
363.-	2%(1)	----
365.-	2%(1)	----
366.-	4%(2)	----
368.-	----	2%(1)
370.-	6%(3)	----
371.-	----	4%(2)
372.-	----	2%(1)
373.-	2%(1)	2%(1)
374.-	----	2%(1)
377.-	----	2%(1)
378.-	2%(1)	----
379.-	2%(1)	2%(1)
382.-	2%(1)	2%(1)
386.-	2%(1)	2%(1)
395.-	2%(1)	2%(1)
403.-	2%(1)	----
408.-	----	4%(2)
	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>

Σ ALGEBRAICA F-N, observando este puntaje se notó que posee signos menos (-), lo que indica precisamente las partes de un Rango de -48 a -1 que son los negativos y de 1 a 70 los positivos, formando una media total antes de 9.7 y después de su Rehabilitación de -18 a -5 que son los negativos, marcando los positivos de 2 a 75, teniendo una \bar{X} = 13.3. (ver tabla 16)

T A B L A 1 6

Σ ALG. P-N	ANTES	DESPUES	Σ ALG. P-N	ANTES	DESPUES
-48.-	2%(1)	----	25.-	2%(1)	----
-51.-	2%(1)	----	26.-	2%(1)	----
-27.-	2%(1)	----	27.-	2%(1)	----
-25.-	4%(2)	----	29.-	2%(1)	----
-19.-	2%(1)	----	30.-	2%(1)	----
-18.-	----	-2%(1)	35.-	2%(1)	----
-17.-	2%(1)	-2%(1)	36.-	2%(1)	8%(4)
-15.-	----	-4%(2)	37.-	4%(2)	----
-13.-	----	-4%(2)	38.-	----	2%(1)
-12.-	2%(1)	-2%(1)	39.-	----	2%(1)
-11.-	2%(1)	-2%(1)	40.-	----	2%(1)
-10.-	----	-2%(1)	42.-	----	2%(1)
-9.-	----	-2%(1)	55.-	2%(1)	2%(1)
-8.-	4%(2)	----	59.-	----	2%(1)
-7.-	2%(1)	----	64.-	2%(1)	----
-5.-	2%(1)	-2%(1)	70.-	2%(1)	----
-4.-	4%(2)	----	75.-	----	2%(1)
-3.-	2%(1)	----	0.-	4%(2)	----
-2.-	2%(1)	----			
1.-	2%(1)	----			
2.-	----	4%(2)		100 %	100 %
3.-	----	6%(3)			
4.-	2%(1)	2%(1)			
5.-	4%(2)	2%(1)			
6.-	4%(2)	----			
8.-	2%(1)	2%(1)			
10.-	----	4%(2)			
11.-	----	4%(2)			
12.-	2%(1)	----			
13.-	2%(1)	----			
16.-	2%(1)	----			
17.-	8%(4)	2%(1)			
18.-	----	2%(1)			
19.-	4%(2)	4%(2)			
20.-	----	4%(2)			
21.-	----	2%(1)			
23.-	6%(3)	4%(2)			
24.-	----	2%(1)			

Σ NO ALGEBRAICA DE P-N, donde se puede ver que los rangos de frecuencia antes y después, lo mismo que en la media, no existe mucha diferencia; antes el rango es de 23 a 78, con una \bar{X} = 43.7, después es de 17 a 85, teniendo una \bar{X} = 44.9. (ver Tabla 17)

T A B L A 1 7

Σ NO ALG. DE P-N	ANTES	DESPUES	Σ NO ALG. DE P-N	ANTES	DESPUES
17.-	---	2%(1)	64.-	2%(1)	---
19.-	---	2%(1)	68.-	---	2%(1)
21.-	---	2%(1)	73.-	---	2%(1)
23.-	4%(2)	---	78.-	2%(1)	---
27.-	---	4%(2)	79.-	---	2%(1)
28.-	---	6%(3)	85.-	---	2%(1)
30.-	4%(2)	---			
31.-	6%(3)	2%(1)			
32.-	2%(1)	4%(2)			
33.-	6%(3)	2%(1)		100 %	100 %
34.-	2%(1)	---			
35.-	6%(3)	2%(1)			
36.-	6%(3)	---			
37.-	2%(1)	---			
38.-	6%(3)	2%(1)			
39.-	---	6%(3)			
40.-	4%(2)	2%(1)			
41.-	4%(2)	---			
42.-	---	2%(1)			
43.-	6%(3)	10%(5)			
44.-	---	2%(1)			
45.-	4%(2)	4%(2)			
46.-	---	2%(1)			
47.-	2%(1)	4%(2)			
48.-	---	2%(1)			
49.-	2%(1)	4%(2)			
50.-	2%(1)	6%(3)			
51.-	---	4%(2)			
52.-	2%(1)	2%(1)			
53.-	2%(1)	---			
54.-	4%(2)	4%(2)			
55.-	2%(1)	---			
57.-	4%(2)	---			
58.-	---	4%(2)			
59.-	6%(3)	---			
61.-	4%(2)	---			
62.-	---	2%(1)			
63.-	2%(1)	---			

RANGO TOTAL DE HILERAS, bajo este puntaje se puede decir que es la suma de las variaciones a través de las diferentes hileras, observándose un Rango de frecuencia antes de 10 a 37, teniendo una \bar{X} = 22.4. mientras que después se observa un Rango de 10 a 38, con una \bar{X} = 21.0. (ver tabla 18)

T A B L A 1 8

R. T. DE H.	ANTES	DESPUES
10.-	2%(1)	2%(1)
13.-	---	2%(1)
14.-	2%(1)	8%(4)
15.-	2%(1)	6%(3)
16.-	4%(2)	2%(1)
17.-	12%(6)	4%(2)
18.-	2%(1)	2%(1)
19.-	10%(5)	10%(5)
20.-	8%(4)	6%(3)
21.-	8%(4)	2%(1)
22.-	6%(3)	6%(3)
23.-	2%(1)	2%(1)
24.-	2%(1)	10%(5)
25.-	6%(3)	8%(4)
26.-	10%(5)	2%(1)
27.-	8%(4)	2%(1)
28.-	6%(3)	---
29.-	4%(2)	---
30.-	---	2%(1)
32.-	2%(1)	2%(1)
33.-	2%(1)	---
35.-	---	2%(1)
37.-	2%(1)	---
38.-	---	2%(1)
	100 %	100 %

TOTAL DE COLUMNAS, en este puntaje donde se mide y se resumen las valoraciones dentro de cada columna, mencionadas y descritas anteriormente. En la descripción abajo se puede observar el Rango de frecuencias con sus medias antes y después de la Rehabilitación. Antes el Rango fué de 14 a 50, con una \bar{X} = 31.4, y el Rango después fué de 10 a 52, teniendo como \bar{X} = 30.4. (ver tabla 1^a)

T A B L A 1 9

TOTAL DE COLUMNAS	ANTES	DESPUES
10.-	---	2%(1)
14.-	2%(1)	2%(1)
18.-	---	4%(2)
19.-	4%(2)	4%(2)
21.-	---	6%(3)
22.-	2%(1)	4%(2)
23.-	4%(2)	---
24.-	4%(2)	2%(1)
25.-	6%(3)	2%(1)
26.-	6%(3)	6%(3)
27.-	2%(1)	2%(1)
28.-	8%(4)	4%(2)
29.-	6%(3)	6%(3)
30.-	6%(3)	4%(2)
31.-	4%(2)	8%(4)
32.-	4%(2)	4%(2)
33.-	10%(5)	2%(1)
34.-	4%(2)	4%(2)
35.-	2%(1)	6%(3)
36.-	---	2%(1)
37.-	4%(2)	4%(2)
38.-	2%(1)	4%(2)
39.-	6%(3)	---
40.-	2%(1)	2%(1)
41.-	2%(1)	---
42.-	2%(1)	4%(2)
43.-	---	2%(1)
44.-	2%(1)	---
46.-	---	2%(1)
48.-	2%(1)	---
49.-	2%(1)	2%(1)
50.-	2%(1)	---
52.-	---	2%(1)
	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>

TOTAL DE HILERAS Y COLUMNAS, en este puntaje que es la suma de las hileras y las columnas, representa el monto total de variabilidad para todo el registro. Los puntajes altos indican que el Autoconcepto de las personas entrevistadas varía de una área a otra, reflejando poca unidad e integración. Las personas con altos puntajes tienden a encasillar ciertas áreas de su Autoimagen y a visualizarlas como muy separadas del resto del YO. Las personas bien integradas generalmente obtienen una puntuación por debajo de la media, pero por encima de el primer percentil. Las personas que participaron en la aplicación de esta Escala de Autoconcepto de Tennessee, tuvieron una media antes de su Rehabilitación de 53.9, mientras que después de su Rehabilitación fue de \bar{X} = 51.6. (Ver tabla 20)

T A B L A 2 0

T DE H. Y C.	T DE		H. Y C.	T DE	
	ANTES	DESPUES		ANTES	DES
24.-	---	4%(2)	65.-	2%(1)	4%(2)
31.-	2%(1)	---	66.-	4%(2)	---
32.-	---	2%(1)	67.-	2%(1)	4%(2)
33.-	2%(1)	---	68.-	2%(1)	---
34.-	---	2%(1)	69.-	---	2%(1)
35.-	---	2%(1)	71.-	4%(2)	---
37.-	---	2%(1)	72.-	2%(1)	---
38.-	4%(2)	2%(1)	74.-	---	2%(1)
39.-	2%(1)	---	77.-	---	2%(1)
40.-	2%(1)	4%(2)	78.-	2%(1)	---
42.-	4%(2)	2%(1)	81.-	---	2%(1)
44.-	4%(2)	6%(3)	85.-	2%(1)	---
45.-	8%(4)	---			
46.-	---	4%(2)			
47.-	---	4%(2)			
48.-	4%(2)	4%(2)			
49.-	6%(3)	8%(4)			
50.-	6%(3)	4%(2)			
51.-	4%(2)	4%(2)			
52.-	4%(2)	2%(1)			
53.-	2%(1)	2%(1)			
54.-	---	8%(4)			
55.-	2%(1)	2%(1)			
56.-	4%(2)	2%(1)			
57.-	6%(3)	---			
58.-	---	2%(1)			
59.-	2%(1)	2%(1)			
60.-	6%(3)	6%(3)			
61.-	4%(2)	2%(1)			
63.-	2%(1)	---			
64.-	---	2%(1)			

DISTRIBUCION, este puntaje representa la suma que la persona obtiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las cinco opciones que se le presentan para contestar a los items de la escala. Se puede interpretar también como una medida adicional de la Autopercepción, la certeza o seguridad sobre la manera en que uno se ve a si mismo.

Un puntaje alto indica que la persona está muy definida y segura en lo que dice sobre si mismo, mientras que un puntaje bajo significa todo lo contrario. Para esto veremos las medias que se obtuvieron antes y después de su Rehabilitación. Antes una \bar{X} = 125.2 y después de 126.4. (ver tabla 21)

T A B L A 2 1

DISTRIBUCION	ANTES	DESPUES
61.-	---	2%(1)
71.-	2%(1)	---
73.-	2%(1)	2%(1)
76.-	---	2%(1)
78.-	2%(1)	---
82.-	---	2%(1)
83.-	2%(1)	4%(2)
86.-	---	2%(1)
89.-	2%(1)	---
91.-	2%(1)	2%(1)
92.-	---	2%(1)
94.-	2%(1)	---
95.-	2%(1)	---
97.-	2%(1)	4%(2)
98.-	---	4%(2)
99.-	2%(1)	---
103.-	---	2%(1)
104.-	2%(1)	---
106.-	2%(1)	2%(1)
108.-	2%(1)	2%(1)
109.-	2%(1)	---
111.-	4%(2)	---
112.-	2%(1)	---
114.-	4%(2)	---
115.-	2%(1)	---
116.-	---	2%(1)
117.-	2%(1)	2%(1)
118.-	---	2%(1)
119.-	---	2%(1)
120.-	2%(1)	2%(1)
121.-	2%(1)	2%(1)
122.-	2%(1)	---

DISTRIBUCION

ANTES

DESPUES

123.-	2%(1)	----
125.-	4%(2)	----
127.-	2%(1)	----
128.-	2%(1)	4%(2)
130.-	2%(1)	2%(1)
131.-	----	2%(1)
132.-	2%(1)	2%(1)
133.-	4%(2)	----
134.-	2%(1)	----
137.-	----	2%(1)
138.-	4%(2)	2%(1)
141.-	2%(1)	2%(1)
142.-	----	2%(1)
144.-	----	2%(1)
145.-	----	4%(2)
146.-	2%(1)	----
147.-	----	2%(1)
148.-	2%(1)	----
149.-	2%(1)	4%(2)
150.-	----	4%(2)
151.-	2%(1)	----
153.-	2%(1)	2%(1)
155.-	----	4%(2)
156.-	----	4%(2)
159.-	----	2%(1)
160.-	2%(1)	----
164.-	2%(1)	2%(1)
165.-	2%(1)	----
166.-	4%(2)	2%(1)
168.-	2%(1)	----
171.-	----	2%(1)
173.-	----	2%(1)
181.-	2%(1)	----
182.-	----	2%(1)
183.-	2%(1)	----
	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>

El Segundo Programa aplicado fue el de la prueba "T", siendo esta la que nos proporcionó diferencias significativas en cada una de las áreas de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, tanto por Hileras como por Columnas en la aplicación antes y después de la Rehabilitación de los trabajadores incapacitados físicamente.

Los datos que se obtuvieron fueron los siguientes:

En la Columna que mide la Autoestima antes y después de la Rehabilitación Profesional del trabajador incapacitado. Se pudieron observar los siguientes puntajes:

Una \bar{X} = 33.0, después fue de 32.1, indicando así, que la Autoestima bajo, no tan notable pero si un punto, encontrándose en el límite normal, lo que quiere decir que los pacientes fueron lo más sincero posible, sin mostrar mucha defensa.

En los puntajes $t = 0.56$, de $p = 0.58$, demostrando que no puede ser significativa por rebasar los límites permitidos.

Para el área del Yo Físico, se observó una $t = -2.57$, con una $p = 0.01$, lo que indica que si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la Readaptación Profesional del incapacitado.

En esta área se puede observar que la $\bar{X} = 66.4$, indicando que el área del Yo Físico se incrementó después de la Rehabilitación.

Para el Yo Ético-Moral, observamos una $\bar{X} = 68.3$ antes y después de $\bar{X} = 69.2$, notándose también una $t = -0.41$ y una $p = 0.68$ indicando así que no existen estadísticas significativas, aunque se nota que la media después de la Rehabilitación se incrementa, así pues sus aspectos morales y religiosos son buenos.

En la Columna que ocupa el Yo Personal, en la Escala de Autoconcepto de Tennessee, se pudo observar una media antes de $\bar{X} = 69.9$, después de 69.9 , notándose así que no hay incremento en los puntajes de $t = 0.36$, teniendo una $p = 0.72$, siendo mayor, indicando por lo tanto que no existen diferencias.

En esta otra Columna que mide el Yo Familiar, destacan los siguientes puntajes: antes de la Rehabilitación existe una $\bar{X} = 67.0$, después de $\bar{X} = 67.5$, casi permaneció igual.

Para los puntajes de $t = 0.29$, y una $p = 0.76$, así pues no se encuentran diferencias estadísticamente significativas.

Para la Columna del Yo Social, se encontraron los siguientes puntajes antes y después de la Rehabilitación Profesional del incapacitado:

Una \bar{X} = 65.9, después fue de \bar{X} = 65.1, lo que se nota que permanece igual; los puntajes de t = 0.47, con una p = 0.63, siendo un número mayor del permitido para aceptarse.

Ahora para hablar de Hileras se puede decir que se obtuvieron los siguientes datos :

Una \bar{X} = 118.0 antes y después \bar{X} = 121.0, notándose un incremento mientras que el puntaje en la prueba t = 1.46, con una p = 0.15, dejando de ser significativa para aceptar H_0 .

La segunda Hilera demostró unos puntajes como:

Antes una \bar{X} = 103.8, después de \bar{X} = 105.0, lograndose un ligero incremento; pero la prueba de t = 0.44, y una p = 0.66, dejando así de ser significativa para aceptar H_0 .

Para la tercera Hilera se describen los siguientes puntajes, antes y después de la Rehabilitación Profesional del trabajador incapacitado, una \bar{X} = 112.6, después de \bar{X} = 111.6 notándose un decremento. Para la prueba t = 0.33, una p = 0.74, como es mayor se rechaza.

Para los puntajes de F+N total, se hicieron notar los siguientes datos antes y después de la Readaptación Profesional de los trabajadores incapacitados.

Una \bar{X} = 334.5, después una \bar{X} = 337.7, teniendo una t = -0.31 y una p = 0.61, demostrando que no es significativa y por lo tanto, se rechaza H_1 .

En los resultados de la sumatoria algebraica de F-N se observaron los siguientes datos antes y después de la Rehabilitación de los trabajadores incapacitados: teniendo una \bar{X} = 7.7, después de \bar{X} = 13.7, con una t = -0.85 y una p = 0.39, esto nos demuestra que la H_1 se rechaza y que la H_0 se acepta. Que nos describe que no existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto de los trabajadores incapacitados ya sea antes o después de su Rehabilitación.

En los resultados de la sumatoria no algebraica de F-N, observamos los siguientes datos:

Una media antes de \bar{X} = 43.7, después de \bar{X} = 44.9, teniendo como t = 0.53 y una p = 0.60, siendo la misma operación que la anterior.

Para el total de las Hileras se encontró con una media antes de \bar{X} = 22.4, después de \bar{X} = 21.0, con un puntaje t = 1.33 siguiendo el valor de p = 0.18, demostrando así que la H_1 se rechaza.

Para el total de las Columnas se observó antes una \bar{X} = 31.4, después de \bar{X} = 20.4, teniendo como puntaje t = 0.68 y una p = 0.49, indicando así que no es significativa, por lo tanto se rechaza H_1 y se acepta H_0 .

En los datos totales de Hileras y Columnas, se pudieron obtener los siguientes datos: una \bar{X} = 55.8, después de \bar{X} = 51.5 notándose un descenso. Pero en la prueba t se observó un puntaje de t = 1.10, siendo un puntaje alto, mientras que en p = 0.27 indicando que no hay diferencia significativa.

Los últimos datos que se obtuvieron fueron los referentes a la Distribución de las respuestas, donde se notó una \bar{X} = 125.2 después fue de \bar{X} = 126.4, mientras que en los puntajes t = -0.20 y una p = 0.84, siendo aun así alto puntaje por lo que se rechaza la H_1 y se acepta la H_0 .

Esto indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en el Autoconcepto de los trabajadores incapacitados antes y después de su Readaptación Profesional. (ver tabla 22)

T A B L A 2 2

AREAS	X'S	T	9
YO FISICO	A 62.8	-2.53	0.01 *
	D 66.4		
YO MORAL	A 68.7	-0.41	0.68
	D 67.2		
YO PERSONAL	A 69.9	0.36	0.72
	D 69.2		
YO FAMILIAR	A 67.0	-0.29	0.76
	D 67.5		
YO SOCIAL	A 65.9	0.47	0.63
	D 65.1		
AUTOESTIMA	A 33.0	0.56	0.58
	D 32.1		
H 1	A 118.0	-1.46	0.15
	D 121.0		
H 2	A 103.8	-0.44	0.66
	D 105.0		
H 3	A 112.6	0.33	0.74
	D 111.6		
TOTAL P+N	A 334.5	-0.51	0.61
	A 337.7		
Σ ALG.DE P-N	A 9.7	-0.85	0.39
	D 13.7		
Σ NO ALG.P-N	A 43.7	-0.53	0.60
	D 44.9		
TOTAL H	A 22.4	1.33	0.18
	D 21.0		
TOTAL C	A 31.4	0.68	0.49
	D 30.4		
TOTAL H Y C	A 53.8	1.10	0.27
	D 51.5		
D	A 125.2	-0.20	0.94
	D 126.4		

* ≤ .01

C O N C L U S I O N E S

El razonamiento estadístico que proporcionó los datos anotados con anterioridad, indica que en los resultados existe poca diferencia estadísticamente significativa antes y después de la Rehabilitación Profesional de los Trabajadores Incapacitados.

Observemos la forma en que el paciente contestó las preguntas del test que fue la base fundamental, encontrándose en la variable de escolaridad un puntaje de $f = 3.03$ y una $p = 0.01$; observándose una interacción con la variable ocupación.

En el Análisis de Varianza, se encontró que las variables de Distribución y Edad, tuvieron una $f = 3.81$ y una $p = 0.05$, encontrándose también estadísticamente significativa.

En el segundo programa aplicado, donde se buscó obtener el autoconcepto de los Trabajadores Incapacitados, se arrojaron siguientes datos:

En la Columna que mide la Autoestima antes y después de la Rehabilitación fue una $\bar{X} = 33.0$ y después de 32.1 , indicando que la auto estima bajo, pero aún así se encuentra dentro del límite normal como se observa en las gráficas del anexo. Esto quiere decir que los pacientes mostraron la mayor sinceridad posible y pocas defensas en sus respuestas.

Los puntajes $t = 0.56$ y $p = 0.58$, demuestran que nos pueden ser significativos por rebasar los límites permitidos; por lo tanto, se rechaza nuestra hipótesis alterna, donde indica que si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la Rehabilitación Profesional de los Trabajadores Incapacitados; aceptando entonces la hipótesis nula.

Posiblemente los resultados no fueron completamente satisfactorios como se esperaba, porque los pacientes fueron de diferente población, pero para que esto suceda puede realizarse con la misma población, obteniendo buenos resultados.

Muchas de las veces los accidentes que sufren las personas son por distracción, juego, cansancio, etc. Sin embargo, su padecimiento muchas veces tiene solución cuando el paciente coopera, porque en la mayoría de las veces el accidente desencadena una serie de frustraciones y reacciones agresivas, acabando con la persona, encerrándolo en la soledad y en la depresión.

Cuando el paciente tiene deseos de seguir viviendo, cuando es padre de familia, cuando tiene otra responsabilidad que cumplir, es cuando se esfuerza más por salir adelante participando con el Programa de Rehabilitación que imparte el Instituto Mexicano del Seguro Social, en coordinación con otros hospitales en el Distrito Federal y Área Conurbada, para brindarle apoyo readaptatorio no sólo físico sino psicológico.

Al entrar a rehabilitarse, el paciente tiene un autoconcepto muy por debajo de lo normal, sintiéndose una persona inútil que ya no puede hacer nada, que ya no será el mismo; lo que no sabe es que con la rehabilitación física y con la psicológica ese autoconcepto perdido se debería recuperar; lo mismo que la autovaloración, tal vez no sea el mismo pero desarrollará otras actividades que no realizaba, agudizando así los sentidos que casi no utiliza.

Cuando el paciente ha superado su estado de depresión y su autoconcepto llega a establecerse, llega el momento de volverlo a su empleo encargándose de eso el Gestor Ocupacional que se encuentra dentro de la misma Unidad.

El Gestor Ocupacional es otro especialista que se encarga de colocar al incapacitado a su puesto de trabajo anterior, si no se puede regresar al mismo lugar, se busca uno adecuado a sus posibilidades psicomotoras dentro o fuera de la misma empresa. Llega a suceder también que el mismo paciente prefiere mejor ya no trabajar y con lo que le proporciona la empresa y el Seguro Social, vivirá bien dedicándose muchas de las veces a comerciante.

No todo resulta favorable para los incapacitados, han tenido sus problemas en la colocación. ¿Qué tipo de problemas?, son varios pero se mencionan algunos como: la reacción de los mismos compañeros de trabajo que ya no lo aceptan por ser incapacitado, así mismo por el empleador porque ya no le rendirá lo mismo.

El propio Sindicato es otro de los problemas de que se habla y enfrenta el incapacitado viéndose imposibilitado para hacer algo al respecto.

Existen Organismos como la Ley Federal del Trabajo, la Recomendación Núm. 99 de la Organización Internacional del Trabajo que es un organismo a nivel mundial y el Código Sanitario que lo protege si recurren a ellos.

Para terminar solamente dos cosas :

- 1.- Apoyemos más a los incapacitados, no rechazándolos, díganles como puede salir adelante, demóstrele la oportunidad que busca. Ellos han demostrado que con una buena rehabilitación pueden lograrlo, así lo demostraron en los Juegos Olímpicos de Seúl en Corea, donde obtuvieron más medallas que los competidores sanos.
- 2.- Si el Gobierno formula Reglamentos para la construcción de edificios, centros comerciales, restaurantes, banquetas y transporte, realizarlos con facilidades para este tipo de personas, como los baños, los elevadores, etc., tienen derecho también a hacer uso plenamente de ello.

SUGERENCIAS

Durante la Rehabilitación del Trabajador incapacitado se pueden construir herramientas o juegos que interesen a la persona que ha sufrido algún problema de incapacidad y así no sienta aburrida su terapia, puede motivarse tanto al paciente que después él mismo se enajena con su terapia y los tiempos para ellos se le harán muy cortos; logrando así que su autoconcepto se recupere con mayor facilidad.

Lo que se puede aportar a la Psicología del Trabajo y a las Instituciones que prestan servicios de rehabilitación, es que si cuando se le proporciona su Carnet de Citas para el inicio de sus Terapias, se presentaran tres personas que ya estén por concluir su rehabilitación, platicaran con ellos en un sentido de bienvenida y les comentarán como se sentían antes de rehabilitarse y como se sientan ahora, tendrán otro concepto de la rehabilitación serán más accesibles y se elevará más rápido su autoconcepto. Puede suceder también que durante sus terapias se les pase alguna proyección, fotografías de las personas que estuvieron ahí pero que gracias a su cooperación forman parte de la sociedad nuevamente.

Para las empresas, que pueden proporcionarles empleo estando ellos en sus casas porque no pueden desplazarse a su fuente de trabajo por las incomodidades que se les presentan en el transporte o durante el trayecto. Este es un sistema de trabajo realizado muy frecuentemente por personas que no presentan ninguna incapacidad, pero que por naturaleza de su labor es más conveniente para las industrias que así sea realizado, porque les permite utilizar gran número de trabajadores sin tener que disponer de su propia planta y espacio requerido.

Para el Gobierno de la República que si construye nuevos lugares públicos, lo hagan con acceso a estas personas para que puedan desplazarse y divertirse satisfactoriamente.

Para los incapacitados que con su cooperación con el programa de rehabilitación podrán recuperar su autoestima y vivir tranquilos, gozando de la comodidad y bienestar de su hogar, de convivir con la familia nuevamente y en armonía, con los compañeros de trabajo y con la misma sociedad.

Se sugiere también que si estos resultados no resultaron como se esperaba, la misma institución puede desarrollar una investigación con mayor detenimiento y controlando más variables, como tiempo y población entre otras.

A N E X O S

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

NOMBRE: _____ EDAD _____ SEXO _____

GRADO MAXIMO DE ESTUDIOS: _____

FECHA DE APLICACION: _____ HORA INICIAL _____

HORA DE TERMINACION: _____ TIEMPO TOTAL _____

INSTRUCCIONES

En las hojas siguientes encontraras una serie de afirmaciones en las cuales te describes a ti mismo, tal como t*u* lo ves. Contesta como si t*u* te estuvieras describiendo a ti mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACION. Lee cada afirmacion cuidadosamente y despues elige una de las cinco respuestas. En la hoja de respuestas, ENCIERRA EN UN CIRCULO el numero de la respuesta que escogiste, cuidando no equivocarse en el numero de la respuesta, ya que el numero de las preguntas no va en forma progresiva; si deseas cambiar la respuesta despues de haber hecho un circulo, no borrar, escribe una "X" sobre la respuesta marcada y despues marca el circulo en la respuesta que deseas. Escribe solamente en la hoja de respuestas. No rayes las hojas de afirmaciones o preguntas.

SIGNIFICADO DE LAS CINCO OPCIONES:

- | | | | |
|---|-------------------------------|---|-----------------------|
| 1 | COMPLETAMENTE FALSO | 2 | CASI TOTALMENTE FALSO |
| 3 | PARTE FALSO Y PARTE VERDADERO | | |
| 4 | CASI TOTALMENTE VERDADERO | 5 | TOTALMENTE VERDADERO |

- 1.- SOYO DE BUENA SALUD
- 2.- SOY UNA PERSONA ATRACTIVA
- 5.- ME CONSIDERO UNA PERSONA MUY DESARREGLADA
- 19.- SOY UNA PERSONA DECENTE
- 21.- SOY UNA PERSONA HONRADA
- 23.- SOY UNA PERSONA MALA
- 37.- SOY UNA PERSONA ALEGRE
- 39.- SOY UNA PERSONA CALMADA Y TRANQUILA
- 41.- SOY "UN DON NADIE"
- 55.- MI FAMILIA SIEMPRE ME AYUDARIA EN CUALQUIER PROBLEMA
- 57.- PERTENEZCO A UNA FAMILIA FELIZ
- 59.- MIS AMIGOS NO CONFIAN EN MI
- 73.- SOY UNA PERSONA AMIGABLE
- 75.- SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO MASCULINO
- 77.- LO QUE HACEN OTRAS GENTES NO ME INTERESA
- 91.- ALGUNAS VECES DIGO FALSEDADES
- 93.- EN OCASIONES ME ENOJO
- 2.- ME AGRADA SIEMPRE ESTAR ARREGLADO Y PULCRO
- 4.- ESTOY LLENO DE ACHAQUES
- 6.- SOY UNA PERSONA ENFERMA
- 20.- SOY UNA PERSONA MUY RELIGIOSA
- 22.- SOY UN FRACASO EN MI CONDUCTA MORAL
- 24.- SOY UNA PERSONA MORALMENTE DEBIL
- 38.- TENGO MUCHO DOMINIO SOBRE SI MISMO
- 40.- SOY UNA PERSONA DETESTABLE
- 42.- ME ESTOY VOLVIENDO LOCO
- 56.- SOY IMPORTANTE PARA MIS AMIGOS Y PARA MI FAMILIA

- 50.- MI FAMILIA NO ME QUIERE
- 60.- SIENTO QUE MIS FAMILIARES ME TIENEN DESCONFIANZA
- 74.- SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO FEMENINO
- 76.- ESTOY DISGUSTADO CON TODO MUNDO
- 78.- ES DIFICIL ENTABLAR AMISTAD CONMIGO
- 92.- DE VEZ EN CUANDO PIENSO EN COSAS TAN MALAS QUE NO PUEDEN MENCIONARSE
- 94.- ALGUNAS VECES, CUANDO NO ME SIENTO BIEN, ESTOY DE MAL HUMOR
- 7.- NO SOY NI MUY GORDO NI MUY FLACO
- 9.- ME AGRADA MI APARIENCIA FISICA
- 11.- HAY PARTES DE MI CUERPO QUE NO ME AGRADAN
- 25.- ESTOY SATISFECHO CON MI CONDUCTA MORAL
- 27.- ESTOY SATISFECHO DE MIS RELACIONES CON DIOS
- 29.- DEBERIA DE ASISTIR MAS A MENUDO A LA IGLESIA
- 43.- ESTOY SATISFECHO DE LO QUE SOY
- 45.- MI COMPORTAMIENTO HACIA OTRAS PERSONAS ES PRECISAMENTE COMO DEBERIA DE SER
- 47.- ME DESPRECIO A MI MISMO
- 61.- ESTOY SATISFECHO CON MIS RELACIONES FAMILIARES
- 63.- MUESTRO TANTA COMPRESION A MIS FAMILIARES COMO DEBIERA
- 65.- DEBERIA DEPOSITAR MAYOR CONFIANZA EN MI FAMILIA
- 79.- SOY TAN SOCIABLE COMO QUIERO SER
- 81.- TRATO DE AGRADAR A LOS DEMAS PERO NO ME EXCEDO
- 83.- SOY UN FRACASO EN MIS RELACIONES SOCIALES
- 95.- ALGUNAS DE LAS PERSONAS QUE CONOZCO ME CAEN MAL
- 97.- DE VEZ EN CUANDO ME DAN RISA LOS CHISTES COLORADOS
- 8.- NO SOY MUY ALTO NI MUY BAJO
- 10.- NO ME SIENTO TAN BIEN COMO DEBIERA

- 12.- DEBERIA DE SER MAS ATRACTIVO PARA CON PERSONAS DEL SEXO OPUESTO
- 26.- ESTOY SATISFECHO CON MI VIDA RELIOSA
- 28.- QUISTERA SER MAS DIGNO DE CONFIANZA
- 30.- DEBERIA MENTIR MENOS
- 44.- ESTOY SATISFECHO CON MI INTELIGENCIA
- 46.- ME GUSTARIA SER UNA PERSONA DISTINTA
- 48.- QUISIEGA NO DARME POR VENCIDO TAN FACILMENTE
- 62.- TRATO A MIS PADRES TAN BIEN COMO DEBIERA
- 64.- ME AFECTA MUCHO LO QUE DICE MI FAMILIA
- 66.- DEBERIA AMAR MAS A MIS FAMILIARES
- 80.- ESTOY SATISFECHO CON MI MANERA DE TRATAR A LA GENTE
- 82.- DEBERIA DE SER MAS CORTES CON LOS DEMAS
- 84.- DEBERIA LLEVARME MEJOR CON OTRAS PERSONAS
- 96.-ALGUNAS VECES ME GUSTA EL CHISME
- 98.- ALGUNAS VECES ME DAN GANAS DE DECIR MALAS PALABRAS
- 13.- ME CUIDO BIEN FISICAMENTE
- 15.- TRATO DE SER CUIDADOSO CON MI AFARIENCIA
- 17.- CON FRECUENCIA SOY MUY TORPE
- 31.- MI RELIGION ES PARTE DE MI VIDA DIARIA
- 33.- TRATO DE CAMBIAR CUANDO SE QUE ESTOY HACIENDO ALGO QUE NO DEBO
- 35.- EN ALGUNAS OCASIONES HAGO COSAS MUY MALAS
- 49.- PUEDO CUIDARME SIEMPRE EN CUALQUIER SITUACION
- 51.- ACEPTO MIS FALTAS SIN ENOJARME
- 53.- HAGO COSAS SIN HABERLAS PENSADO BIEN
- 67.- TRATO DE SEP JUSTO CON MIS AMIGOS Y FAMILIARES.
- 69.- ME INTERESO SINCERAMENTE POR MI FAMILIA

- 71.- SIEMPRE CEDO A LAS EXIGENCIAS DE MIS PADRES
- 85.- TRATO DE COMPRENDER EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEMAS
- 87.- ME LLEVO BIEN CON LOS DEMAS
- 89.- ME ES DIFICIL PERDONAR
- 99.- PREFIERO GANAR EN LOS JUEGOS
- 14.- ME SIENTO BIEN LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
- 16.- SOY MALO PARA EL DEPORTE Y LOS JUEGOS
- 18.- DUERMO MAL
- 32.- LA MAYORIA DE LAS VECES HAGO LO QUE ES DEBIDO
- 34.- A VECES ME VALGO DE MEDIOS INJUSTOS PARA SALIR ADELANTE
- 36.- ME ES DIFICIL COMPORTARME EN FORMA CORRECTA
- 50.- RESUELVO MIS PROBLEMAS CON FACILIDAD
- 52.- CON FRECUENCIA CAMBIO DE OPINION
- 54.- TRATO DE NO ENFRENTAR MIS PROBLEMAS
- 68.- HAGO EL TRABAJO QUE ME CORRESPONDE EN CASA
- 70.- RIMO CON MIS FAMILIARES
- 72.- NO ME COMPORTO EN LA FORMA QUE DESEA MI FAMILIA
- 86.- ENCUENTRO BUENAS CUALIDADES EN TODA LA GENTE QUE CONOZCO
- 88.- ME SIENTO INCOMODO CUANDO ESTOY CON OTRAS PERSONAS
- 90.- ME CUESTA TRABAJO ENTABLAR CONVERSACION CON EXTRAÑOS
- 100.- EN OCASIONES DEJO PARA MAÑANA LO QUE DEBERIA HACER HOY

TENNESSEE SELF CONCEPT SCALE

ANSWER SHEET

ITEM NO	PAGES 5 AND 6	ITEM NO	PAGES 3 AND 4	ITEM NO	PAGES 1 AND 2
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
67	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
68	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
69	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		97	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5
		98	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5

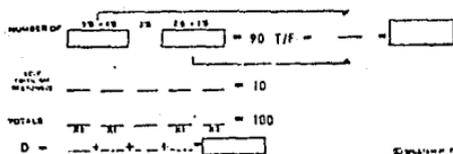
SCORE SHEET

Circle 100 Answer Form
Temple - 157 Concept Scale

HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF

DETAILS OF:	COLUMN A PHYSICAL SELF	COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF	COLUMN C PERSONAL SELF	COLUMN D FAMILY SELF	COLUMN E SOCIAL SELF	SELF CRITICISM	ROW TOTALS
ROW 1.	P-1 P-2 P-3 N-4 N-5 N-6 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-10P-20P-31 N-22N-22N-2 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-37P-38P-39 N-40N-40N-4 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-68P-69P-70 N-58N-58N-60 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-73P-74P-75 N-76N-77N-77 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	61 62 63 64 5 5 5 5 4 4 4 4 3 3 3 3 2 2 2 2 1 1 1 1	
IDENTITY	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N		
WHAT HE IS							
ROW 2.	P-7 P-8 P-9 N-10N-11N-12 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-25P-26P-27 N-28N-28N-30 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-42P-44P-45 N-46N-47N-48 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-61P-62P-63 N-64N-65N-66 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-70P-80P-81 N-82N-82N-84 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	95 96 97 98 5 5 5 5 4 4 4 4 3 3 3 3 2 2 2 2 1 1 1 1	
SELF CRITICISM	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N		
HOW HE ACCEPTS HIMSELF							
ROW 3.	P-13 P-14P-15 N-16N-17N-18 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-31P-32P-33 N-34N-35N-37 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-49P-50P-51 N-52N-52N-54 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-67P-68P-69 N-70N-71N-71 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	P-85P-86P-87 N-88N-88N-90 5 5 5 1 1 1 4 4 4 2 2 2 3 3 3 3 3 3 2 2 2 4 4 4 1 1 1 5 5 5	59 100 5 5 5 5 4 4 4 4 3 3 3 3 2 2 2 2 1 1 1 1	
HOW HE ACCEPTS HIMSELF	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N	P-N P+N P-N		
COLUMN TOTALS	TOTAL POINTS (P+N) E (Algebra) P-N N E (Algebra) P-N V (100 - (E+N) / 100)					Total Points of P + N Total Net Conflict (P - N) Total Conf Cal. Tot. V.	

DISTRIBUTION OF RESPONSES



EMPIRICAL SCALES

DP = - - - = -

GM = - - - = -

PSY = (100 +) - () = -

PD = - - - = -

N = - - - = -

PI = - - - = -

PUBLISHED BY:
"EQUILIBRIUM RESEARCH INSTITUTES"
100 E. 4th Street, N.Y.C.
REVISION 1964-1966

C I T A S B I B L I O G R A F I C A S

- (1) Ghiselli Edwin B. Von; Psicología Industrial
pág. 46 - 54.
- (2,5,6,7) opcit. Roessler Richard y Bran Bolton; Rehabilitación Física, Mental y Social.
págs. 7 - 21, 26- 45.
- (3,4) opcit. Zuñiga Rebollo y Rodriguez Regino; Tipos de Actitudes. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología. UNAM.
págs. 32 - 36.
- (8) Pérez Ortiz Rodolfo; La Rehabilitación en Medicina.
págs. 1 - 7.
- (9) Ley Federal del Trabajo; Edición de la misma Secretaría
pág. 241.
- (10 al 32) opcit. Lecturas en Materia de Seguridad Social; El IMSS. y la Rehabilitación.
págs. 127 - 138.
- (33) Principios Fundamentales de la Readaptación Profesional de los Invalidos; O.I.T.
págs. 39 - 49.
- (34 al 37) opcit. Rodriguez Estrada Mauro; Autoestima.
págs. 10 - 17, 29 - 37, 60 - 64.

B I B L I O G R A F I A

Arias Galicia Fernando 1985; Administración de Recursos Humanos, México. Trillas

Adaptación de Empleos para los Minusválidos 1976; Ginebra, Organización Internacional del Trabajo.

Aranda Aguilar Ana Victoria 1987; Autoconcepto; Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Apuntes del Instituto Mexicano del Seguro Social 1985, 1988, México.

A. Kolb David, M. Rubin Irwing, M. McIntyre James 1979; Psicología de las Organizaciones. México. F.H.H.

Bleick Von Bleicken 1960; Manual para el Adiestramiento de Personal. México. Herrero Hermanos Sucesores.

Calles López Negrete Mario, Ricardo Noriega Ruben 1981; Rehabilitación del Trabajador Incapacitado. Memorias, Año Internacional de los Invalidos. México. s.s.a.

Curso de Prácticas del Tercer Nivel 1982; Cuarto Semestre, Facultad de Psicología. UNAM.

Diario Oficial de la Federación 1989; tomo CDXXXI, Núm. 7

Echenique Ramón 1978; La Rehabilitación en el IMSE., México

Ghiselli Edwin E. y Clarence W. Brown 1959; Psicología Industrial. México. Letras.

Haller Gilmer B. Von 1976; Psicología Industrial. México. Grijalbo

Infonavit 1988; Núm. 2, Adaptación de la Vivienda para los Minusválidos y Ancianos. México. Infonavit.

J. Rhode Alejandro 1965; La Rehabilitación del Incapacitado. México. CECSA.

K. Korman Abraham 1971; Psicología de las Industrias y de las Organizaciones. Madrid. Marova.

Lecturas en Materia de Seguridad Social 1984; El IMSS y la Rehabilitación. México. IMSS.

Ley Federal del Trabajo 1986. Edición misma Secretaría.

Leyes y Legislación 1981. México. S.S.A.

- M. Bass Bernard 1972; Psicología de las Organizaciones. México. Continental.
- Martínez Salinas Graciela 1968; Algunas de las Ocupaciones que pueden Desempeñar los Inválidos del Aparato Locomotor. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Mc Cormick Tiffin 1986; Psicología Industrial. México. Diana.
- Orellana Inocencia 1979; Terapia Ocupacional. México. Diana.
- Pérez Ortiz Rodolfo 1979; La Rehabilitación en Medicina. México. M.F.H.
- Pick Susan y Lopez Ana Luisa 1986; Como Investigar en Ciencias Sociales. México. Trillas
- Prestaciones para las Fuerzas Armadas Mexicanas 1987; México. SEDENA.
- Principios Fundamentales de la Readaptación Profesional de los Inválidos 1974; Ginebra. O.I.T.
- Nie, Hull, Streinbrener y Jenkins 1980; Programa Estadístico de la UNAM. S.P.S.S.
- ¿ Qué hace el D.I.F. por los minusválidos ? 1987; México. D.I.F.
- Revista ICYT , Información de Ciencia y Tecnología de CONACYT; 1987, Vol. 9, núm. 129. México. Conacyt.
- Revista ICYT, Información de Ciencia y Tecnología de CONACYT; 1988. Vol. 10, núm. 137 México. Conacyt.
- Rodríguez Estrada Mauro 1988; Autoestima. México. Manual Moderno.
- Roessler Richard y Brian Bolton 1981; Rehabilitación Física, Mental y Social. México. Limusa.
- Schidt Camelo Emma Augusta 1968; Invalidez y Ajuste Laboral. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Tamayo Tamayo Mario 1985; El Proceso de la Investigación Científica. México. Limusa.
- Tena García David 1981; Autoconcepto en Jóvenes Infractores, Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Terán Molina Rosalina 1975; Medicina del Trabajo. México. Limusa.

Thomas Young Paul 1979; Sentimientos y Emociones. México.
Manual Moderno.

Traxel Werner 1970; La Psicología y sus Métodos. Barcelona.
Herder.

Vite San Pedro Silvia Guadalupe 1986; Autoestima en Madres
con Trabajo Doméstico y Madres con Trabajo Remunerado.
Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Zuñiga Rebollo y Rodriguez Regino 1988; Tipos de Actitudes.
Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.