

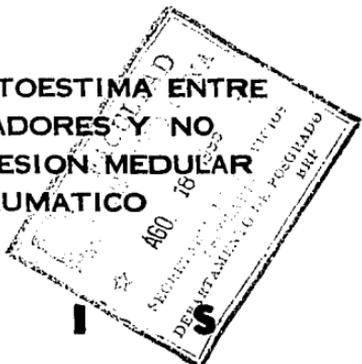


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11295
2
2ej

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE SALUD EN EL TRABAJO
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DIFERENCIAS EN EL AUTOESTIMA ENTRE
PACIENTES TRABAJADORES Y NO
TRABAJADORES CON LESION MEDULAR
DE ORIGEN TRAUMATICO



T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N :
M E D I C I N A D E L T R A B A J O
P R E S E N T A :
DRA. IRENE PIMENTEL GARCIA

ASESOR: DR. BERNARDO SALAZAR SCHETTINO



IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

MEXICO, D. F.

DIRECCION DE PRESTACIONES MEDICAS
COOPERACION DE SALUD EN EL TRABAJO
V. C. 1000 330
0375 MEXICO, D. F.
1995

Handwritten signature

FALLA 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.

El mayor tesoro de la Humanidad está constituido
por las hermosas manos de todos los trabajadores.

El camino más directo para llegar a la grandeza
es el del trabajo duro, alegre y honrado.

Más que el salario, el poder servir a los demás
es la mejor recompensa al trabajo.

Sólo aquellos que dan, en sus empleos, lo mejor de sí mismos,
merecen llamarse "trabajadores".

Aún la tarea más humilde, si se realiza con amor,
es digna de ser vista como una obra maestra.

No es la riqueza, ni la miseria lo que separa a los hombres;
es el espíritu de trabajo y superación.

Para triunfar hay que amar al trabajo, y esto sólo se logra
si también se ama al Divino Creador.

AGRADECIMIENTOS

A LOS DOCTORES:

ALBERTO AGUILAR SALINAS

Titular de la Coordinación de Salud en el Trabajo

TOMÁS RODRÍGUEZ RAMÍREZ

Titular del Curso de Especialidad

FELIPE RAMÓN RUIZ

Director de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación

Región Centro

**POR LAS FACILIDADES BRINDADAS PARA LA
ELABORACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN**

A MI ASESOR

Dr. BERNARDO SALAZAR SCETTINO

**POR SU INTERÉS Y DEDICACIÓN PARA LA
REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO.**

AL PSICÓLOGO ELOY PEÑA CAMPUZANO

**POR SU VALIOSA COLABORACIÓN EN LA
APLICACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS TEST .**

A MIS PROFESORES DE LA ESPECIALIDAD

**POR SUS CONOCIMIENTOS BRINDADOS DURANTE
MI FORMACIÓN PROFESIONAL.**

A TODOS ELLOS MI MÁS ETERNO AGRADECIMIENTO.

A MIS PADRES

SR. JOSÉ PIMENTEL BETANZOS

SRA. LUCILA GARCÍA DE PIMENTEL

POR EL APOYO QUE SIEMPRE ME HAN BRINDADO,

PORQUE SU ESTÍMULO, SACRIFICIO Y COMPRENSIÓN

HICIERON REALIDAD MI FORMACIÓN PROFESIONAL.

INDICE GENERAL

	Página
INTRODUCCIÓN	
I.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	
1.1 Consideraciones Sobre el Daño Medular	1
1.2 Necesidades Básicas y de Crecimiento	4
1.3 Autoestima en Personas Incapacitadas	8
1.4 Actitudes Hacia la Incapacidad	10
1.5 Combate contra el Perjuicio y la Discriminación	12
1.6 Proceso Restaurativo	15
II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2.1 Hipótesis	20
2.2 Objetivos	21
III.- SUJETO, MATERIAL Y MÉTODO	22
3.1 Determinación de las Variables	26
3.2 Definición Operacional de las Variables	27
3.3 Recursos	29

IV.- RESULTADOS	
4.1 De la Investigación	30
4.2 De la Escala	32
V.- FIGURAS	35
VI.- TABLAS	45
VII.- DISCUSIÓN	60
VIII.- CONCLUSIONES	63
IX.- SUGERENCIAS	65

ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Entre los factores más importantes para la satisfacción de las necesidades básicas se encuentra el trabajo.

La importancia de éste estriba en que la seguridad laboral propicia que se mantenga una 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 fé en sus propias decisiones.

Al apreciar debidamente su propio valor está dispuesta a aquilatar y respetar el valor de los demás; por ello solicitan su ayuda, irradia confianza y esperanza y se acepta totalmente a sí mismo como ser humano.

El objetivo principal de la rehabilitación es integrar al paciente con lesión medular a sus actividades de la vida diaria, a su trabajo y a la sociedad.

El especialista en Medicina del Trabajo ocupa un lugar importante en el proceso de rehabilitación de estos pacientes, por que estudia al paciente en forma integral (biológica, psicológica, social y laboralmente).

En este estudio se pretende demostrar la importancia que tiene el trabajo y su relación con la autoestima de todo ser humano, aún cuando el mismo tenga serias limitaciones físicas como se presenta en los pacientes con lesión medular.

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

I. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

1.1. CONSIDERACIONES SOBRE EL DAÑO MEDULAR

Los papiros de Edwin Smith son los primeros antecedentes sobre lesiones del cordón espinal, se estima que se escribieron de 2,500 a 3,000 a.C., deduciéndose como causa principal la traumática.

A mediados del siglo XVII se realizaron los primeros intentos para reducir Fracturas y Luxaciones, más tarde, a finales del mismo siglo, se llevaron a cabo intentos de cirugía descompresiva.

En 1846, al mejorarse las técnicas para la anestesia, la cirugía de columna se volvió más común. Es Theodor Kocher quien en 1896 hace mención de los efectos de la transección total.

A finales del siglo XIX se llevan a cabo intentos para la anastomosis.

En 1905 Cushing menciona las indicaciones y contraindicaciones del tratamiento quirúrgico.

Hay 4 tipos de afección medular:

Concusión, Contusión, Laceración y Transección.

1.- **La concusión** se define como la alteración funcional de la médula espinal que causa un síndrome medular transverso, el cuál se considera que es totalmente reversible dentro de las primeras 24 a 48 horas; ha sido aceptado que la alteración molecular de las neuronas sea la explicación del mecanismo del bloqueo funcional que ocurre.

2.- **La Contusión** se acepta como el tipo de afección más frecuente en la lesión de la médula espinal, puede ocurrir como consecuencia de un impacto, fractura y dislocación a nivel vertebral, por lo cuál produce de acuerdo a su severidad, gran variedad de afecciones orgánicas detectables en los axones, parenquima, vascularización y las meninges y que pueden ser asociadas o independientes unas de otras con síntomas severos de pérdida funcional de la médula espinal.

El daño conduce a la compresión aguda de la médula espinal dando como resultado la destrucción de los elementos nerviosos y su vascularización en el sitio localizado del impacto, produciendo también efectos de presión, expresión y estiramiento sobre varios segmentos por encima y por debajo de la lesión completa o incompleta.

3.- **La Laceración** es la solución de continuidad medular parcial en la cuál están respetados, en forma variable pero no en su totalidad, las estructuras medulares y que generalmente involucra a las meninges, traduciéndose clínicamente en una lesión medular incompleta.

4.- **La Transección** es la solución de continuidad medular completa y que puede ser originada por lesión ósea severa, en este tipo de lesión siempre existe sección total del cordón espinal y de las meninges con destrucción de todos los elementos axonales, parenquima, vascularización y la organización y citoarquitectura de sus compartimientos anatómicos queda desintegrada. Puede afectar uno o varios segmentos.

Por consiguiente la Lesión del Cordón Medular puede circunscribirse a 2 grandes grupos: La Lesión Medular Completa y la Lesión Medular Incompleta; aunque esta última por afectarse el aspecto sensorio-motor en forma variable, es susceptible de ser dividida tal y como se hace en la clasificación de la Escala de Frankel.

1.2. NECESIDADES BÁSICAS 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, creativa. La alta autoestima es un pre requisito para confiar en el propio organismo, lo suficiente como para que este sea el foco de su autoevaluación y la guía de su vida.

Solo 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, esta última con 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 de ser una meta el primero, para convertirse en un medio de energía y salud que le permita subir al siguiente, y así sucesivamente se va " liberando " de estas necesidades ya que alcanzando niveles superiores es donde el hombre encuentra mayores satisfacciones.

Cada individuo es la medida de su amor a sí 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 ti 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, Roger, Maslow y Bettelheim en 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 la plena expresión de sí mismo.

El hombre tiene la capacidad para elegir la actitud personal ante cualquier reto o circunstancia y así decidir su propio camino. Lo que el hombre llega a hacer lo tiene que hacer 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 inconsciencia o en la ignorancia. Observemos la lámina que a continuación se presenta, donde Maslow nos describe la escala de autoestima.

PIRÁMIDE DE MASLOW

		TRASCENDENCIA
		VERDAD
		BONDAD
		BELLEZA
		PLENITUD
NECESIDADES DE CRECIMIENTO	AUTORREALIZACIÓN	INDIVIDUALIDAD
	PRODUCTIVIDAD	PERFECCIÓN
	CREATIVIDAD	INTEGRIDAD
	TRASCENDENCIA	SENTIDO DEL HUMOR
		JUSTICIA
		RIQUEZA INTERIOR
		ESFUERZO
		ALTO SUFICIENCIA
		SIGNIFICADO DE LA VIDA
	RECONOCIMIENTO	
	(AMARME, SENTIRME AMADO)	
	VALORACIÓN	
	PRESTIGIO-STATUS	
	PERTENENCIA	
	ACEPTACIÓN-SOLIDARIDAD-AFECTO	
	INTIMIDAD-SEXUALIDAD	

**NECESIDADES
BÁSICAS**

SEGURIDAD
LIBERTAD-TRABAJO-DERECOS
INTEGRIDAD PERSONAL

FISIOLÓGICAS
HAMBRE-SED-ABRIGO-SUEÑO-CONSERVACIÓN
SEXO-PROCREACIÓN

1.3. AUTOESTIMA EN PERSONAS INCAPACITADAS.

El término de autoconcepto hecho por GOETHE, indica que "la peor desgracia que le puede suceder a un hombre es pensar mal de sí mismo".

Jonh Milton en su Paraíso Perdido comenta: "Nada beneficia más al hombre que su autoestima" y Bernard Shaw señala que "El interés del hombre por el mundo es solamente reflejo de los intereses de sí mismo".

Esto hace pensar que la persona que no se ama a sí misma se vuelve egoísta, siendo la autoestima la base y centro del desarrollo humano, ya que es la concretización y conocimiento práctico de todo el potencial de todo individuo.

"Sólo se podrá respetar a los demás cuando se respete uno a sí mismo; sólo podremos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos; sólo podremos amar cuando nos hemos amado a nosotros mismos".

(Abraham Maslow)

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 tiempo, más tiempo del que le tomo 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.

1.4. 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 el individuo asocia a un objeto, es decir que gusta de este objeto o tiene una actitud favorable hacia dicho objeto.

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

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 perjuicio contra las personas impedidas con el rechazo abierto u oculto de la gente normal, existe en todos los niveles socioeconómicos, educativos y culturales, en todos los ámbitos del país. Resulta evidente que la discriminación social, educativa y vocacional que perjudica a los incapacitados, 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”.

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 Beker, Cobb y McDaniel (1976), entre otros, sobre tres puntos de Gellman que ayudan a explicar el perjuicio 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 autocontrol, 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.

1.5. EL COMBATE CONTRA EL PERJUICIO Y LA DISCRIMINACIÓN

Este lema 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 producen discriminación, por ejemplo.

Siller en 1976 manifiesta que los incapacitados tienen capacidad y responsabilidad de adquirir 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".

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 accidental 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 convierte en estímulos nuevos para sí misma y para 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 el, 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 empresa a la persona idónea al puesto de un rehabilitado.

1.6. PROCESO RESTAURATIVO

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

1. **NEGACIÓN.** Consiste en defenderse del trauma al negar su existencia.
2. **AFLICCIÓN.** Esto es, la ansiedad o temor por el dolor de la pérdida.
3. **DEPRESIÓN.** Que se manifiesta por preguntas como: ¿porqué yo? y consideraciones como "nunca volveré a ser el mismo".
4. **RABIA.** Hostilidad dirigida al mundo por sus injusticias y hacia otras personas por su incomprensión.
5. **ADAPTACIÓN 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".

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.- **AFLICCIÓN.** Después de reconocer el suceso traumático, la persona experimenta ansiedad y temor 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 permite retornar al estado anterior.

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

3.- **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: sentimientos de rechazo, falta de interés o tristeza.

4.- 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.

5.- ADAPTACIÓN POSITIVA. 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. Para ajustarse a la situación el individuo intenta nuevas conductas basadas en un entendimiento emocional e intelectual.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Hay diferencias en el autoestima entre pacientes trabajadores y no trabajadores con lesión medular de origen traumático ?.

La rehabilitación en México cobra cada vez mayor importancia, por lo que es necesario evaluar los alcances y beneficios de ésta, así como sus deficiencias, de esta manera se podrán detectar cuales con los ajustes necesarios para lograr una rehabilitación cada vez más integral.

El Hospital Colonia, es la única Unidad de Rehabilitación en México con Hospitalización. El mayor porcentaje de pacientes tratados en sus áreas son lesiones medulares en todas sus variedades, teniendo como objetivos principales hacer del lesionado medular lo más independiente posible en sus actividades de la vida diaria humana, su integración laboral, a la sociedad y su adaptación psicológica, para lo que cuenta con un equipo multidisciplinario que se encarga de indicar los tratamientos adecuados así como los aditamentos necesarios.

Por otro lado, las condiciones actuales del País hacen necesario la utilización racional de los recursos humanos y materiales, así como el máximo aprovechamiento de ellos. Por esto es necesario evaluar si el paciente una vez que ha recibido su programa de rehabilitación, se ha integrado tanto biológica, social, psicológica y laboralmente, de no ser así es importante detectar en donde se encuentra fallando el proceso de rehabilitación, con el objeto de optimizar el trabajo de todo este equipo multidisciplinario.

2.1. HIPÓTESIS

Hn. No hay diferencias en el autoestima de pacientes trabajadores que sufrieron lesión medular de origen traumático en comparación a la de los pacientes no trabajadores.

Ha. El autoestima en pacientes trabajadores con lesión medular de origen traumático es más alto en comparación a la de los pacientes no trabajadores.

2.2. OBJETIVOS

- Comparar el autoestima de los pacientes trabajadores que sufrieron lesión medular de origen traumático con la de los pacientes no trabajadores.
- Cuantificar el peso relativo del factor trabajo asociado a autoestima.
- Identificar cuales son las principales causas de las lesiones en la médula espinal de origen traumático.
- Conocer en que edad y sexo son más frecuentes las lesiones en la médula espinal de origen traumático.

III. SUJETO, MATERIAL Y MÉTODO

III. SUJETO, MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se efectuó en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación de la Región Centro del IMSS, en pacientes trabajadores y no trabajadores que actualmente se encuentren en rehabilitación por haber sufrido lesión medular de origen traumático.

Después de haber solicitado la autorización de la institución correspondiente, se procedió a entrevistar a los pacientes y realizar una historia clínica, para seleccionar a pacientes con lesión medular de origen traumático, posteriormente se aplicó la prueba psicológica (Escala de autoconcepto de Tennessee) a cada paciente seleccionado. Finalmente se calificó y analizó cada cuestionario con la ayuda de psicólogos clínicos de la unidad.

El estudio se llevó a cabo en los meses de enero y febrero de 1995.

Para los objetivos planteados se realizó un estudio de tipo observacional, comparativo, prospectivo y transversal, a través de un cuestionario que mide la autoestima. (Escala de Tennessee)

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

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 6o. 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 para Clínica y de Investigación.

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).

Se seleccionó aleatoriamente un grupo de pacientes en quienes la causa de la lesión hubiera sido traumática y se formaron dos grupos de 25 pacientes cada uno, en el primero eran pacientes con relación de trabajo y en el segundo, pacientes sin relación de trabajo.

Se utilizó la Escala de Autoconcepto de Tennessee, por ser la más apta para medir la autoestima en la población de trabajadores y derechohabientes incapacitados físicamente que acudieron a rehabilitarse tanto física como psicológicamente a esta unidad.

Para el análisis estadístico se utilizaron los métodos de distribución de frecuencias por intervalos, promedios y desviación estándar. Para fines del estudio analítico se utilizó la "t" de Student.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron pacientes de ambos sexos con lesión medular de origen traumático.

- Que actualmente se encuentren en rehabilitación.
- Que estén hospitalizados.
- Con edad de 16 a 60 años.

CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN

- Pacientes que decidan no participar en el estudio.
- Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- Pacientes que no tengan cuestionario completo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes en rehabilitación por causas diferentes a lesión medular.
- Pacientes con lesión medular de etiología diferente a la traumática.
- Con edad menor a 16 años y mayores de 60.

3.1. DETERMINACIÓN DE LAS VARIABLES

1. Variable independiente

SI

a) **Trabajador**

NO

2. Variable dependiente

a) **Autoestima**

En lesionados medulares de origen traumático.

3.2. DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

TRABAJADOR.

Persona física que presta a otra, física o moral un trabajo personal subordinado.

NO TRABAJADOR.

Persona sin relación de trabajo.

RELACIÓN DE TRABAJO.

Cualquiera que sea el acto que le de origen, la prestación de un trabajo personal subordinado a una persona, mediante el pago de un salario.

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 ésta.

El concepto de sí mismo SELF, se define como las actitudes, los sentimientos y percepciones de una persona hacia sí mismo, es lo que la persona piensa acerca de sí mismo, 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.

3.3 RECURSOS

HUMANOS

- Residente de Medicina del Trabajo.
- Psicólogo Clínico.

MATERIALES

- Cuestionario (Escala de Autoconcepto)
- Lápices.

FINANCIEROS

- Este estudio se realizó con recursos de la Jefatura de Salud en el Trabajo.

IV. RESULTADOS

IV. RESULTADOS

4.1. DE LA INVESTIGACIÓN

Descripción.- Para el grupo de pacientes trabajadores la edad promedio fue de 31.5 años, mientras que para el grupo de pacientes no trabajadores fue de 32.5, de los cuáles 23 pertenecían al sexo masculino y 2 al sexo femenino para el primer grupo, en tanto que para el segundo grupo, 13 pertenecían al sexo masculino y 12 al femenino.

Al analizar las actividades económicas se observó un predominio en el sector servicios con 18 casos, seguido por el sector industrial con 7 casos.

En el grupo de pacientes no trabajadores las principales actividades reportadas fueron estudiantes con 13 casos y amas de casa con 12 casos.

En cuanto al salario, 14 de los pacientes percibían de uno a dos salarios mínimos, sólo 2 pacientes refirieron percibir 5 o más salarios mínimos.

En relación a la antigüedad laboral 19 de los pacientes se identificó con una evolución igual o menor que cinco años, en tanto que sólo un paciente refirió tener una evolución superior a los dieciséis años.

Por lo que respecta a las principales causas de lesión medular se observó como primera causa, las heridas por proyectil de arma de fuego en 10 pacientes trabajadores y 6 casos en los no trabajadores.

La segunda causa observada fueron las caídas de diferentes niveles con 6 casos en los trabajadores y 10 casos en los no trabajadores.

La tercera causa reportada fueron los accidentes automovilísticos con 7 casos para cada grupo.

La cuarta causa reportada fueron los accidentes por motocicleta con 2 casos para el grupo de trabajadores y 4 casos para el grupo de pacientes no trabajadores.

4.2. DE LA ESCALA

Referente a los resultados obtenidos de la Escala de autoconcepto o autoestima Tennessee, se encontró lo siguiente:

El Puntaje de Autocrítica. Para los pacientes trabajadores fue de \bar{x} 36.7 (rango de 21 a 50) mientras que para el grupo de pacientes no trabajadores fue de \bar{x} 35.5 con el mismo rango. Esta diferencia no es estadísticamente significativa.

El Puntaje Total de Autoestima. Para los pacientes trabajadores fue de \bar{x} 370 (rango de 301 a 400) mientras que para el grupo de pacientes no trabajadores \bar{x} 332.3 con el mismo rango. Estadísticamente esta diferencia es significativa.

($p < 0.025$)

Hilera 1 Puntaje Identidad. Para los pacientes trabajadores fue de \bar{x} 109.1 (rango de 91 a 100) y de \bar{x} 102.7 con el mismo rango para los no trabajadores. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

($p < 0.50$)

Hilera 3 Puntaje Conducta. Para los pacientes trabajadores fue de x 110.7 (rango de 91 a 140). Para el grupo de los pacientes no trabajadores fue de x 107.9, con el mismo rango. Estadísticamente la diferencia no es significativa.

Columna A YO FÍSICO. El puntaje para los trabajadores fue de x 66.7 (rango de 51 a 100), en tanto que para los pacientes no trabajadores fue de x 65.9 con el mismo rango. Estadísticamente la diferencia no es significativa.

Columna B YO ÉTICO MORAL. El puntaje para los trabajadores fue de x 68.7 y para los pacientes no trabajadores x 65.9, ambos con el mismo rango (41 a 90). Esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Columna C YO PERSONAL. El puntaje para los trabajadores fue de x 69.5 (rango 41 a 90) y para los no trabajadores de x 68.3 con el mismo rango. Esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Columna D YO FAMILIAR. El puntaje para los pacientes trabajadores fue de x 72.7 y de x 68.3 para los pacientes no trabajadores, con el mismo rango de 51 a 100. Esta diferencia estadísticamente es significativa.

($p < 0.05$)

Columna E YO SOCIAL. De un rango de 51 a 100, el puntaje para los pacientes trabajadores fue de \bar{x} 66.7 y de \bar{x} 62.3 para los no trabajadores. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

($p < 0.05$)

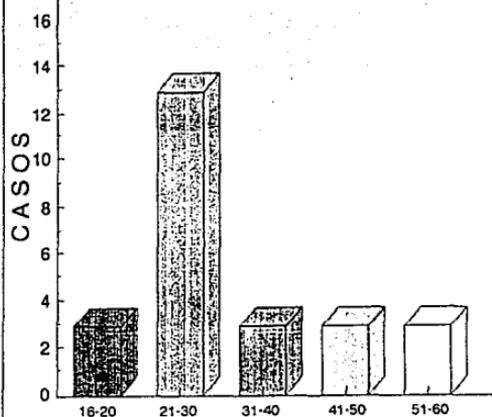
Puntaje de Distribución (AUTOPERCEPCIÓN). El puntaje de los pacientes trabajadores fue de \bar{x} 142.3 (rango de 91 a 190) y de \bar{x} 125.9 para los pacientes no trabajadores, con el mismo rango. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

($p < 0.05$)

V. FIGURAS

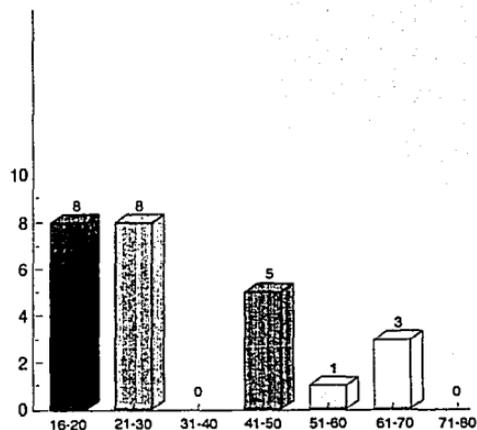
DISTRIBUCION POR EDAD

* TRABAJADORES *



EDAD

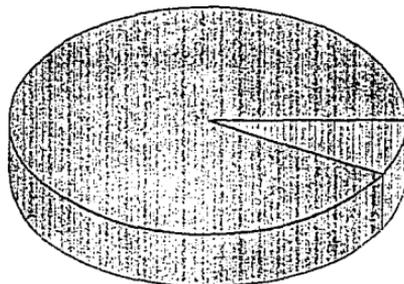
* NO TRABAJADORES *



EDAD

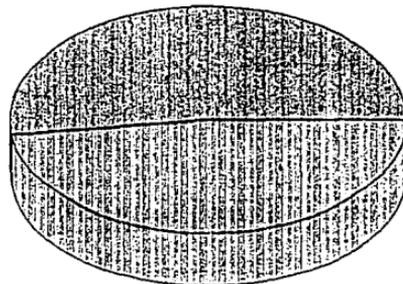
DISTRIBUCION POR SEXO

" TRABAJADORES "



HOMBRES	(92 %)
MUJERES	(8 %)

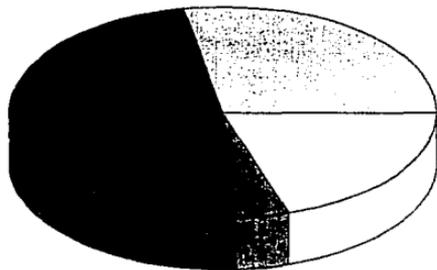
" NO TRABAJADORES "



HOMBRES	(52 %)
MUJERES	(48 %)

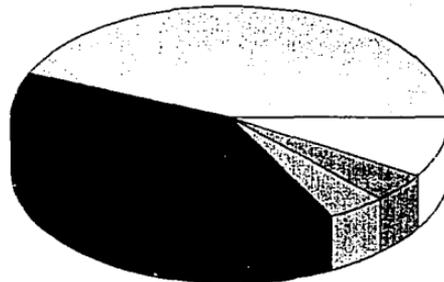
DISTRIBUCION POR ESTADO CIVIL

" TRABAJADORES "



	SOLTERO	28 %
	CASADO	48 %
	VIUDO	0 %
	DIVORCIADO	4 %
	UNION LIBRE	20 %

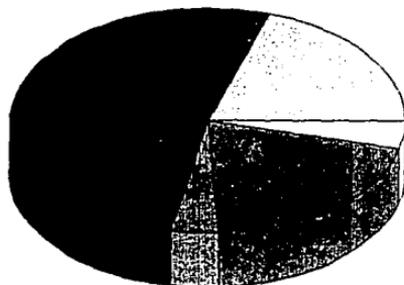
" NO TRABAJADORES "



	SOLTERO	48 %
	CASADO	36 %
	VIUDO	4 %
	DIVORCIADO	4 %
	UNION LIBRE	8 %

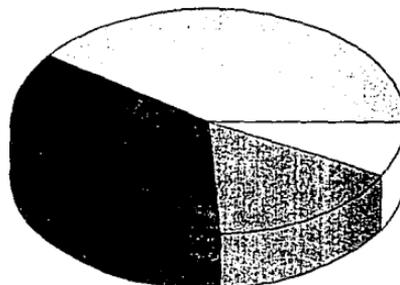
DISTRIBUCION POR ESCOLARIDAD

" TRABAJADORES "



PRIMARIA	20 %
SECUNDARIA	52 %
ED. TECNICA	4 %
PREPARATORIA	20 %
PROFESIONAL	4 %

" NO TRABAJADORES "

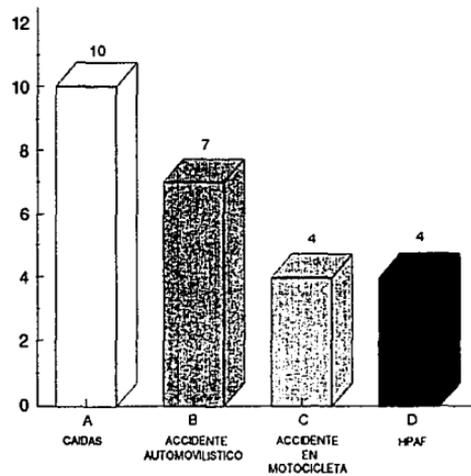
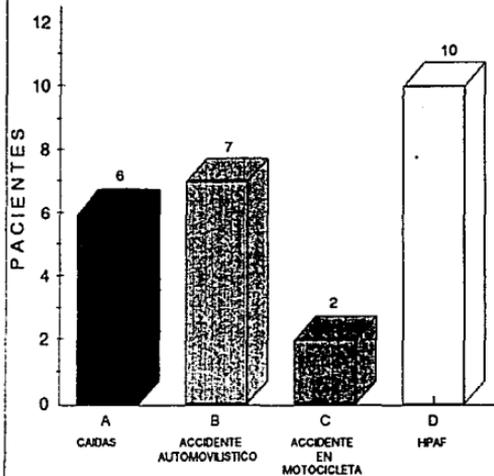


PRIMARIA	40 %
SECUNDARIA	36 %
ED. TECNICA	0 %
PREPARATORIA	16 %
PROFESIONAL	8 %

PRINCIPALES CAUSAS DE LESION MEDULAR

* TRABAJADORES *

* NO TRABAJADORES *



CAUSAS

CAUSAS

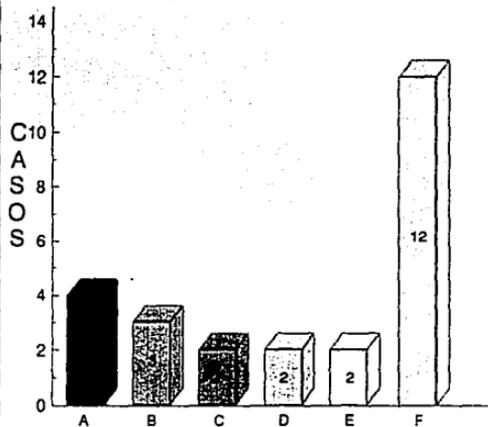
FUENTE: ENCUESTA APLICADA

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISTRIBUCION POR OCUPACION PRINCIPALES ACTIVIDADES

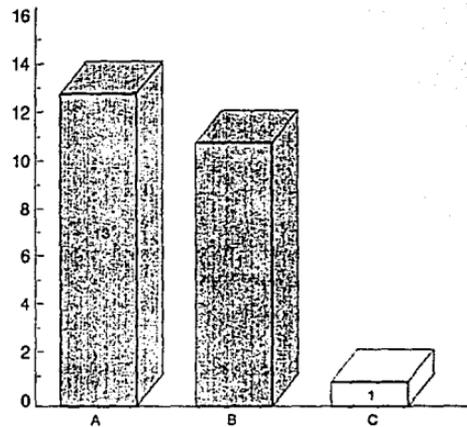
* TRABAJADORES *

- A. AYUDANTE GENERAL
- B. MENSAJERO
- C. ALBAÑIL
- D. AUXILIAR DE OFICINA
- E. CHOFER
- F. OTRAS



* NO TRABAJADORES *

- A. HOGAR
- B. ESTUDIANTE
- C. PENSIONADA

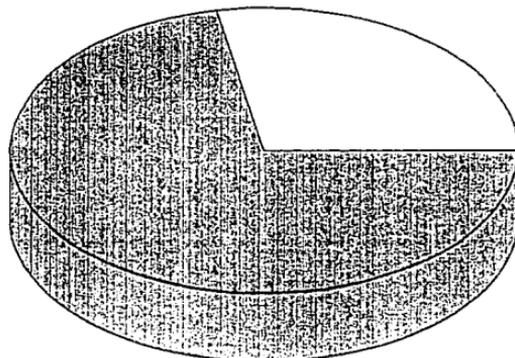


8

FUENTE: ENCUESTA APLICADA

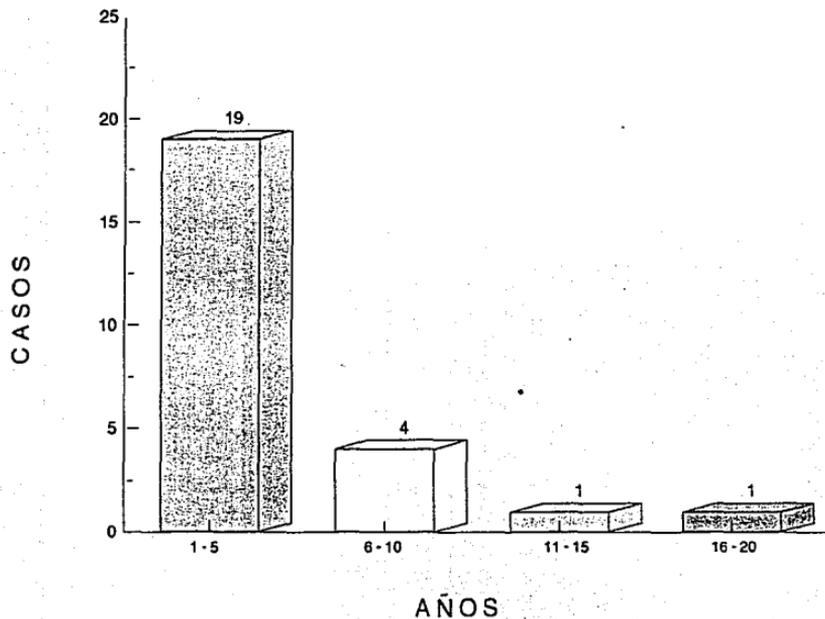
DISTRIBUCION POR RAMA DE ACTIVIDAD

" TRABAJADORES "

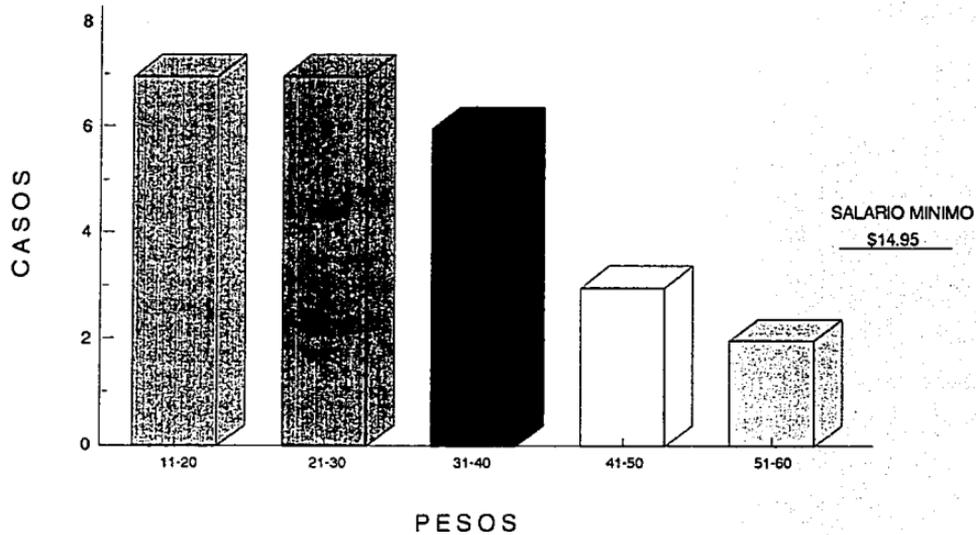


	AGRICULTURA Y GANADERIA	0 %
	INDUSTRIAL	28 %
	SERVICIOS	72 %

DISTRIBUCION POR ANTIGUEDAD LABORAL

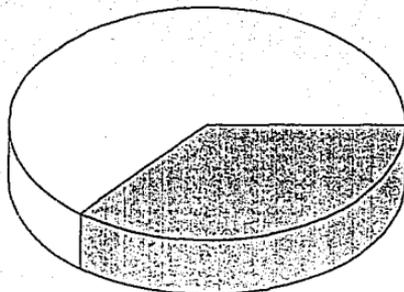


DISTRIBUCION POR INGRESO



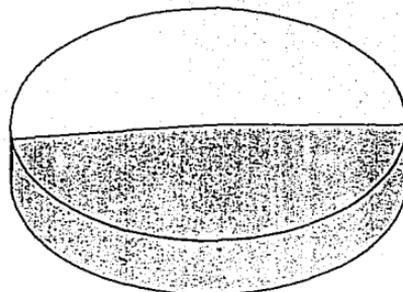
DIAGNOSTICO

" PACIENTES TRABAJADORES "



□ LESION MEDULAR COMPLETA 64 %
□ LESION MEDULAR INCOMPLETA 36 %

" PACIENTES NO TRABAJADORES "



□ LESION MEDULAR COMPLETA 52 %
□ LESION MEDULAR INCOMPLETA 48 %

VI. TABLAS

AUTOCRITICA

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
21-30	25.5	3	76.5	3	-11.2	125.4	376.3
31-40	35.5	16	568.0	19	-1.2	1.4	23.0
41-50	45.5	6	273.0	25	8.8	77.4	464.6
$\bar{X} =$	36.7						
$S^2 =$	5.9						
$S =$	34.6						

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
21-30	25.5	4	102.0	4	-10	100.0	400.0
31-40	35.5	17	603.5	21	0	0.0	0.0
41-50	45.5	4	182.0	25	10	100.0	400.0
$\bar{X} =$	35.5						
$S^2 =$	5.7						
$S =$	32.0						

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

NIVEL TOTAL DE AUTOESTIMA

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
301-310	305.5	1	305.5	1	-64.4	4,147.4	4,147.4
311-320	315.5	1	315.5	2	-54.4	2,959.4	2,959.4
321-330	325.5	0	0.0	2	-44.4	1,971.4	0.0
331-340	335.5	0	0.0	2	-34.4	1,183.4	0.0
341-350	345.5	4	1,382.0	6	-24.4	595.4	2,381.4
351-360	355.5	6	2,133.0	12	-14.4	207.4	1,244.2
361-370	365.5	0	0.0	12	-4.4	19.4	0.0
371-380	375.5	0	0.0	12	5.6	31.4	0.0
381-390	385.5	3	1,156.5	15	15.6	243.4	730.1
391-400	395.5	10	3,955.0	25	25.6	655.4	6,553.6
$\bar{X} =$	369.9						
$\frac{2}{S} =$	26.8						
S =	720.6						

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
301-310	305.5	3	916.5	3	-26.8	718.2	2,154.7
311-320	315.5	5	1,577.5	8	-16.8	282.2	1,411.2
321-330	325.5	8	2,604.0	16	-6.8	46.2	369.9
331-340	335.5	5	1,677.5	21	3.2	10.2	51.2
341-350	345.5	1	345.5	22	13.2	174.2	174.2
351-360	355.5	0	0.0	22	23.2	538.2	0.0
361-370	365.5	0	0.0	22	33.2	1,102.2	0.0
371-380	375.5	0	0.0	22	43.2	1,866.2	0.0
381-390	385.5	0	0.0	22	53.2	2,830.2	0.0
391-400	395.5	3	1,186.5	25	63.2	3,994.2	11,982.7
$\bar{X} =$	332.3						
$\frac{2}{S} =$	25.4						
S =	645.8						

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

IDENTIDAD

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
91-100	95.5	9	859.5	9	-13.6	185.0	1,664.6
101-110	105.5	10	1,055.0	19	-3.6	13.0	129.6
111-120	115.5	0	0.0	19	6.4	41.0	0.0
121-130	125.5	0	0.0	19	16.4	269.0	0.0
131-140	135.5	6	813.0	25	26.4	697.0	4,181.8
141-150	145.5	0	0.0	25	36.4	1,325.0	0.0

$\bar{X} = 109.1$
 $\frac{2}{2} = 15.5$
 $S = 239.0$

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X - \bar{X}	(X - \bar{X}) ²	f(X - \bar{X}) ²
91-100	95.5	10	955.0	10	-7.2	51.8	518.4
101-110	105.5	12	1,266.0	22	2.8	7.8	94.1
111-120	115.5	3	346.5	25	12.8	163.8	491.5
121-130	125.5	0	0.0	25	22.8	519.8	0.0
131-140	135.5	0	0.0	25	32.8	1,075.8	0.0
141-150	145.5	0	0.0	25	42.8	1,831.8	0.0

$\bar{X} = 102.7$
 $\frac{2}{2} = 6.6$
 $S = 44.2$

AUTOSATISFACCION

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
101-110	105.5	0	0.0	0	-21.2	449.4	0.0
111-120	115.5	9	1,039.5	9	-11.2	125.4	1,129.0
121-130	125.5	4	502.0	13	-1.2	1.4	5.8
131-140	135.5	12	1,626.0	25	8.8	77.4	929.3
$\bar{X} =$		126.7					
$S^2 =$		9.1					
$S =$		82.6					

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
101-110	105.5	10	1,055.0	10	-9.2	84.6	846.4
111-120	115.5	11	1,270.5	21	0.8	0.6	7.0
121-130	125.5	0	0.0	21	10.8	116.6	0.0
131-140	135.5	4	542.0	25	20.8	432.6	1,730.6
$\bar{X} =$		114.7					
$S^2 =$		10.2					
$S =$		103.4					

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

CONDUCTA

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
91-100	95.5	3	286.5	3	-15.2	231.0	693.1
101-110	105.5	12	1,266.0	15	-5.2	27.0	324.5
111-120	115.5	4	462.0	19	4.8	23.0	92.2
121-130	125.5	6	753.0	25	14.8	219.0	1,314.2
131-140	135.5	0	0.0	25	24.8	615.0	0.0

$$\bar{X} = 110.7$$

$$S^2 = 9.8$$

$$S = 97.0$$

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
91-100	95.5	4	382.0	4	-12.4	153.8	615.0
101-110	105.5	17	1,793.5	21	-2.4	5.8	97.9
111-120	115.5	1	115.5	22	7.6	57.8	57.8
121-130	125.5	0	0.0	22	17.6	309.8	0.0
131-140	135.5	3	406.5	25	27.6	761.8	2,285.3

$$\bar{X} = 107.9$$

$$S^2 = 11.1$$

$$S = 122.2$$

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

YO FISICO

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
51-60	55.5	8	444.0	8	-11.2	125.4	1,003.5
61-70	65.5	9	589.5	17	-1.2	1.4	13.0
71-80	75.5	5	377.5	22	8.8	77.4	387.2
81-90	85.5	3	256.5	25	18.8	353.4	1,060.3
91-100	95.5	0	0.0	25	28.8	829.4	0.0
$\bar{X} =$	66.7						
$S^2 =$	9.9						
$S =$	98.6						

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
51-60	55.5	7	388.5	7	-10.4	108.2	757.1
61-70	65.5	10	655.0	17	-0.4	0.2	1.6
71-80	75.5	8	604.0	25	9.6	92.2	737.3
81-90	85.5	0	0.0	25	19.6	384.2	0.0
91-100	95.5	0	0.0	25	29.6	876.2	0.0
$\bar{X} =$	65.9						
$S^2 =$	7.7						
$S =$	59.8						

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

YO MORAL

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(x)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
41-50	45.5	1	45.5	1	-23.2	538.2	538.2
51-60	55.5	0	0.0	1	-13.2	174.2	0.0
61-70	65.5	17	1,113.5	18	-3.2	10.2	174.1
71-80	75.5	4	302.0	22	6.8	46.2	185.0
81-90	85.5	3	256.5	25	16.8	282.2	846.7
\bar{X} =	68.7						
S^2 =	8.4						
S =	69.8						

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(x)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
41-50	45.5	4	182.0	4	-20.4	416.2	1,664.6
51-60	55.5	0	0.0	4	-10.4	108.2	0.0
61-70	65.5	12	786.0	16	-0.4	0.2	1.9
71-80	75.5	9	679.5	25	9.6	92.2	829.4
81-90	85.5	0	0.0	25	19.6	384.2	0.0
\bar{X} =	65.9						
S^2 =	10.0						
S =	99.8						

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

YO PERSONAL

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(x)	FREC. ACUM.	$x - \bar{x}$	$(x - \bar{x})^2$	$f(x - \bar{x})^2$	
41-50	45.5	0	0.0	0	-24	576.0	0.0	
51-60	55.5	0	0.0	0	-14	196.0	0.0	
61-70	65.5	18	1,179.0	18	-4	16.0	288.0	
71-80	75.5	4	302.0	22	6	36.0	144.0	
81-90	85.5	3	256.5	25	16	256.0	768.0	
$\bar{X} =$		69.5						
$S^2 =$		6.9						
$S =$		48.0						

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(x)	FREC. ACUM.	$x - \bar{x}$	$(x - \bar{x})^2$	$f(x - \bar{x})^2$	
41-50	45.5	0	0.0	0	-22.8	519.8	0.0	
51-60	55.5	0	0.0	0	-12.8	163.8	0.0	
61-70	65.5	18	1,179.0	18	-2.8	7.8	141.1	
71-80	75.5	7	528.5	25	7.2	51.8	362.9	
81-90	85.5	0	0.0	25	17.2	295.8	0.0	
$\bar{X} =$		68.3						
$S^2 =$		4.5						
$S =$		20.2						

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

YO FAMILIAR

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
51-60	55.5	0	0.0	0	-17.2	295.8	0.0
61-70	65.5	13	851.5	13	-7.2	51.8	673.9
71-80	75.5	9	679.5	22	2.8	7.8	70.6
81-90	85.5	0	0.0	22	12.8	163.8	0.0
91-100	95.5	3	286.5	25	22.8	519.8	1,559.5
$\bar{X} =$	72.7						
$\frac{2}{S} =$	9.6						
S =	92.2						

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
51-60	55.5	0	0.0	0	-12.8	163.8	0.0
61-70	65.5	18	1,179.0	18	-2.8	7.8	141.1
71-80	75.5	7	528.5	25	7.2	51.8	362.9
81-90	85.5	0	0.0	25	17.2	295.8	0.0
91-100	95.5	0	0.0	25	27.2	739.8	0.0
$\bar{X} =$	68.3						
$\frac{2}{S} =$	4.5						
S =	20.2						

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

YO SOCIAL

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(x)	FREC. ACUM.	$X - \bar{X}$	$(X - \bar{X})^2$	$f(X - \bar{X})^2$
51-60	55.5	3	166.5	3	-11.2	125.4	376.3
61-70	65.5	16	1,048.0	19	-1.2	1.4	23.0
71-80	75.5	6	453.0	25	8.8	77.4	464.6
81-90	85.5	0	0.0	25	18.8	353.4	0.0
91-100	95.5	0	0.0	25	28.8	829.4	0.0
$\bar{X} =$	66.7						
$\sigma^2 =$	5.9						
$S =$	34.6						

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(x)	FREC. ACUM.	$X - \bar{X}$	$(X - \bar{X})^2$	$f(X - \bar{X})^2$
51-60	55.5	11	610.5	11	-6.8	46.2	508.6
61-70	65.5	11	720.5	22	3.2	10.2	112.6
71-80	75.5	3	226.5	25	13.2	174.2	522.7
81-90	85.5	0	0.0	25	23.2	538.2	0.0
91-100	95.5	0	0.0	25	33.2	1,102.2	0.0
$\bar{X} =$	62.3						
$\sigma^2 =$	6.8						
$S =$	45.8						

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

AUTOPERCEPCION

TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
91-100	95.5	4	382.0	4	-46.8	2,190.2	8,761.0
101-110	105.5	1	105.5	5	-36.8	1,354.2	1,354.2
111-120	115.5	0	0.0	5	-26.8	718.2	0.0
121-130	125.5	2	251.0	7	-16.8	282.2	564.5
131-140	135.5	0	0.0	7	-6.8	46.2	0.0
141-150	145.5	10	1,455.0	17	3.2	10.2	102.4
151-160	155.5	2	311.0	19	13.2	174.2	348.5
161-170	165.5	0	0.0	19	23.2	538.2	0.0
171-180	175.5	6	1,053.0	25	33.2	1,102.2	6,613.4
181-190	185.5	0	0.0	25	43.2	1,866.2	0.0
$\bar{X} =$	142.3						
$\frac{S^2}{2} =$	26.6						
S =	709.8						

NO TRABAJADORES

INTERVALO	X	FREC. ABS.	f(X)	FREC. ACUM.	X- \bar{X}	(X- \bar{X}) ²	f(X- \bar{X}) ²
91-100	95.5	7	668.5	7	-30.4	924.2	6,469.1
101-110	105.5	1	105.5	8	-20.4	416.2	416.2
111-120	115.5	0	0.0	8	-10.4	108.2	0.0
121-130	125.5	4	502.0	12	-0.4	0.2	0.6
131-140	135.5	5	677.5	17	9.6	92.2	460.8
141-150	145.5	5	727.5	22	19.6	384.2	1,920.8
151-160	155.5	3	466.5	25	29.6	876.2	2,628.5
161-170	165.5	0	0.0	25	39.6	1,568.2	0.0
171-180	175.5	0	0.0	25	49.6	2,460.2	0.0
181-190	185.5	0	0.0	25	59.6	3,552.2	0.0
$\bar{X} =$	125.9						
$\frac{S^2}{2} =$	21.8						
S =	475.8						

FUENTE: TENNESSEE APLICADO

TABLA ESTADISTICA

CONCEPTO	TRABAJADORES	NO TRABAJADORES	T (VALOR DE P)
AUTOCRITICA	\bar{X} 36.7 + 5.9 -	\bar{X} 35.5 + 5.7 -	4.5 > 2.0086 (P < 0.025)
AUTOESTIMA	\bar{X} 369.9 + 26.0 -	\bar{X} 332.3 + 25.4 -	5.2 > 2.0086 (P < 0.025)
IDENTIDAD	\bar{X} 109.1 + 15.5	\bar{X} 102.7 + 6.6	1.93 > 1.68
AUTOSATISFACCIÓN	\bar{X} 1256.7 + 9.1 -	\bar{X} 114.0 + 10.2 -	4.5 > 2.0086 (P < 0.025)
CONDUCTA	\bar{X} 110.7 + 9.8 -	\bar{X} 107.9 + 11.1 -	NO SIGNIFICATIVO
YO FÍSICO	\bar{X} 66.7 + 8.9 -	\bar{X} 65.9 + 7.7 -	NO SIGNIFICATIVO
YO ÉTICO MORAL	\bar{X} 68.7 + 8.4 -	\bar{X} 65.9 + 10.0 -	NO SIGNIFICATIVO
YO PERSONAL	\bar{X} 69.5 + 6.9 -	\bar{X} 68.3 + 4.5 -	NO SIGNIFICATIVO
YO FAMILIAR	\bar{X} 72.7 + 9.6 -	\bar{X} 68.3 + 4.5 -	2.045 > 2.0086 (P < 0.05)
YO SOCIAL	\bar{X} 66.7 + 5.3 -	\bar{X} 62.3 + 6.8 -	2.57 > 2.0086 (P < 0.05)
AUTOPERCEPCIÓN	\bar{X} 142.3 + 26.3 -	\bar{X} 125.0 + 21.8 -	2.35 > 2.0086 (P < 0.05)

X = MEDIA

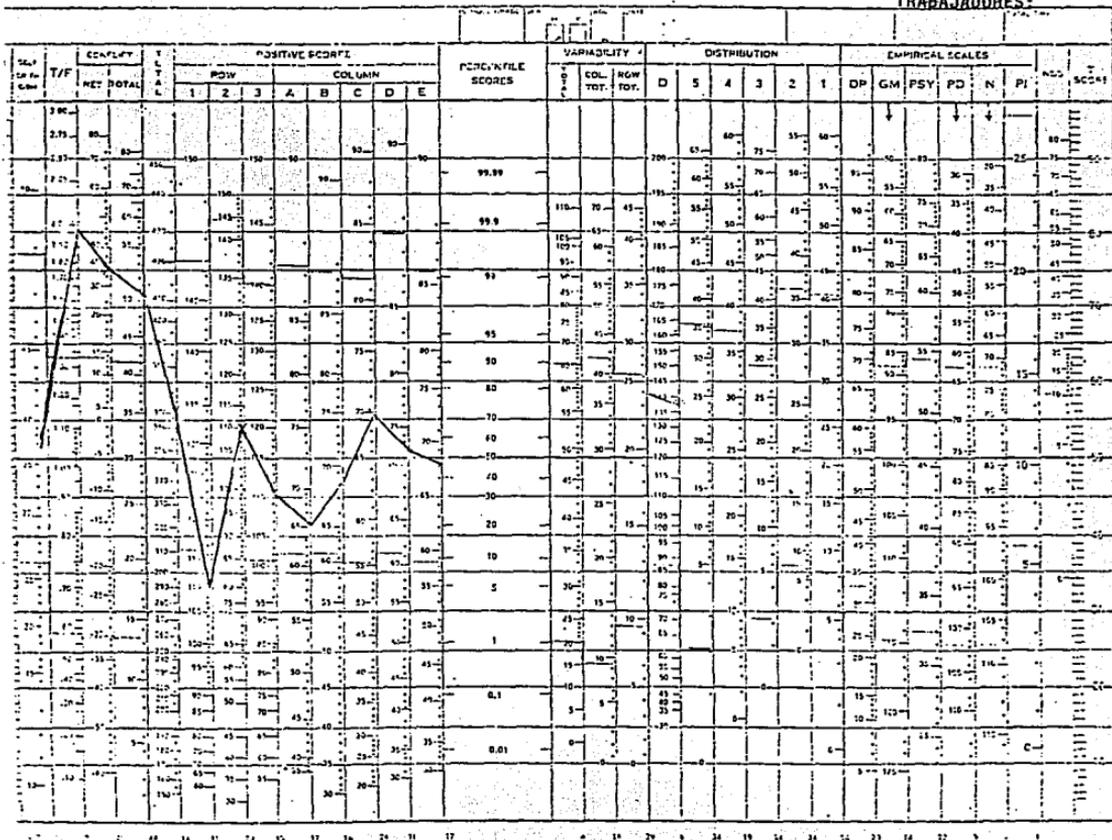
+ = DESVIACIÓN ESTANDAR

T A B L A I
MEDIDAS DE DESVIACIÓN ESTANDAR Y
COEFICIENTES DE CONFIABILIDAD

SUBESCALA	MEDIA	DESV. STANDAR	CONFIABILIDAD
AUTOCRITICA	35.54	6.70	0.78
TOTAL POSITIVO	345.57	30.70	0.92
HILERA 1	127.10	9.96	0.91
HILERA 2	103.67	13.79	0.88
HILERA 3	115.01	11.22	0.88
COLUMNA A	71.78	7.67	0.87
COLUMNA B	70.33	8.70	0.80
COLUMNA C	64.55	7.41	0.85
COLUMNA D	70.83	8.43	0.89
COLUMNA E	68.14	7.86	0.90
VARIABILIDAD TOTAL	48.53	12.42	0.67
AUTO PERCEPCION	120.44	24.19	0.89

CONFIABILIDAD

Los datos de confiabilidad están basados en 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.



FALLA DE ORIGEN

VII. DISCUSIÓN

VII. DISCUSIÓN

En el análisis se observa que la mayoría de los casos referidos a la edad se presentan en pacientes jóvenes, lo cual tiene un gran impacto para el individuo, la familia, la sociedad, el trabajo, y desde luego para el país. Debido a que la esperanza de vida en estos pacientes es de 25 años más después de haber sufrido la lesión.

Iwebú encontró que en Nigeria el promedio de edad fue de 24 años (15-60); Griffin en Minnesota detectó que el promedio fue de 32.5 y en otros estudios realizados en Estados Unidos, durante un período de cinco años se encontró que la edad promedio fue de 29.3 años.

En lo que respecta al sexo se encontró un predominio del sexo masculino, debido a que la proporción laboral en México y en otros países, es mayor para el sexo masculino.

Dincer encontró en Turquía que de un total de 1,282 casos el 75.68 % eran del sexo masculino y 24.32 % eran mujeres.

Las causas de lesión medular traumática detectadas durante el estudio fueron similares a las reportadas en la literatura. Como en el caso de Bracken, en un estudio realizado en Estados Unidos, detectó que en 7,424 pacientes la primera causa de lesión medular traumática fueron

los accidentes automovilísticos, seguida de las caídas de diferente nivel; las heridas por proyectil de arma de fuego y las producidas por arma blanca.

Respecto a la antigüedad laboral, se observó que la mayoría de los pacientes trabajadores tuvieron un desarrollo laboral menor de cinco años, lo que tiene gran implicación económica para el país ya que la esperanza de vida laboral es de treinta años.

Referente al salario percibido por los pacientes estudiados, se encontró que predomina el salario mínimo, lo cual va de acuerdo con la escolaridad, al haber manifestado como grado máximo de estudios la educación media básica.

En cuanto a la Autocrítica, se observa un nivel más alto en los pacientes trabajadores con respecto a la de los pacientes no trabajadores. Esto tiene gran importancia en el proceso de adaptación por el que tiene que pasar un paciente que sufrió lesión medular, pues en un paciente con autoestima alta este proceso se llevará en menor tiempo que en aquellos en quienes la autoestima se encuentra baja.

Por otro lado también tiene implicaciones en la rehabilitación de estos pacientes, que tradicionalmente ha tenido como objetivo el enseñar al

paciente a tener destrezas con el fin de que pueda tener el mayor grado de Independencia.

De acuerdo a la jerarquización de necesidades de Maslow, se sabe que estos pacientes tienen problemas para resolver sus necesidades motivadoras como son:

Necesidades Físicas Básicas. Entre estas se encuentran actividades de la vida diaria como la alimentación, aseo y vestido, ya que algunos presentan espasticidad muscular, daño en tejido blando, parálisis, pérdida de la sensibilidad e hiperreflexia autonómica entre otros.

Necesidades de Seguridad. Entre estas se incluyen la inseguridad financiera por los cuidados tan largos y costosos que hay que tener, dificultad para transportarse, frustración por los diseños arquitectónicos.

Necesidad de amor y de ser miembro de un grupo. Entre estas se reflejan las dificultades para relacionarse con una pareja, los problemas sexuales, limitaciones en sus actividades sociales y educativas.

Necesidad de estima. Los pacientes tienen una disminución de su **autoestima** debido a la dificultades que afrontan en su nuevo estilo de vida y sienten que no tienen ninguna razón para seguir viviendo.

VIII. CONCLUSIONES

VIII. CONCLUSIONES

Resulta de gran relevancia el tratar de mantener la autoestima en pacientes con lesión medular, pues de esta manera se podrá restablecer la fé en sí mismo, mejorar el estado de ánimo y confianza en sí mismo, aumentar la voluntad en reincorporarse a su trabajo. Para lo cual, la capacitación y la colocación selectiva son importantes.

La capacitación es el segundo punto dentro de la rehabilitación profesional del incapacitado, así como la segunda actividad que se viene desarrollando como programa en nuestro país, pero que en realidad es una técnica de simulación del trabajo, que consiste en efectuar en los talleres terapia ocupacional, los diferentes movimientos que la persona tiene que realizar durante su jornada de trabajo. El análisis de las demandas del puesto permiten seleccionar las actividades que se deben 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-ple y por último, ejercicios de maquinaria como tornos, taladros, fresadoras, máquinas de escribir, de coser, etc.

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 actividad productiva.

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 vería 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.

IX. SUGERENCIAS

IX. 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 se sienta aburrida su terapia. Puede motivarse tanto el paciente que después el mismo se interese con su terapia y los tiempos para ella se le harán muy cortos, logrando así que su autoconcepto se recupere con mayor facilidad.

Las instituciones que prestan servicios de rehabilitación podrían aportar algo más a los pacientes, al momento de proporcionarles su carnet de citas para el inicio de la terapia, organizar pláticas de bienvenida con personas que estén por concluir su rehabilitación para que les comenten como se sentían antes y después de la misma, así 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 empleos estando ellos en sus casas, por las incomodidades que les representa el transporte para desplazarse a las fuentes de trabajo.

Este es un sistema de trabajo realizado muy frecuentemente por personas que no presentan ninguna incapacidad, pero que por naturaleza en su labor es más conveniente a las industrias que así sea realizado, ya que 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 l bienestar de su hogar, de convivir con la familia nuevamente y en armonía con los compañeros de trabajo y con la misma sociedad.

ANEXOS

FORMATO DE ACEPTACIÓN INFORMADA

A QUIEN CORRESPONDA:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que
acepto participar en el estudio " _____
_____ "

Estoy consciente que el procedimiento consistirá en contestar un
cuestionario o forma confidencial, los riesgos a mi persona serán
mínimos. Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la
presente investigación en el momento que yo así lo desee, sin que esto
altere la atención que como paciente recibo de esta institución.

PACIENTE

TESTIGO

Nombre: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Fecha: _____

ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

GRADO MÁXIMO DE ESTUDIOS: _____

FECHA DE APLICACIÓN: _____ HORA INICIAL: _____

HORA DE TERMINACIÓN: _____ TIEMPO TOTAL: _____

INSTRUCCIONES

En las hojas siguientes encontrarás una serie de afirmaciones en las cuales te describes a ti mismo, tal como tu te ves.

Contesta como si tú te estuvieras describiendo a ti mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITAS NINGUNA AFIRMACIÓN.

Lee cada afirmación cuidadosamente y después escoge una de las cinco respuestas.

En la hoja de respuestas, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el número de la respuesta que escogiste, cuidando no equivocarse en el número de la respuesta, ya que el número de las preguntas no va en forma progresiva; si deseas cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, no borres, escribe una "X" sobre la respuesta marcada y después marca el círculo 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.- GOZO DE BUENA SALUD
- 3.- 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 AYUDARÍA EN CUALQUIER PROBLEMA
- 57.- PERTENEZCO A UNA FAMILIA FELIZ
- 59.- MIS AMIGOS NO CONFÍAN EN MI
- 73.- SOY UNA PERSONA AMIGABLE
- 75.- SOY POPULAR CON PERSONAS DEL SEXO MASCULINO
- 77.- LO QUE HACÉN 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 DÉBIL
- 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

- 12.- DEBERÍA DE SER MÁS ATRACTIVO PARA CON PERSONAS DEL SEXO OPUESTO
- 26.- ESTOY SATISFECHO CON MI VIDA RELIGIOSA
- 28.- QUISIERA SER MÁS DIGNO DE CONFIANZA
- 30.- DEBERÍA MENTIR MENOS
- 44.- ESTOY SATISFECHO CON MI INTELIGENCIA
- 46.- ME GUSTARÍA SER UNA PERSONA DISTINTA
- 48.- QUISIERA NO DARME POR VENCIDO TAN FÁCILMENTE
- 62.- TRATO A MIS PADRES TAN BIEN COMO DEBIERA
- 64.- ME APECTA MUCHO LO QUE DICE MI FAMILIA
- 66.- DEBERÍA AMAR MÁS A MIS FAMILIARES
- 80.- ESTOY SATISFECHO CON MI MANERA DE TRATAR A LA GENTE
- 82.- DEBERÍA DE SER MÁS CORTÉS CON LOS DEMÁS
- 84.- DEBERÍA LLEVARME MEJOR CON OTRAS PERSONAL
- 96.- ALGUNAS VECES ME GUSTA EL CHISME
- 98.- ALGUNAS VECES ME DAN GANAS DE DECIR MALAS PALABRAS
- 13.- ME CUIDO BIEN FÍSICAMENTE
- 15.- TRATO DE SER CUIDADOSO CON MI APARIENCIA
- 17.- CON FRECUENCIA SOY MUY TORPE
- 31.- MI RELIGIÓN 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 SITUACIÓN
- 51.- ACEPTO MIS FALTAS SIN ENOJARME
- 53.- HAGO COSAS SIN HABERLAS PENSADO BIEN
- 67.- TRATO DE SER JUSTO CON MIS AMIGOS Y FAMILIARES
- 69.- ME INTERESO SINCERAMENTE POR MI FAMILIA

- 58.- 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 DIFÍCIL 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 FÍSICA
- 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.- DEBERÍA DE ASISTIR MÁS A MENUDO A LA IGLESIA
- 43.- ESTOY SATISFECHO DE LO QUE SOY
- 45.- MI COMPORTAMIENTO HACIA OTRAS PERSONAS ES PRECISAMENTE COMO DEBERÍA DE SER
- 47.- ME DESPRECIO A MI MISMO
- 61.- ESTOY SATISFECHO CON MIS RELACIONES FAMILIARES
- 63.- MUESTRO TANTA COMPRESIÓN A MIS FAMILIARES COMO DEBIERA
- 65.- DEBERÍA DEPOSITAR MAYOR CONFIANZA EN MI FAMILIA
- 79.- SOY TAN SOCIABLE COMO QUIERO SER
- 81.- TRATO DE AGRADAR A LOS DEMÁS 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

- 71.- SIEMPRE CESO A LAS EXIGENCIAS DE MIS PADRES
- 85.- TRATO DE COMPRENDER EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEMÁS
- 87.- ME LLEVO BIEN CON LOS DEMÁS
- 89.- ME ES DIFÍCIL 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 MAYORÍA DE LAS VECES HAGO LO QUE ES DEBIDO
- 34.- A VECES ME VALGO DE MEDIOS INJUSTOS PARA SALIR ADELANTE
- 36.- ME ES DIFÍCIL COMPORTARME EN FORMA CORRECTA
- 50.- RESUELVO MIS PROBLEMAS CON FACILIDAD
- 52.- CON FRECUENCIA CAMBIO DE OPINIÓN
- 54.- TRATO DE NO ENFRENTAR MIS PROBLEMAS
- 68.- HAGO EL TRABAJO QUE ME CORRESPONDE EN CASA
- 70.- RIÑO 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 CONVERSACIÓN CON EXTRAÑOS
- 100.- EN OCASIONES DEJO PARA MAÑANA LO QUE DEBERÍA HACER HOY

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 1944. 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 medían el autoconcepto, incluyendo los desarrollados por Balester (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 items 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.. Los puntajes altos generalmente indican una apertura normal saludable y una capacidad para la Autocrítica. Los puntajes bajos indican defensividad y sugieren que pueden estar artificialmente elevados a causa de esta defensividad.

B.- LOS PUNTAJES POSITIVOS (P). En el análisis original del conjunto de ítems las afirmaciones parecían comunicar tres mensajes primarios: **Esto es lo que yo soy; Esto es como yo me siento conmigo mismo; Esto es lo que yo hago.**

1.- PUNTAJE TOTAL P. (T.P.). Refleja el nivel total de autoestima. Las personas con puntajes altos, tienden a estar contentos consigo mismas, sienten que son personas dignas y valiosas. Las personas con puntajes bajos dudan de su propio valor, con frecuencia se sienten ansiosos, deprimidos e infelices.

2.- HILERA 1 - IDENTIDAD (I-B). Aquí la persona describe su identidad básica, lo que él es, basado en como él se ve.

3.- HILERA 2 - AUTOSATISFACCIÓN (A-S). Este puntaje viene resultando de aquellos ítems en los que la persona describe como se siente con respecto al "sí mismo", que percibe.

4.- HILERA 3 - CONDUCTA (C). Este puntaje mide la percepción de la persona sobre su propia conducta o de la forma en que funciona.

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

6.- COLUMNA B - YO ÉTICO-MORAL (YO MOR). Este puntaje describe al yo desde un marco de referencia Ético-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 adecuación como persona y la evaluación de su personalidad.

8.- COLUMNA D - YO FAMILIAR (YO FAM). Este puntaje refleja los propios sentimientos de adecuación, méritos y valor como miembro de una familia.

9.- COLUMNA E - YO SOCIAL (YO SOC). Refleja el sentido de adecuación y valer de la persona en su Interacción social con otras personas en general.

C.- EL PUNTAJE DE DISTRIBUCIÓN (D). Este puntaje representa la suma que la persona obtiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las cinco opciones. Se puede interpretar también como una medida adicional de la autopercepción.

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.

Los puntajes extremos en esta variable, en cualquier dirección, son poco deseables y generalmente se obtienen en personas perturbadas.

TENNISSEL 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

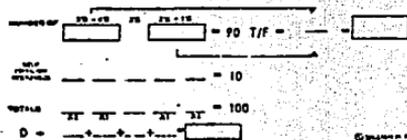
FALLA DE ORIGEN

SCORE SHEET
 Clinical and Research Form
 Form No. 1-67 Copyright 1967

HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF

TESTED 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-2 P-3 N-4 N-5 N-6	P-18 P-20P-21 N-22N-23N-24	P-37P-38P-39 N-40N-41N-42	P-58P-59P-60 N-61N-62N-63	P-73P-74P-75 N-76N-77N-78	61-92 93-94	61-92 93-94
IDENTITY	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	
WHAT HE IS	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	
	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	
	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	
	P + N P - N	P + N P - N	P + N P - N	P + N P - N	P + N P - N		
ROW 2	P-7 P-8 N-9 N-10 N-11 N-12	P-23P-24P-25 N-26N-27N-28	P-43P-44P-45 N-46N-47N-48	P-64P-65P-66 N-67N-68N-69	P-79P-80P-81 N-82N-83N-84	95-96 97-98	
SELF EST- PACT- HOW HE FEELS	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	
	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	
	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	
	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	
	P + N P - N	P + N P - N	P + N P - N	P + N P - N	P + N P - N		
ROW 3	P-13 P-14 P-15 N-16 N-17 N-18	P-31P-32P-33 N-34N-35N-36	P-51P-52P-53 N-54N-55N-56	P-71P-72P-73 N-74N-75N-76	P-86P-87P-88 N-89N-90N-91	99-100	
BEHAVIOR HOW HE ACTS	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	4 4 4 2 2 2	
	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	3 3 3 3 3 3	
	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	2 2 2 4 4 4	
	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	1 1 1 5 5 5	
	P + N P - N	P + N P - N	P + N P - N	P + N P - N	P + N P - N		
COLUMN TOTALS	Σ (All items) P - N	Σ (All items) P - N	Σ (All items) P - N	Σ (All items) P - N	Σ (All items) P - N		
	Σ (All items) P - N	Σ (All items) P - N	Σ (All items) P - N	Σ (All items) P - N	Σ (All items) P - N		
	V. (Normal Scale)						

DISTRIBUTION OF RESPONSES



EMPIRICAL SCALES



FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Whalley Hammell.

Psychologic and sociological theories concerning adjustment to traumatic spinal cord injury: the implications for rehabilitation.

Paraplegia 30 (1992) p 317 - 326

Shadish W. R.

Psychologic problems of spinal cord injury patients: emotional distress as a function of time and locus control.

J. Consult Clin Psychol (1991) Vol. 44 p 22 - 27

Whitenech PhD, Charlifue M.A.

Mortality, morbidity, and psychosocial outcomes of persons spine cord injured more than 20 year ago.

Paraplegia 30 (1992) p 617 - 630

Gerhart MS.

Health and psychosocial issues of individuals with incomplete and resolving spinal cord injuries.

Paraplegia (1992) p 382 - 387

Sabue L:A Reid DC, Davis

Spine trauma and associated injuries.

J. Trauma (1992) Vol. 31, p 43 - 48

Center of Disease Control

Acute traumatic spinal cord injury surveillance

United States.

JAMA (1988) p 259, 310

Dincer, Oflazer

Traumatic spinal cord injuries in Turkey

Paraplegia 30 (1992) p 641 - 646

Brackett KD.

The emotional care of a person with a spinal cord injury.

J. AM. Med. Assoc. (1992) Vol. 252, p 793 - 795

Sjosten A.

The quality of life of three functional spinal cord injury subgroups in a Swedish community.

Paraplegia 28 (1991) p 476 - 488

Roth MD.

The older adult with a spinal cord injury.

Paraplegia 30 (1992) p 520 - 526

Cushman PhD.

Spinal cord injury 10 and 15 year after.

Paraplegia 30 (1992) p 690 - 696

Brown M.

Unhandicapping the disabled what is possible?

Arch. Phys. Med. Rehabil. (1993) p 206 - 209

Paul Wehman, Booth Martha.

Return to work with traumatic brain injury and spinal cord injury: Three cases studies.

International Journal of Rehabilitation Research (1994) Vol. 17, p 268-277

Whalley Hammell KD.

Occupational therapy in the manage of high level quadriplegia.

Br. J. Occup. Ther (1993) Vol. 54, p 33 - 34

Noreau PhD. Shephard M.D.

Return to work spinal cord injury the potential contribution of physical fitness.

Paraplegia 30 (1992) p 563 - 572

De Vivo Mj. Fine PR.

Employment status of spinal cord injured patients three years after injury.

Arch Phy Med Rehabil. (1992) Vol. 63, p 200 - 203

Phillip Harris

Spinal cord injuries in the 21st century.

Paraplegia 30 (1992) p 31 - 34

Uribe Noya.

Complicaciones del paciente con lesión medular y Síndrome de reposo prolongado.

Instituto Nacional de Ortopedia.

Rev. Med. Fis. Reh. Vol 6, No. 3, Julio-Septiembre 1994

Versluys

Psychosocial adjustment to physical disability.

Edit. Occupational therapy for dysfunction

2nd. Ed. William and Wilkins Baltimore.

Crewe NM. Kinuse JS.

Spinal cord injury: psychologic aspects.

Edit. Rehabilitation psychology desk reference.