

UNIVERSIDAD SALESIANA

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

EL PERFIL PSICOLOGICO DEL TECNICO EN REHABILITACION

288775

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA
PRESENTA:**

MIGUEL ANGEL BRACAMONTES GARCÍA

ASESOR: LIC. MA. ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ

MEXICO

200



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

Dedicada a:

Mis padres y hermana.

Pues sin su apoyo esto no hubiera sido posible,

A todos aquellos que me han guiado por el camino correcto durante la vida aunque su presencia no sea siempre constante, pero que han dejado una huella en mi conocimiento y aprendizaje, con su ejemplo, consejo y comportamiento hacia la vida.

A mis maestros y profesores.

Gracias a:

Las autoridades de el Centro Nacional de Rehabilitación / Medicina de Rehabilitación.

Dr. LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA

Dra. Ma. DE LOS ANGELES BARBOSA V.

Dra. MATILDE L. ENRIQUEZ S.

Dra. LUZ MA. ALVARADO B

A

M.PSIC LIDIA A. GUTIERREZ GURIERREZ

Por su ayuda, apoyo y guía

A

**LTF. ARTURO CARBALLO CRUZ
H. American Britich Cowdray**

Esperando que el esfuerzo puesto durante la realización de esta tesis, rinda para todos los frutos deseados.

INDICE

Introducción

CAPITULO I

Historia del Técnico en Rehabilitación	1
Historia de la Escuela para Técnicos en Rehabilitación	
¿ Por. qué de su creación?	6
Importancia de la escuela para Técnicos en Rehabilitación	11
¿Qué se estudia el Técnico en Rehabilitación?.....	12
Planes de estudio.....	14

CAPITULO II

Porqué el perfil psicológico del Técnico en Rehabilitación	19
¿Qué es un perfil?.....	21
Características de personalidad del Técnico en Rehabilitación	22
Importancia del perfil del Técnico en Rehabilitación	24
Utilidad del perfil en la Escuela para Técnicos en Rehabilitación ...	27

CAPITULO III

¿Qué hace el Técnico en Rehabilitación?	33
¿Qué tipo de pacientes reciben los Técnicos en Rehabilitación? ...	39
Rasgos deseables del Técnico en Rehabilitación	41

CAPITULO IV

Instrumentos	
MMPI – II	43
Kuder	46

CAPITULO V

Metodología	49
-------------------	----

CAPITULO VI

Resultados	55
Análisis de resultados	58
Conclusiones	78
Sugerencias	85
Bibliografía	89
Anexos	

INTRODUCCION

La presente investigación esta sustentada en la aplicación de pruebas psicométricas como el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota -2 (MMPI) y la Escala de Preferencias Vocacional (Kuder) estas pruebas se aplicaron a 295 personas las cuales concursaron entre 1993 y 1998 para ingresar a la Escuela para Técnicos en Rehabilitación de la Secretaria de Salud, con la cual se obtuvo el perfil psicológico de los técnicos antes mencionados.

El trabajo consta de VII capítulos dentro de los cuales se encuentran temas como la historia del técnico en Rehabilitación y la escuela de la que es egresado, la importancia de contar con un perfil psicológico, sus características de personalidad, a que se dedica el técnico en rehabilitación, la metodología utilizada en la investigación, resultados y conclusiones de la misma.

Esperando que el presente trabajo abra las puertas para futuras investigaciones que apoyen a los técnicos en su labor y aporten mayores datos, con el fin de mejorar el desempeño laboral, social e individual de

estos profesionales, quienes sin duda mejorarán la vida de las personas con quienes se encuentran.

CAPITULO I

HISTORIA DEL TECNICO EN REHABILITACIÓN

A lo largo de la historia de la humanidad han existido guerras, enfermedades, y todo tipo de accidentes, que han producido legiones de inválidos, los cuales han hecho intentos concurrentes para reintegrarse a la vida humana y a la sociedad, por ejemplo los egipcios y griegos entre otros, buscaron el efecto de la radiación solar, vista como un Dios o reuniendo en una sola deidad al sol y a la curación, en algunas ocasiones se buscaba la acción terapéutica de los rayos solares en enfermedades como la varicela; posteriormente con los descubrimientos científicos de las propiedades de la luz en forma de ondas, se hacen estudios profundos y se crean institutos que la estudian, en México en el tiempo de los Mexicas era usado un vapor llamado temazcalli, la aplicación externa de agua data desde los principios del hombre y es usada constantemente en la terapéutica médica.

Hasta la segunda mitad del siglo XX fue difícil que la sociedad reconociera que los discapacitados tenían las mismas capacidades, necesidades e intereses que el resto de la población; por ello seguía existiendo un trato discriminatorio en aspectos importantes de la vida.

Había empresarios que se resistían a dar trabajo o promocionar a discapacitados, propietarios que negaban el alquiler de sus casas y tribunales que a veces privaban a éstos de sus derechos básicos. (P. discapacitados,1998)

A través del tiempo, se han tomado dos actitudes muy marcadas hacia los inválidos, uno es el rechazo total y la exterminación de éstos y otro la aceptación y asistencia para rehabilitarlos; el sostener a un inválido no productivo es extremadamente costoso para la sociedad según los registros anuales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU,1981), en materia de salud, esto también ha provocado el rechazo de muchos sectores, pero mientras se les siga rechazando, será cada día más costoso para todos, es por ello que es sumamente importante la preparación adecuada de todo un equipo de personas encargados de brindar el trabajo y esfuerzo que permita rehabilitar a todas las personas y reintegrarlas a la vida social y productiva del país, en especial los técnicos en rehabilitación, como se verá en el contenido de este trabajo.

La rehabilitación surge con un elevado concepto humanitario, filosófico, religioso, moral y económico-social como una doctrina dirigida a lograr el máximo beneficio para el inválido y para la sociedad y ésta,

sintiendo la responsabilidad de este problema, se enfrenta a él y trata de solucionarlo tomando en sus manos la rehabilitación del inválido.

"La rehabilitación ha existido desde que existe el hombre, ya que desde sus orígenes ha padecido de invalideces que ha tratado de solucionar de una u otra forma, realizando así una rehabilitación rudimentaria, que fue el preámbulo para todo lo que existe hoy en día" (Zamudio,1957).

Es difícil puntualizar quien fue el primer terapeuta físico en la historia, pero "una de las primeras personas que ayudo a la reconstrucción e implemento técnicas de rehabilitación durante la primera guerra mundial y se involucro en el tratamiento de los soldados fue la fisioterapeuta norteamericana Mary McMillan, además de ser la fundadora y primera presidenta de la American Physical Therapy Association" (Fosnaught, M)

También existe una demanda creciente de servicios de rehabilitación para todo tipo de problemas médicos, demanda que es proporcional al conocimiento que se va incorporando a la población en general, de que el

restablecimiento de una calidad de vida satisfactoria para el paciente discapacitado depende de que se le proporcionen a tiempo los servicios de rehabilitación adecuados.

El concepto de rehabilitación médica se ha continuado expandiendo y con él se ha desarrollado el concepto de medicina comprensiva como un potencial para el éxito de las intervenciones. La rehabilitación es un proceso complejo que resulta de la aplicación de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere su estado funcional óptimo, tanto en el hogar como dentro de la comunidad. (Krusen,1983)

"En México el gobierno de la República desde el año de 1953 creó la Dirección General de Rehabilitación dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública. Esta dirección tiene por objeto fundamental incorporar a la vida social y económica del país a los incapacitados no susceptibles de recuperación por medios médicos y quirúrgicos."
(Zamudio,1957)

Es así como México se colocó a la cabeza de los países que iniciaron un proceso para tratar el problema de la invalidez.

Se define como Rehabilitación aquella que tiene por objeto adaptar al individuo inválido para que realice lo mejor posible las actividades diarias de la vida humana (ADVH) con sus capacidades y a pesar de sus incapacidades, sin que necesariamente trate directamente de mejorar la condición patológica en sí.

HISTORIA DE LA ESCUELA PARA TECNICOS EN REHABILITACIÓN

El desarrollo de la Medicina de Rehabilitación en México, partió de la necesidad de dar atención médica a los niños con secuelas de poliomielitis que surgía en forma de brotes en toda la República Mexicana, como apoyo a la terapéutica médica y quirúrgica.

Un complemento a los servicios de ortopedia eran las técnicas médicas que se apoyaban con aparatos ortopédicos hechos de forma artesanal en algunos talleres.

Debido a la gran necesidad y al complemento fundamental del apoyo de los aparatos ortopédicos se inició la capacitación de personal técnico, los primeros cursos se impartían durante unos meses, capacitando así a personas de diverso nivel académico, desde primaria terminada hasta auxiliares de enfermería y enfermeras. Proliferando así, instituciones generalmente oficiales en donde se impartían dichos cursos, entre ellos el Hospital Infantil de México y el Instituto Mexicano de Rehabilitación, donde

los programas eran muy elementales y generalmente se incluía en ellos materias como, generalidades de anatomía, masaje y movilización.

En el año de 1943 en el Hospital Infantil de México se iniciaron los cursos con duración de tres meses, posteriormente en 1960 el Hospital Infantil exigió un nivel mínimo de ingreso la secundaria terminada y un programa de estudios de Terapia Física y Rehabilitación de dos años incluyendo el servicio social. (Barbosa, M.A. 1984)

En el año de 1971 se hicieron las áreas de diagnóstico, producción de órtesis y prótesis, la creación de laboratorios de investigación científica, instalaciones para la enseñanza de medicina de rehabilitación y de terapia física y ocupacional y la introducción de programas de estimulación temprana en parálisis cerebral infantil (P.C.I.) y de orientación familiar.

Por primera vez, médicos especialistas en medicina de rehabilitación se adiestraron en el extranjero; terapeutas físicos se capacitaron como instructores de orientación y movilidad y terapeutas ocupacionales para el ajuste personal de ciegos.

Se diseñó un instituto para la rehabilitación integral de todo tipo de inválidos, el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (C.R.E.E.) en el que se prestan servicios de diagnóstico de medicina de Rehabilitación, medicina de la comunicación humana, pediatría, neurología, oftalmología, ortopedia, psicología psicopedagogía, trabajo social y de capacitación para el trabajo; servicios de terapia comprendiendo terapia física, ocupacional y del lenguaje, órtesis y prótesis, ayudas visuales y auditivas, servicio de educación especial, entre otros.(Memorias,1980)

En 1974 la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia crea la Escuela para Técnicos en Rehabilitación (ETR), que tiene las siguientes carreras:

- Terapia Física (T.F)
- Terapia Ocupacional (T.O)
- Ortesista protesista (O.P)

Se unificó a la mayoría de las escuelas, planes y programas de estudio, con una duración de tres años como nivel mínimo académico de ingreso a la ETR el bachillerato o equivalente.

En 1975 el Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra logró el reconocimiento de la ETR por parte de la Dirección General de Educación Superior, Secretaría de Educación Pública, y de este modo la ETR se incorporó a la SEP, estando la escuela facultada para expedir certificado y título a los alumnos egresados.

Desde 1980 el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación / Centro Nacional de Rehabilitación (CNR) se convierte en la sede de la ETR además de funcionar como principal centro de prácticas para los alumnos de las tres carreras.

Hubo intentos por crear otras escuelas de TF en distintas instituciones, pero éstas han fracasado debido a la mala planeación de sus planes y programas de estudio o por falta de personal, existiendo actualmente dos escuelas únicamente de TF la del Hospital Inglés y la del CNR, con reconocimiento oficial de la Secretaría de Educación Pública y la carrera técnica de OP se imparte únicamente en el CNR en todo el país.

Hasta 1995 existían en México un total de 2121365 discapacitados

(ver anexo 2)

IMPORTANCIA DE LA ESCUELA PARA TÉCNICOS EN REHABILITACIÓN

La creación de la ETR es esencial pues sin ella no hubiese sido posible la rehabilitación integral de miles de personas desde su creación a la fecha, por ello es una labor primordial dentro de la Rehabilitación la educación adecuada de los técnicos en rehabilitación por el impacto que ellos tienen a nivel nacional, además de ser una de las escuelas más importantes en el país por el lugar que ocupa en el sistema educativo nacional, por lo anteriormente mencionado, por ello la importancia de la ETR, teniendo así egresados comprometidos con la sociedad, con su comunidad y no sólo favoreciendo su desarrollo personal sino también el de toda la sociedad en distintos niveles donde el técnico es indispensable.

¿QUÉ ESTUDIA EL TÉCNICO EN REHABILITACIÓN?

OBJETIVO

Actualmente, "estos cursos se proponen la formación de personal técnico especializado en rehabilitación, proporcionándole los conocimientos, habilidades y destreza necesaria para que adquieran la capacidad de aplicar los diferentes métodos de tratamiento indicado por los médicos especialistas, para lograr la rehabilitación integral de los inválidos." (INMR/ETR)

El fisioterapeuta estudia el por qué de una discapacidad y cuáles son las áreas que ésta abarca, tomando en cuenta, que es lo que no puede hacer el paciente en sus actividades de la vida diaria y de acuerdo con la prescripción médica realiza una terapia específica, que puede consistir en la "aplicación de agua, luz, calor, masaje, ejercicio, electricidad, entre otros agentes físicos para el tratamiento." (R.Estiude, 1971)

El terapeuta ocupacional estudia los procesos por medio de los cuales puede ayudar a la persona con discapacidad física total o parcial a lograr un ajuste emocional adecuado para que el paciente pueda alcanzar un nivel más alto de funcionamiento independiente y satisfacción vital posible, enseñándole como llevar a cabo estos procesos por sí mismo.

El Ortesista Protesista estudia el diseño y construcción de aparatos ortopédicos así como su adaptación al paciente que requiere de éstos, ayudando a la recuperación de una incapacidad temporal o definitiva, trabajando con "materiales como madera, cuero, materiales plásticos, metales, además de conocer la mecánica del sistema locomotor y sus patologías." (R.Estiude, 1971)

PLANES DE ESTUDIO

TERAPIA FISICA

Primer año

Anatomía del sistema músculo esquelético.

Fisiología y laboratorio.

Física.

Bioquímica.

Psicología y desarrollo psicomotor.

Nosología médica y quirúrgica.

Terapia Física.

Exámenes y medidas.

Ejercicios terapéuticos I.

Inglés técnico I.

Procedimientos de enfermería.

Histología.

Natación.

Ética.

Práctica clínica.

Segundo año

Anatomía en cadáver.

Anatomía y fisiología de aparatos y sistemas

Entrenamiento funcional.

Ortopedia y traumatología.

Biomecánica.

Neurología.

Ejercicios terapéuticos II

Inglés técnico II

Unidad didáctica de T.F. en amputados.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en lesionados medulares.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en accidentes vasculares.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en parálisis cerebral infantil.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en lesiones de neurona motora periférica.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en lesiones de neurona motora central.

Práctica clínica II

Tercer año

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en enfermedades musculares.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en padecimientos reumatológicos.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en traumatología y ortopedia.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en padecimientos pulmonares.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en ciegos y débiles visuales.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en problemas de la comunicación humana

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en problemas de alcoholismo y farmacodependencia.

Unidad didáctica de T.F. y rehabilitación en Cardiología

Practica clínica III.

Servicio social

PLANES DE ESTUDIO TERAPIA OCUPACIONAL

Primer año

Anatomía del sistema músculo esquelético.
 Histología.
 Fisiología y laboratorio.
 Bioquímica.
 Psicología y desarrollo psicomotor.
 Nosología medica y quirúrgica.
 Exámenes y medidas.
 Inglés técnico.
 Ejercicios terapéuticos I.
 Procedimientos de enfermería.
 Etica.
 Teoría de la terapia ocupacional I.
 Trabajos manuales y artesanías.
 Práctica clínica I.

Segundo año

Anatomía en cadáver.
 Anatomía y fisiología de aparatos y sistemas
 Entrenamiento funcional.
 Biomecánica.
 Neurología.
 Ejercicios terapéuticos II
 Inglés técnico II
 Teoría de terapia ocupacional II.
 Artesanías.
 Unidad didáctica de T.O. en amputados.
 Unidad didáctica de T.O. en lesiones medulares.
 Unidad didáctica de T.O. en parálisis cerebral infantil.
 Unidad didáctica de T.O. en accidentes.
 Unidad didáctica de T.O. en accidentes vasculares.
 Unidad didáctica de T.O. en padecimientos de neurona motora
 periférica.
 Unidad didáctica de T.O. en padecimientos de neurona motora central.
 Practica clínica II.

Tercer año

Teoría de la terapia ocupacional III.

Artesanías III.

Técnicas de enseñanza.

Unidad didáctica de T.O. en Psiquiatría.

Unidad didáctica de T.O. en padecimientos musculares.

Unidad didáctica de T.O. en padecimientos reumatológicos.

Unidad didáctica de T.O. en padecimientos pulmonares.

Unidad didáctica de T.O. en ciegos y débiles visuales.

Unidad didáctica de T.O. en problemas de alcoholismo y
farmacodependencia.

Unidad didáctica de T.O. en Cardiología

Practica clínica III.

Servicio Social.

PLANES DE ESTUDIO ORTESIS Y PROTESIS

Primer año

Matemáticas.
Tecnología.
Anatomía
Fisiología y laboratorio
Inglés elemental.
Dibujo.
Introducción ortésica I.
Sistemas de construcción.
Física.
Psicología.
Dibujo técnico.

Segundo año

Química.
Inglés básico.
Seguridad industrial
Patología.
Sistema de construcción II.
Introducción ortésica II.
Introducción protésica I.
Organización y administración.

Tercer año

Biomecánica.
Patomecánica.
Anatomía de muñones.
Introducción protésica II.
Inglés técnico.
Sistemas de construcción III.
Introducción a la rehabilitación.
Servicio Social.

CAPITULO II

¿POR QUÉ EL PERFIL PSICOLÓGICO DEL TÉCNICO EN REHABILITACIÓN?

La medición en psicología tiene como finalidad llevar a cabo la medición de la conducta, tanto en el ser humano como en animales, lo que constituye uno de los pilares fundamentales de la ciencia psicológica, por el interés que el hombre tiene de sí mismo y de su naturaleza. Es sumamente importante la medición psicológica pues sólo ésta dará la posibilidad de estudiar los atributos característicos de los seres humanos que interesa conocer para poder mejorar su calidad de vida, además de ser la única manera de hacer investigación científica medible objetivamente. (Morales, 1996)

Los primeros intentos por llevar a cabo el estudio de perfiles psicológicos sobre bases de orientación profesional fueron emprendidos por el filántropo americano Frank Parsson en 1908, estos métodos continuaron desarrollándose poco a poco, al estallar la primera Guerra Mundial se habían comenzado a utilizar sistemáticamente métodos psicodiagnósticos en algunos centros de orientación profesional en Alemania, Francia, Holanda y Bélgica. (Katz, 1970)

En Alemania se emplearon principalmente los tests psicológicos para el examen de las aptitudes profesionales.

En México se han realizado diversos estudios sobre perfiles psicológicos desde hace muchos años, pero sorprendentemente se ha encontrado que no existe nada relacionado con los técnicos en rehabilitación, existen variados artículos sobre aprovechamiento escolar, (Viesca, 1981) sobre la necesidad de hacer estudios psicológicos y de aprovechamiento para mejorar el trabajo de los egresados en distintas escuelas, o perfiles terminales en la UNAM (Pérez, 1985) entre otros, lo que ha generado aun mayor interés sobre el desarrollo de este trabajo así como su importancia, "además de que se hacen pocas referencias a lo que por perfil se entiende": (G. Sanchez, 1984)

¿ QUÉ ES UN PERFIL?

Perfil:

Son las características de personalidad que debe poseer la persona que pretenda ingresar a la ETR, características que le permitan desarrollar las habilidades y conocimientos científicos, técnicos y humanísticos con la finalidad de que puedan resolver problemas en el ámbito laboral y social de acuerdo con lo requerido en el mercado de trabajo.

Estas características son básicas, porque permitirán un desempeño óptimo de todo estudiante, que quiera ser desde luego TR, esto hará que el estudiante se sienta cómodo, de acuerdo con lo que hace y que su desempeño sea cada vez mejor, colaborando en un cien por cien en la recuperación de todos los pacientes, al encontrarse con un TR al que estos últimos perciban que realiza con gusto su trabajo, así también para el TR, quien no sentirá pesado su trabajo, y lo hará como una vocación, y podrá trabajar de la misma manera durante muchos años.

Quien cumpla con estas características tendrá prácticamente asegurado el éxito en el desarrollo de su profesión y vida futura.

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DEL TÉCNICO EN REHABILITACIÓN

Son deseables los siguientes:

- Empatía con los pacientes, tener un trato amable y cordial con ellos durante todo el tratamiento.

- Paciencia, tolerancia a la frustración en el trabajo diario

- Posibilidad de entablar mucho contacto físico con todas las personas.

- Mantener siempre una escucha atenta con todos los pacientes, para brindar contención en el momento más adecuado

- Puntualidad

- Perseverancia

- Don de mando

- Proyectar confianza

- Tener gusto por materias como:

- Química

- Física

- **Biología**
- **Matemáticas**
- **Psicología**
- **Fisiología**
- **Investigación**

IMPORTANCIA DEL PERFIL

La importancia de tener un **perfil psicológico** permitirá la adecuada formación y capacitación de los alumnos en un futuro mediano, y así garantizar su eficiencia y productividad, por todo lo mencionado anteriormente, así como su desarrollo proyectando éste no sólo a su vida, sino también al desarrollo de su comunidad y del país en general, "también se debe ir más allá, buscando la transformación de la realidad social dentro de su profesión," (Anzures, 1984) por todo ello la selección adecuada de los alumnos es básica, tomando en cuenta todas o por lo menos con la mayoría de las características de personalidad y aptitud antes mencionadas, pues sin ellas será sumamente complicado el desarrollo pleno del alumno o no se logrará, generándose así grandes pérdidas para todos, además de la insatisfacción personal de los alumnos repercutiendo en su rendimiento y estado de ánimo

Además es importantísimo que dentro de la personalidad del TR, exista la posibilidad de comunicarse de manera franca y honesta no sólo con sus pacientes sino también con la familia de los mismos, pues sin el apoyo de éstos últimos la posibilidad de rehabilitación es sumamente difícil,

pues de la familia depende mucho la rehabilitación del paciente y de la misma familia, ya que son los que dan la contención y permiten o no "el inicio de la reintegración a la sociedad" (Kottke,1981), lo que permitirá el desarrollo de las habilidades para trabajar e integrarse a la sociedad. El TR al comunicarse con la familia y poder plantear sus dudas e inquietudes así como exponer su plan de trabajo cuando lo crea conveniente, podrá desarrollar un programa de trabajo adecuado, si en este proceso la familia no coopera el acercamiento que el TR pueda lograr será sumamente limitado.

El desarrollo de la empatía es básico para el trabajo del equipo de rehabilitación en especial el psicólogo y el TR, pues son éstos quien solamente ganándose la confianza del paciente pueden lograr la cooperación y desarrollo del paciente, además de permitirle la comprensión de su padecimiento, permitiendo además una recuperación pronta, desde luego sin importar cuanto tarde en sanar pero seguramente será un menor tiempo del esperado pues el paciente se siente muy bien atendido, pues el TR puede dar la contención, comprensión y amor a su paciente, provocando así un cambio en el estado de ánimo, importante para un nuevo enfoque de la vida. Si esta empatía no existe, si el paciente no

puede hablar de lo que siente con el TR, si no confía en él la rehabilitación es prácticamente imposible; porque falta la cooperación del interesado.

Si un TR no tiene la habilidad para lograr rápidamente la empatía del paciente, no podrá trabajar adecuadamente, un terapeuta que no pueda ser "amigo" del paciente no logrará nada, si grita o trata con molestia al paciente, esto irá en detrimento del trato al mismo, este trato debe ser comprensivo, con gran calidad humana y dedicado, de esta manera el desarrollo de la terapia y la rehabilitación integral podrá ser lograda de forma adecuada en todos los pacientes.

Desde luego el compromiso que el TR tenga con cada uno de sus pacientes es vital para su vida profesional y este compromiso en mucho depende también en el seguimiento de instrucciones, si no puede acatar ordenes dadas por los médicos y las cambia a su libre criterio o no sigue con los usos y costumbres de los familiares de los pacientes a quien visita se puede encontrar en serios problemas por la falta de respeto a la autoridad, viéndose afectada la puntualidad y desde luego el desempeño laboral, en consecuencia el TR debe poder adaptarse a los distintos ámbitos de trabajo los pacientes y su padecimiento físico.

UTILIDAD DEL PERFIL EN LA ESCUELA PARA TECNICOS EN REHABILITACION

El tener un adecuado perfil psicológico permitirá una adecuada planeación académica (Anzues, 1984), mejorando la educación y permitiendo un análisis detallado de las capacidades de todos los técnicos y dando un realce al la ETR, así mismo, permitirá la toma de decisiones congruentes con la razón de ser del Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación / CNR, logrando el crecimiento y avance sostenido indispensable para el desarrollo de la ETR y del país por los que tanto se ha trabajado. Además de ser un aspecto fundamental, la relación existente entre la educación y el empleo.

Así pues, el papel del psicólogo encargado de la selección de alumnos es básico, pues si su trabajo es errado o incompleto no se tendrá una adecuada selección, perjudicando no sólo a los aspirantes sino también a la institución, generando pérdidas para todos.

Sí el perfil no es el correcto no se podrá presentar la empatía con las características antes mencionadas ni la comunicación con los pacientes que debe tener el TR, y mucho menos la sinceridad, que le permitirá dar a todo paciente, las ganas de vivir esto es que en el momento de que un paciente se encuentra en un proceso de rehabilitación es muy probable que se encuentre deprimido, sin ganas de ver a nadie, en un cuarto oscuro, sucio y con ningún interés por la vida, poniendo en práctica su mecanismo normal de adaptación que le permite hacer frente a la problemática que enfrenta, esto le permitirá, reducir la ansiedad y le permite al paciente afrontar la situación que de otro modo sería insostenible (A. Cook,1994) por ello es que el primer acercamiento que puede tener el TR con un paciente es importante que se le convenza de que puede aumentar en un grado muy alto sus expectativas de vida.

Dándole confianza en sí mismo, permitiéndole la recuperación de la autoimagen y estima, permitiendo con esto, desarrollarse y trabajar sin importar las distintas habilidades del paciente; pues es prácticamente invariable la depresión en cualquier persona que necesita de la rehabilitación, cuando un paciente sufre de un cambio abrupto en su esquema corporal o en sus ADVH el paciente tiene que crear nuevos hábitos y habilidades, esto en la mayoría de las ocasiones no es muy fácil de lograr, si la negación como primer etapa traumática de la fase de duelo

que consiste en ira, depresión y aceptación, cuando la negación continúa durante mucho tiempo "provoca que no exista la participación del paciente en su tratamiento y deberá hablarse con el psicólogo del equipo"(A.Cook, 1984).

Esto no sólo facilitará su manejo personal, también el que le puede dar a sus aparatos, es en este proceso de apoyo donde el equipo de rehabilitación es muy importante, porque no sólo se actúa en el periodo depresivo, sino en la reincorporación total a la sociedad, en su desenvolvimiento de la vida diaria, donde el equipo de rehabilitación rompe con la dependencia que se crea hacia él y sus miembros y la lástima que el paciente puede sentir por sí mismo, y donde es completamente tangible la utilidad de la rehabilitación en la sociedad, si el perfil no es adecuado el TR no logrará nunca su objetivo que es la rehabilitación integral de su paciente.

Permitiendo también que desde el primer contacto con sus pacientes el TR pueda iniciar su trabajo, revisando a sus pacientes, platicando con ellos sus posibilidades de rehabilitación, sus inquietudes y expectativas futuras, si la rehabilitación es adecuada, logrando así la total recuperación

del paciente, e interactuando también con la familia comprometiéndola con el apoyo a su trabajo, " todo esto mantendrá el interés del paciente" (Kottke, 1981), al ver los esfuerzos del equipo de rehabilitación, favoreciendo en conjunto con el psicólogo y el trabajador social la reintegración a la sociedad y al trabajo.

Además de esto el psicólogo debe tomar siempre en cuenta que el paciente pasa por una crisis en el desarrollo sin saber que es lo que va a pasar con él y también por una crisis de desvalimiento, que como se dijo anteriormente afecta de una manera importante al paciente pues ya no puede desarrollar su vida "normal" es decir se encuentra en cama o en una silla de ruedas sin poderse mover, con vergüenza y con un sentimiento de inutilidad, de ser una carga para los otros miembros de la familia por lo mismo no quiere ser visto por los otros pues no es igual a lo que era antes ni igual a los demás, esto por lo general cuando su discapacidad se generó por un accidente.

Si se trata de un problema congénito la familia pasa también por una crisis en la estructura lo mismo que en un adulto, una crisis inesperada en la cual en el caso del niño, no sólo se caen las expectativas que se tenían de ese menor sino que se tiene que ajustar para cuidarlo, llevarlo al médico, alimentarlo, etc, se presenta un gran sentimiento de culpa entre los padres y los miembros de la familia, lo mismo que en el caso de un adulto, existiendo así una gran diferencia entre lo que se era o se quería ser y lo que no se será.

Por ello es necesario trabajar sobre la importancia que tiene el darse cuenta en los casos en los que sea pertinente que es un problema crónico que no se va a resolver del todo, logrando la colaboración de todos los integrantes, responsabilizando también a todos los miembros de la familia del cuidado del paciente y no sólo adjudicarle la responsabilidad a la madre que por lo general es quien se hace cargo de los pacientes.

Es importante en este proceso eliminar la culpa de los padres, sobre todo de la madre en el caso de un menor, y en el adulto responsabilizar también a todos los integrantes de la familia así como eliminar la culpa de lo sucedido, recordando que existen pacientes a quienes les interesa la

belleza o la estética de las ortesis más que la funcionalidad y se debe trabajar en función de esto, sobre todo se debe poner énfasis en que los pacientes puedan aceptar que lo sucedido no es un castigo de Dios, logrando la aceptación de los hechos.

Por todo lo anterior es importante lograr que el paciente adquiera pautas para recuperar la auto estima, la aceptación de sí mismo, elaborar lo más pronto posible el duelo, evitar o romper el aislamiento y ensimismamiento, la resistencia, el desplazamiento y lograr el dominio del entorno y de los sentimientos.

Sin olvidar que el equipo de rehabilitación es además de todo, un elemento orientador.

Logrando así que el paciente venza su temor a la vida, provocado en muchas ocasiones por cambios súbitos a la apariencia física o la motricidad, por lo tanto existe en el paciente un reajuste corporal, físico, psicológico y sexual, este último ayuda a recuperar la confianza en sí mismos que es lo primero que se pierde cuando se sufre un accidente, dando como resultado una discapacidad severa y corrigiendo el sentimiento de vulnerabilidad. (Zola,1982)

CAPITULO III

¿QUÉ HACE EL TÉCNICO EN REHABILITACIÓN?

El técnico en rehabilitación es el encargado de dar al paciente que sufre de alguna discapacidad los elementos necesarios para que éste pueda integrarse a la vida social y productiva de una forma óptima y con la mayoría de sus funciones, si no es que todas ellas restablecidas adecuadamente, el técnico en rehabilitación trabaja siempre bajo la supervisión de un médico rehabilitador, pero es el técnico el encargado de dar la terapia ya sea de TF, TO, OP según la necesidad de cada uno de los pacientes.

El Terapeuta Físico

El TF forma parte del equipo de rehabilitación, y es el encargado de dar masaje al cuerpo del paciente ya sea con las manos, o con aparatos eléctricos o con otros instrumentos, esto tiene como finalidad hacer que el paciente recupere la movilidad perdida de algún miembro y su tono muscular corpóreo.

Dar masaje, requiere como requisito que el paciente se presente higiénico, así mismo el TF debe presentarse con las manos limpias, sin callosidades en las mismas, las uñas limpias y limadas; los masajes deben darse en superficies limpias y cómodas para ambas personas.

El técnico debe conocer perfectamente bien los aparatos que maneja como los aparatos que dan pulsaciones eléctricas que estimulan el sistema nervioso central, así como la anatomía y cuales son las características patológicas de cada uno de los padecimientos que puede atender.

En ocasiones el TF es en quien el paciente más confía y quien mejor comprende su problemática, y lo puede ayudar a superarla, él es el

encargado en muchas de las ocasiones de conocer, comprender y ayudar a la dinámica social psicológica y vocacional de algunos pacientes, pues es quien tiene contacto directo con el paciente durante una mayor cantidad de tiempo, por lo tanto es quien lo escucha, tranquiliza y da consejos en muchos de los casos además de vigilar el entrenamiento físico necesario para eliminar la discapacidad y restaurar la función corporal correcta.

El Terapeuta Ocupacional

El TO es el encargado de ver que el paciente realice sus actividades de la vida diaria, de manera lo más independientemente posible, así como de forma segura evitando cualquier riesgo, esto desde luego con cada uno de sus pacientes; dependiendo de la problemática de cada uno de los pacientes, el TO realiza programas para que el paciente pueda desarrollar su potencial al máximo, esto es, que pueda trabajar, mantenerse y hacerse cargo de sí mismo con la menor ayuda posible de otras personas.

Todo esto se hace con la finalidad de que el paciente se pueda ajustar emocionalmente a su nueva vida de una manera lo más rápidamente posible, pues debe pensar que el paciente con alguna discapacidad se encuentra sumamente angustiado por su familia, su futuro y lo que será su vida social.

El TO ayuda al paciente a lograr una integración de tipo sensoriomotriz para que pueda valerse por sí mismo en todos los aspectos de los lugares donde pueda encontrarse, así como el poder mover y sujetar objetos variados, y en general utilizar todas las cosas que le rodean; también ayuda al ajuste de la parte biomecánica del paciente, es decir incrementar la fuerza, la movilidad articular en personas que tienen problemas en el sistema nervioso periférico pero no en el sistema nervioso central o en el sistema músculo esquelético cardiovascular o tegumentario.

Todo este trabajo con el fin último de que el paciente sea lo más independiente posible sin importar el nivel o la causa de la de la discapacidad cualquiera que sea la razón de la misma.

Así como ayudar a las personas a encontrar la forma de compensar su pérdida mediante técnicas y/o equipo previamente adaptado, esto se logra presentando a la persona el proceso que le puede ayudar haciendo que el paciente se concentre en el proceso y el objetivo de la actividad y no en los movimientos específicos o en los músculos.

El Ortesista Protesista

El Ortesista protesista es el encargado de fabricar de forma manual los aparatos que los pacientes necesitan, primero, con moldes de yeso, y después se fabrica con el material correspondiente de forma manual o con máquinas como el tomo, el material puede ser plástico, metal, madera entre otros.

El OP es quien diseña cada uno los aparatos de acuerdo con las necesidades de cada uno de los pacientes, de acuerdo con su edad, peso, complexión (medidas óseas) y las necesidades del padecimiento individual de cada persona.

La construcción adecuada de los aparatos es un factor básico para la recuperación del paciente y el éxito de todo tratamiento rehabilitatorio, pues si estos aparatos no son adecuados a las necesidades de cada una de la personas, no servirán, o no se proporcionan, se retrasará el tratamiento.

De acuerdo con el avance de las técnicas ortésicas y protésicas el T.O.P. tiene la obligación de irse actualizando, esto llevara a la mejora continua de todos los dispositivos; las órtesis son utilizadas en padecimientos como fracturas, pevac, osteoporosis, entre otros y las prótesis se usan en casos de amputaciones por diabetes, accidentes laborales, enfermedades como la poliartritis crónica progresiva, accidente vascular cerebral, éstas y otras enfermedades pueden verse ampliamente beneficiadas con dispositivos ortésicos y protésicos con o sin intervención quirúrgica.

El número cada vez más grande de padecimientos que requieren el uso de aparatos ortopédicos obliga a una actualización y especialización, además de pensar siempre en la economía de todo el material sin olvidar la calidad.

Por ello es tan importante que el perfil psicológico del TR sea correcto pues también permitirá el desarrollo de nuevas técnicas de construcción de aparatos, económicos y adecuados a la necesidad de cada persona.

¿Qué tipo de pacientes reciben los Técnicos en Rehabilitación?

Entre los pacientes que recibe el TR están los siguientes:

Pacientes con fracturas, post operados de fracturas, con material de osteosíntesis o sin él.

Pacientes traumatizados craneoencefálicos, traumatizados de columna post operados.

Pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC), que comprende embolias, trombosis, hemiplejía, paraplejía o diplejía.

Infantiles, poliomielitis,(PCI), Dawn.

Pacientes con padecimientos articulares como reumatología, artritis deformante, reumatismo.

Padecimiento vascular periférico.

Partos profilácticos.

Pacientes Quemados de primero, segundo o tercer grado, con quienes se enseña la colocación de vendas o máscaras elásticas.

Correcciones de postura o deformaciones de huesos con (virotas o férulas) hechas por él (OP)

Rehabilitación cardiaca, después de infartos al meocardio.

Pacientes parapléjicos.

Pacientes ciegos.

Entre otros

Rasgos deseables del Técnico en Rehabilitación

Sociable

Sincero

Amplio criterio

Capacidad de una escucha atenta

Servicio social

Capacidad de trabajo altruista.

Rápida empatía con todos los pacientes y la familia

Amor por el paciente

Facilidad de contacto físico

Gusto por el trabajo

Facilidad de palabra

Gusto por la física y la investigación

Creativo

Originalidad

Entusiasmo

Optimismo

Responsabilidad

CAPITULO IV

INSTRUMENTOS

Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI)

El MMPI se publicó por primera vez en 1943 por la Psycholigocal Corporation, los autores PhD, Starke Hathaway y MD, Jovian McKinley, trabajaban en los hospitales de la Universidad de Minnesota y esperaban que el MMPI fuera útil para la evaluación diagnóstica de rutina, el objetivo primordial de ambos era asignar calificaciones psicodiagnosticas apropiadas a casos individuales, que por lo general se hacían en entrevistas individuales o en exámenes de nivel mental y evaluación psicológica.

Hathaway y Mckinley utilizaron un enfoque de codificación empírica en la construcción de diversas escalas del MMPI, esto representó una innovación importante en la época en que éste se elaboró, la mayor parte de los inventarios de personalidad anteriores se elaboraron según un enfoque de codificación lógica, este método fue altamente cuestionado en

su efectividad, haciendo evidente que los sujetos podían falsificar o distorsionar sus reactivos a fin de presentarse como eligieran, el novedoso procedimiento de codificación empírica; las respuestas a reactivos individuales de la prueba se tratan como desconocidas y se utilizan un análisis empírico de reactivos para identificar los de la prueba entre otros grupos criterio.

El MMPI consiste en 566 enunciados afirmativos de autorreferencia. La persona que resuelve la prueba responde a cada afirmación como verdadera si se aplica a sí misma y como falsa si considera que no se aplica a sí misma. Los resultados aparentemente sin ambigüedad y el formato de respuesta estructurado permiten que el MMPI se clasifique como técnica objetiva de evaluación de la personalidad. (Graham,1987)

El MMPI esta basado en 566 reactivos distribuidos en diez escalas clínicas y tres de validez, pretende aislar rasgos de personalidad, su aplicación puede ser individual o colectiva y el resultado de las respuestas se analizan a través de la elaboración de un perfil.

El criterio tomado en cuenta para utilizar esta prueba es basado en la diversidad de factores de personalidad que se pueden encontrar, mediante sus diez escalas y tres de validez, además de las combinaciones posibles de estas, ya que el análisis de los mismos es parte fundamental del desarrollo del presente trabajo.

Es recomendable que el sujeto conteste todas las preguntas pues solo de esta manera se evitan posibles errores por falta de validez, la versión aplicada cuenta con plantillas plásticas que permiten ver al mismo tiempo que se califica toda la hoja de respuestas lo que hace mucho más fácil su calificación.

No existe un límite de tiempo establecido para la aplicación de la prueba por lo que el sujeto puede tardarse más de una hora en responderla por completo.

No se debe responder a dudas sobre que es lo que se debe responder (como respuesta válida) pues todas son verdaderas o falsas desde la percepción de cada persona.

La prueba debe ser respondida en absoluto silencio para no distraer la atención de las personas que también responden en ese momento la

prueba en caso de ser grupal y si se aplica de forma individual no distraer al sujeto.

La hoja de respuestas y las plantillas de calificación son las impresas y distribuidas por Manual Moderno para MMPI II

Inventario de Intereses de Kuder

Este inventario, elaborado por Kuder, fue publicado en 1939 y modificado luego varias veces. Actualmente existen tres formas: vocacional, ocupacional y personal. En este trabajo se utilizó la primera por ser la más adecuada con los intereses del estudio de personalidad de cada uno de los sujetos, además de ser la más antigua, la más estudiada y la más utilizada.

El Kuder vocacional es publicado por " Science Research Associate", 57 West Grand Ave., Chicago, Illinois EUA;

Contenido: No existe más que una sola forma para hombres y mujeres, 168 ítems presentan actividades u objetos, pero jamás profesiones. Estos ítems están agrupados en triadas, de las cuales se presenta un ejemplo a continuación:

Construir una jaula para pájaro

Escribir un ensayo sobre los pájaros

Dibujar pájaros

El sujeto debe indicar cuál de las tres actividades prefiere y cual le gustaría menos. El conjunto de ítems permite hacer el balance de los intereses agrupados por Kuder en 10 categorías.

Las escalas de calificación para cada categoría de intereses se compone de una serie de ítems homogéneos. La calificación del inventario de Kuder se justifica por la homogeneidad de las escalas. (D. Super, 1979)

Para responder el sujeto debe perforar con una pinta metálica cubierta de madera, que evita las lesiones en las manos, las respuestas que

corresponden a su preferencia, es conveniente poner un cartón que proteja el cuadernillo de respuestas, para que este pueda ser usado por otras personas posteriormente.

Durante la aplicación se debe guardar absoluto silencio para permitir la concentración de los sujetos y que éstos no se ayuden entre sí a responder la prueba, pues podría modificar su confiabilidad y validez.

No existe un límite de tiempo establecido para la aplicación de la misma, pero el sujeto debe pensar lo menos posible en las respuestas es decir debe ser espontáneo al responder, la prueba consta de plantillas integradas al mismo cuadernillo para poder ser calificadas rápidamente.

El criterio para tomar en cuenta de la escala de intereses vocacionales de Kuder radica en que gracias a las diez escalas que miden los distintos intereses y que a la forma como esta hecha estos intereses se cruzan entre sí esto permite tener un importante grado de validez, el análisis de los resultados es de gran importancia para poder determinar un perfil adecuado, y tener un conocimiento más exacto de los intereses y la posible combinación de los mismos.

CAPITULO V

METODOLOGIA

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Existe una necesidad de obtener un perfil puramente psicológico que debe cubrir el aspirante, para ingresar a la Escuela para Técnicos en Rehabilitación dado que esto permitirá un desempeño académico adecuado del aspirante así como su desarrollo social, personal y un trato adecuado a cada uno de los pacientes, por ello el interés de encontrar respuesta a esta interrogante. Pues si no se cumplen las condiciones adecuadas de personalidad, existe el peligro de un desempeño inadecuado y por lo tanto una mala rehabilitación

Hipótesis de trabajo.

Los intereses vocacionales y los rasgos de personalidad de los aspirantes a ingresar a la Escuela para Técnicos en Rehabilitación, muestran relación con la elección de carrera.

Hipótesis Nula.

Los intereses vocacionales y los rasgos de personalidad de los aspirantes a ingresar a la Escuela para Técnicos en Rehabilitación, no muestran relación con la elección de carrera

Variables.

Variable dependiente: La elección de carrera esta vinculada con la personalidad.

Variable Independiente: Rasgos de personalidad e intereses vocacionales, medidos con el MMPI y el Inventario de Kuder respectivamente.

Definición de variables:

Elección de carrera.- Tendencia o preferencia que manifiesta un individuo hacia el estudio de alguna disciplina o área de conocimiento

Rasgo de personalidad.- Característica o patrón específico de la conducta total de un individuo.

Interés Vocacional.- Factor predominante hacia experiencias de satisfacción relacionadas con actividades y profesiones, que pueden ser evidentes con la práctica o expresadas verbalmente.

Variables Extrañas.- La elección de carrera realizada por la influencia de amigos, familiares cercanos que se dedican a alguna de estas actividades, T.F. Y T.O o que cuentan con talleres de O.P, por factores de economía al tener un trabajo más seguro al terminar, oportunidad de desempeño profesional.

INSTRUMENTOS

Las pruebas administradas fueron, Kuder, MMPI, se aplicaron también otras pruebas pero para efecto de esta investigación no fueron requeridas

DISEÑO

- Descriptivo.
- Longitudinal.
- Retrospectivo.
- No Experimental.

Se aplico una t de Student para comparar los perfiles de los aspirantes que permanecieron estudiando o terminaron sus estudios y los que no los finalizaron.

PROCEDIMIENTO

Selección de la muestra, los aspirantes fueron seleccionados conforme solicitaron el ingreso en un periodo de seis años, 1993 - 1998 a la (ETR), de manera voluntaria, durante la convocatoria de registro en el mes de junio de cada año, el mismo se llevó a cabo en las oficinas de la escuela, por el personal encargado de realizarlo

Las instrucciones fueron dadas de acuerdo con los estándares de cada una de las pruebas aplicadas y de acuerdo con los protocolos de las mismas, se proporcionó el material completo a todos los aspirantes y se les preguntó si nadie faltaba de material en su totalidad o de alguna parte del mismo, las instrucciones fueron leídas en voz alta antes de ser aplicadas cada uno de los casos correspondientes, se aplicaron en las aulas de la (ETR).

DETERMINACIÓN DE RECURSOS

Todos los recursos fueron proporcionados por el INMR tanto las pruebas psicológicas como el personal investigador, las pruebas se aplicaron en las instalaciones del INMR en la ETR, las pruebas se aplicaron de acuerdo al número de aspirantes en cada uno de los seis años de la investigación en los meses de junio de cada año, cada aspirante fue dotado de su material de trabajo de manera individual de acuerdo con lo estipulado en cada una de las pruebas.

CRONOGRAMA

Se aplicaron las pruebas en el mes de junio de cada año durante dos semanas durante seis años de 1993 a 1998 de manera consecutiva, al finalizar los seis años los datos se capturaron en una base de datos y se analizaron los resultados en gráficas.

CAPITULO VI

RESULTADOS

La muestra de esta investigación consta de 295 sujetos divididos en dos grupos, los parámetros que se tomaron para dividirlos fueron grupo 1 o Xi igual a si termina sus estudios de Técnico en Rehabilitación y grupo 2 o Xo igual a no terminaron sus estudios, estos dos grupos se presentaron de 1993 a 1998 de la manera siguiente:

HOMBRES POR AÑO	
93	11
94	15
95	25
96	21
97	25
98	13

MUJERES POR AÑO	
93	26
94	31
95	38
96	38
97	26
98	26

CARRERA POR AÑO	
93	37
94	46
95	63
96	59
97	51
98	39

HOMBRES POR CARRERA	
	13
	51
	46
TOTAL	110

MUJERES POR CARRERA	
TO	27
TF	139
OP	19
TOTAL	185

TOTAL POR CARRERA	
TO	40
TF	190
OP	65
TOTAL	295

CAPACIDAD OCUPACIONAL	
	22
	20
TOTAL	42

TERAPIA FISICA	
SI	84
NO	107
TOTAL	191

ORTESIS Y PROTESIS	
SI	34
NO	31
TOTAL	65

CARRERAS EN TOTAL	
	140
	155
TOTAL	295

Tabla dividida según el género
según la carrera elegida

Para observar la distribución de la muestra en ambos grupos se aplicó la prueba de t de student debido a que ambas muestras son independientes, y buscando la mejor aproximación a los resultados, con un intervalo de confianza de 95% para una campana de Gauss de 2 colas y v mayor a 120

Con la siguiente formula:

$$t = \frac{\bar{X} - \mu}{S} \sqrt{N-1}$$

Tomando en cuenta a todos los sujetos que si terminan y obteniendo un resultado de cada una de las escalas de las pruebas utilizadas en esta investigación lo mismo para el segundo grupo dando como resultado:

DATOS GENERALES

	t-si terminó	t-no terminó
IBRE	-0.92	-0.92
CANICO	0.74	0.74
LCULO	-0.59	-0.59
ENTIF	-0.92	-0.93
RSUAS	0.01	0.01
TISTICO	1.54	1.54
ERARIO	0.34	0.34
JSICAL	1.27	1.26
RSOCIAL	0.99	0.99
ICINA	0.65	0.65

t-si termino t-no termino

MPIL	1.64	1.64
MPIF	1.42	1.43
MPIK	-0.49	-0.49
MPIHS	-0.68	-0.68
MPID	-0.18	-0.18
MPIHI	-0.13	-0.13
MPIDP	-0.71	-0.71
MPIMF	0.43	0.43
MPIPA	0.31	0.31
MPIPT	-0.29	-0.29
MPIES	-0.68	0.69
MPIMA	1.56	1.56
MPIIS	-0.71	-0.71

	si terminó		no terminó		t-si terminó		t-no terminó		desviacion estandar	
					significancia	significancia	significancia	significancia	si terminó	no terminó
klibre	46.1357	48.7722	-0.92	0.361	-0.92	0.36	24.462	25.066		
kartis	48.2429	43.0684	1.54	0.124	1.54	0.125	24.193	23.603		
kcalculo	35.5	37.2593	-0.59	0.556	-0.59	0.555	25.053	26.25		
kcintifico	54.3714	56.9304	-0.92	0.357	-0.93	0.354	22.863	24.74		
kliterario	46.6843	45.8987	0.34	0.737	0.34	0.738	25.113	24.459		
kmecanic	45.6575	43.1382	0.74	0.458	0.74	0.459	29.616	28.844		
kmusical	20.1786	16.1709	1.27	0.206	1.26	0.208	26.267	26.288		
koficina	29.2214	27.6582	0.65	0.514	0.65	0.515	20.983	20.278		
kpersuas	40.6071	40.5633	0.01	0.988	0.01	0.989	26.386	25.986		
kservisol	80.2214	78.0127	0.99	0.324	0.99	0.325	19.413	19.139		

MMPI	si terminó		no terminó		t-si terminó		t-no terminó		desviacion estandar	
					significancia	significancia	significancia	significancia	si terminó	no terminó
mmpid	52.3652	52.8281	-0.18	0.86	-0.18	0.861	10.327	12.516		
mmpidp	50.9478	52.0083	-0.71	0.48	-0.71	0.478	10.121	12.892		
mmpies	53.2261	54.2645	-0.68	0.494	0.69	0.491	9.759	13.199		
mmpif	50.9913	48.2645	1.42	0.156	1.43	0.153	12.785	16.341		
mmpihi	49.713	49.9008	-0.13	0.899	-0.13	0.899	10.061	12.474		
mmpihis	51.2174	52.281	-0.68	0.5	-0.68	0.498	10.905	13.133		
mmpis	49.3043	50.314	-0.71	0.481	-0.71	0.479	9.457	12.261		
mmpik	54.2783	55.1322	-0.49	0.625	-0.49	0.623	11.755	14.773		
mmpil	63.713	60.0331	1.64	0.103	1.64	0.103	15.351	18.983		
mmpima	56.6609	54.2397	1.56	0.119	1.56	0.118	11.037	12.633		
mmpif	58	57.2397	0.43	0.666	0.43	0.665	13.243	13.727		
mmpipa	47.2609	46.7603	0.31	0.78	0.31	0.759	10.978	13.946		
mmpipt	50.5739	50.9421	-0.29	0.772	-0.29	0.771	8.72	10.645		

Como se puede observar en los resultados de las medias totales en ambas pruebas no hay diferencias ni en t de student.

ULTADOS DE l de Student para alumnos que NO TERMINAN
re grupos donde nunca se alcanza la pt por años

CONFIABILIDAD INTERNA

COMPARADO

N= 42-2

gl =40

0.05 pt = 1.68

7

PIL	0.68330502
PIF	0.79075813
PIK	0.56051219
PIHS	0.94027156
PID	0.68787509
PIHI	0.37447911
PIDP	0.66409504
PIMF	0.39145773
PIPA	0.9627008
PIPT	0.96895896
PIES	0.87850643
PIMA	0.60655078
PIIS	0.30567993

ALIBRE	0.93378612
MECANICO	0.52695235
CALCULO	0.2974055
CIENTIF	0.28339635
PERSUAS	0.60718085
ARTISTICO	0.14481269
LITERARIO	0.76173248
MUSICAL	0.87871064
SERSOCIAL	0.3162399
OFICINA	0.89251273

COMPARADO

N= 58-2

gl =56

0.05 pt = 1.67

4

PIL	0.45348655
PIF	0.0044882
PIK	0.41121936
PIHS	0.91211884
PID	0.02862774
PIHI	0.07448445
PIDP	0.01003247
PIMF	0.71664558
PIPA	0.00009444
PIPT	0.47745754
PIES	0.07011778
PIMA	0.05107723
PIIS	0.038919917

ALIBRE	0.41887459
MECANICO	0.38998261
CALCULO	0.31281099
CIENTIF	0.54399897
PERSUAS	0.6380356
ARTISTICO	0.11080228
LITERARIO	0.28330415
MUSICAL	0.4330404
SERSOCIAL	0.92418608
OFICINA	0.22800308

COMPARADO

N= 42-2

gl =40

0.05 pt = 1.68

3

PIL	0.96566842
PIF	0.98502038
PIK	0.80911725
PIHS	0.11682412
PID	0.03788376
PIHI	0.14821043
PIDP	0.1252599
PIMF	0.09387255
PIPA	0.68528932
PIPT	0.64428714
PIES	0.6626836
PIMA	0.3938025
PIIS	0.49958542

ALIBRE	0.24110371
MECANICO	0.9268564
CALCULO	0.68372537
CIENTIF	0.15958194
PERSUAS	0.55216085
ARTISTICO	0.12781298
LITERARIO	0.68514582
MUSICAL	0.04053357
SERSOCIAL	0.164024
OFICINA	0.57189884

RESULTADOS DE t de Student para alumnos que SI TERMINAN,
entre grupos nunca se alcanza la pt por años

CONFIABILIDAD INTERNA

NO COMPARADO
1-97

N= 49-2 gl =47

0.05 pt = 1.67

MPIL	0.31122
MPIF	0.42627
MPIK	0.03038
MPIHS	0.51997008
MPID	0.93792957
MPIHI	0.49595843
MPIDP	0.9001188
MPIMF	0.28970596
MPIPA	0.22817083
MPIPT	0.68337685
MPIES	0.40048111
MPIMA	0.58883768
MPIIS	0.37017766

ALIBRE	0.30973233
MECANICO	0.04782367
CALCULO	0.9119525
CIENTIF	0.67219579
PERSUAS	0.24903794
ARTISTICO	0.59906283
LITERARIO	0.20592999
MUSICAL	0.65825999
SERSOCIAL	0.81799184
OFICINA	0.14718497

NO COMPARADO
8-94

N= 47-2 gl =45

0.05 pt = 1.67

MPIL	0.8473118
MPIF	0.97176837
MPIK	0.00952372
MPIHS	0.25187598
MPID	0.00313285
MPIHI	0.00068541
MPIDP	0.00194438
MPIMF	0.43563947
MPIPA	0.00075004
MPIPT	0.602947
MPIES	0.02582156
MPIMA	1.6896043
MPIIS	0.00103702

ALIBRE	0.77496934
MECANICO	0.15050005
CALCULO	0.28079202
CIENTIF	0.84274984
PERSUAS	0.06014807
ARTISTICO	0.00899073
LITERARIO	0.57179844
MUSICAL	0.40483271
SERSOCIAL	0.11446434
OFICINA	0.49208197

NO COMPARADO
4-93

N= 42-2 gl =40

0.05 pt = 1.68

MPIL	0.59521325
MPIF	0.65373652
MPIK	0.84491147
MPIHS	0.40894648
MPID	0.42984788
MPIHI	0.42255884
MPIDP	0.28261383
MPIMF	0.8114032
MPIPA	0.99485784
MPIPT	0.34093706
MPIES	0.14475156
MPIMA	0.32449658
MPIIS	0.76453291

ALIBRE	0.76664479
MECANICO	0.45848507
CALCULO	0.25891438
CIENTIF	0.84871779
PERSUAS	0.67060919
ARTISTICO	0.855011
LITERARIO	0.55026324
MUSICAL	0.91089118
SERSOCIAL	0.27248992
OFICINA	0.75057104

Hipótesis

$H_i: X_i = X_o$ Hipótesis nula

$H_o: X_i \neq X_o$ Hipótesis de trabajo

Se rechaza la hipótesis de trabajo y se acepta la hipótesis nula

Como se puede ver, no hay una diferencia significativa en ninguno de los dos grupos por lo cual se puede decir que la deserción de la Escuela para Técnicos en Rehabilitación no se debe a factores de personalidad ni vocación.

Dado que la muestra fue hecha con sujetos todos independientes, es decir el tamaño muestral no tiene relación entre sí, solo el hecho o interés por ingresar a la Escuela para Técnicos en Rehabilitación, refuerzan los resultados encontrados en la investigación.

ANALISIS DE RESULTADOS

Perfil Femenino de O.P. (MMPI)

Ofrecen respuestas socialmente aceptadas, responden en forma racional y pertinente, relativamente libres de tensión con expectativas equilibradas de la vida y tienen capacidad para organizar el trabajo, son enérgicas, agradables, amables y se interesan en diversos aspectos de la vida, muestran gran competitividad e hiperactividad, tendiendo a ser auto suficientes y se muestran independientes estableciendo relaciones socialmente satisfactorias, se apegan a las reglas socialmente establecidas.

Son realistas acerca de su salud y tienen pocas manifestaciones de sintomatología, responden con defensividad moderada y con disminución de los problemas ante la vida, es decir no se preocupan por que intentan resolverlos por sí mismas, tienen necesidad de impresionar de forma agradable.

Perfil Femenino de O.P (Kuder)

Tienen gran interés en actividades mecánicas lo que permite que puedan ayudar de una mejor manera a las personas con alguna discapacidad sin importar la magnitud de ésta así como por las personas que los rodean, buscan dar ayuda demostrando su liderazgo tienen mucha capacidad artística esto representa una gran ventaja para adaptarse al trabajo con diversos materiales, la capacidad de inventar y crear nuevos aparatos según lo requiera el material y la necesidad del paciente. Se interesan de manera parcial por el cálculo y las matemáticas, trabajan mejor en espacios abiertos, no tienen ningún interés por la música. sus intereses son teóricos y prácticos.

Perfil masculino O.P. (MMPI)

Ofrecen respuestas socialmente aceptadas, relativamente libres de tensión, con buena adaptación y pocos intereses, libres y abiertos en su auto percepción, son dinámicos y fantasiosos y con cierto grado de inconformidad se muestran considerados con los demás, caballerosos, atentos y se adaptan al ambiente, tienen capacidad para organizar el trabajo, son imaginativos y tienen intereses abstractos. Sus relaciones sociales son socialmente satisfactorias.

Son realistas acerca de su salud y con poca somatización, les gustan las cosas bien hechas, en situaciones temporales se preocupan pero presentan características estables y duraderas admitiendo sus limitaciones. Tienen necesidad de dar una buena imagen.

Perfil masculino O.P. (Kuder)

Muestran un mayor interés por ayudar a los demás así como en el arte, se interesan un poco menos en la mecánica que las mujeres, en lo científico es ligeramente mayor el gusto masculino, además de gusto por la música y la lectura, observan el mecanismo de las cosas y su construcción no les interesa trabajar en lugares cerrados o en espacios pequeños ni estar quietos.

Perfil Femenino T.O. (MMPI)

Tratan de dar una muy buena impresión de sí mismas; pacientes, con capacidad para organizar el trabajo, son consideradas con los demás y confiadas en sus relaciones con todas las personas, con cierta autoridad en ellas, se adaptan a los diversos trabajos, con gran seguridad en sí mismas y competitividad, independencia y observan la vida con equilibrio, se interesan por distintos aspectos de la misma y en actividades prácticas y teóricas, se ajustan a las reglas sociales.

Son realistas acerca de su salud, con poca somatización, presentan característica estables y duraderas admitiendo sus limitaciones, socializan de manera muy sencilla.

Perfil Femenino T.O. (Kuder)

Amplio interés en los demás y en la mecánica de las cosas así como por la lectura y la ciencia, trabajan mejor en espacios abiertos, socializan de manera muy sencilla. No muestran ningún interés por la música o los trabajos de oficina y con intereses moderados por la estética.

Perfil Masculino T.O (MMPI)

Tienen necesidad de impresionar en forma favorable a los demás ofrecen respuestas socialmente aceptadas, responden de manera racional y pertinente, son relativamente libres de tensión y con buena adaptación no le prestan interés a su salud, capacidad para organizar el trabajo, no dudan en sus actitudes.

Están ligeramente inconformes con la sociedad pero se adaptan a las circunstancias, con perspectivas adecuadas de la vida, son enérgicos y entusiastas, activos, caballerosos y acatan las normas sociales.

Son capaces de establecer relaciones sociales satisfactorias.

Tienen un concepto inadecuado de sí mismos, esta insatisfacción los puede orillar a mejorar su status, son testarudos, persistentes, con antagonismos internos.

Perfil masculino T.O.(Kuder)

Amplio interés por los demás, así como la investigación en el arte. Pueden trabajar tanto en ambientes de oficina como en espacios abiertos, intereses mecánicos moderados no estéticos, facilidad de palabra. No les interesa el cálculo.

Perfil masculino T.F. (Kuder)

Alto interés por el servicio a los demás así como interés científico, la lectura y la investigación, prefieren trabajar en espacios cómodos y amplios abiertos o no. Intereses altruistas, capacidad para hablar con otras personas intereses artísticos.

Poco interés en la ingeniería mecánica, no le interesa trabajar alejados de las personas.

Perfil masculino T.F. (MMPI)

Personas sinceras, les interesa dar una buena imagen de sí mismos a los demás con honradez, confiados, calmados, pacientes. Afectos al orden, al perfeccionismo y la responsabilidad, con perspectivas, equilibrados en la vida, conformes con las reglas sociales.

Son enérgicos, agradables, amables, interesados en la vida, confían en sí mismos, enérgicos, activos y se presentan ligeramente defensivos pero con entusiasmo.

Presentan muy pocas quejas, se caracterizaran por su capacidad para establecer relaciones sociales de naturaleza satisfactoria, tienen confianza en sí mismos, son caballerosos y atentos.

Con interés por la estética, son imaginativos prefieren la actividad y se apartan de los estereotipos masculinos.

Perfil Femenino T.F. (Kuder)

Tienen un alto interés en el altruismo así como la investigación y la ciencia prefieren trabajar en espacios abiertos, les interesa muy poco la música, y el trabajo en oficina o las matemáticas, el cálculo o el arte.

Tienen intereses prácticos y teóricos.

Perfil Femenino T.F. (MMPI)

Se preocupan por dar una buena imagen a los demás utilizan la racionalidad para responder, son libres y abiertas en su autodescripción. Son capaces de organizar el trabajo, no dudan de sí mismas, capacidad de competencia independencia, auto suficiencia y gran actividad, perspectivas de equilibrio ante la vida, presentan pocas quejas o molestias, se asumen a las reglas sociales, son personas consideradas con los demás y se adaptan con facilidad a las distintas circunstancias.

Son amables con buen temperamento, se caracterizan por establecer relaciones sociales de forma satisfactoria, no se preocupan de manera inadecuada. Seguridad en sí mismas y competitividad, ligeramente autoritarias.

Perfil General

Análisis cualitativo general del Técnico en Rehabilitación.

Cuando los perfiles del inventario Vocacional de Kuder, expresaron una o dos áreas con puntaje alto (arriba del percentil 75) se retomaron las áreas de interés aproximadas al percentil 65 considerándose significativas (Tec.de Eval. De la personalidad UNAM,1982)

MMPI

Todos los sujetos tratan de dar una buena imagen de sí mismos sin excepción se presentan muy dinámicos, pero este dinamismo es mayor en las mujeres de las tres carreras, no presentan mayor interés en su salud, son confiados en sus relaciones interpersonales y asumen las normas sociales así mismo acatan órdenes pero con ciertos rasgos de rebeldía.

Cuando los perfiles del inventario Vocacional de Kuder , expresaron una o dos áreas con puntaje alto (arriba del percentil 75) se retomaron las áreas de interés aproximadas al percentil 65 considerándose significativas (Tec.de Eval. De la personalidad UNAM,1982)

O.P.

El interés por los demás se encuentra por arriba del percentil 75 en hombres y 70 en mujeres en la prueba de Kuder , esto es indispensable para este trabajo pues aunque prefieren estar en lugares cerrados y el trabajo con materiales, tienen que tratar con los pacientes que generalmente son canalizados por los médicos rehabilitadores, buscando siempre la mejoría del paciente, si no puede tratar con el mismo no podrá cubrir las necesidades que éste le demanda, el interés en el cálculo física, química, matemáticas, diseño y su habilidad de convencimiento todos estos se presentan muy cercanos al percentil 50 son indispensables pues sin éstas su desempeño no será óptimo en ningún momento, además deben unir a todas estas características su capacidad artística en el diseño de posibles nuevas formas ortesis o prótesis.

Su amabilidad y sinceridad les permiten un adecuado acercamiento al paciente y familiares del mismo por ello la importancia de la persuasión, supera en ambos casos el percentil 25, su rebeldía les permite mejorar y afrontar los problemas que pudieran tener al diseñar o hacer las ortesis y prótesis

Es necesario que en todo momento hagan sentir confortable al paciente por ello la importancia de que un sus características de personalidad no aparezcan problemas de salud y busquen sobresalir, en la escala del MMPI aparecen por de bajo de T 55

Es muy importante la seguridad en sí mismos y que con su actitud transmiten al paciente y le den confianza, en Mf T 65

T.O.

El gran interés por otras personas, servicio social por arriba del percentil 85 en ambos sexos si como por la investigación de la ciencia, por arriba del percentil 50 sobre todo tienen buena capacidad para lecturas constantes e investigación de nuevas técnicas de trabajo que deben ser renovadas continuamente, la paciencia y la capacidad elevada de frustración es importante que sean manejadas continuamente por su labor diaria así como la capacidad de persuasión por estos motivos.

La preferencia por trabajar en espacios abiertos marca la necesidad del espacio cómodo necesario, cocinas, camas, muebles para guardar distintas cosas de uso diario, utensilios, vasos, cucharas, etc como el mobiliario que les permita trabajar con los pacientes al enseñar los movimientos, prefiriendo espacios abiertos o amplios esto por el trabajo en oficina es menor al percentil 20 en mujeres y al 30 en hombres lo que marca un casi nulo interés para trabajar en espacios pequeños y cerrados.

El área que menor interés tiene para las mujeres es la musical, pues se presentó por de bajo del percentil 1

El poco interés por su salud aparece en la escala del MMP1 por de bajo de T 50 esto es benéfico para ellos pues le dan mayor importancia al dolor de las otras personas

T.F.

Su gran interés en el otro, en hombres servicio social aparece por arriba del percentil 90 y en mujeres por arriba del percentil 85, esto favorece su desempeño en áreas como investigación, la lectura constante marcan características importantes en estos profesionales, pues la escala de literatura se encuentra en mujeres por arriba del percentil 40 y en hombres en el percentil 50 el poder trabajar en cualquier tipo de espacio físico les permite adaptarse rápidamente a las exigencias de los pacientes así como el medio ambiente en el que este se encuentra, esto se marca en ambos sexos pues la escala de aire libre aparece entre el percentil 45 y 50 en ambos sexos Su poco interés por su salud es muy importante pues les permite transmitir seguridad a los pacientes todo el tiempo que están con ellos.

Muestran poco interés en su salud pues en la escala Hs y D aparecen por de bajo y en T 50 respectivamente, así como tratar de dar una muy buena impresión de sí mismos, pues la escala L aparece en el percentil 60 y es superior a las otras dos.

Perfil General Esperado del Técnico en Rehabilitación

O.P.

El amplio interés por los demás es sumamente importante, e indispensable para este trabajo pues aunque prefieren estar en lugares cerrados y el trabajo con materiales, tienen que tratar con los pacientes que generalmente son canalizados por los médicos rehabilitadores, buscando siempre la mejoría del paciente, si no puede tratar con él mismo no podrá cubrir las necesidades que este le demanda el interés en el cálculo física, química, matemáticas, diseño y su habilidad de convencimiento son indispensables pues sin éstas su desempeño no será óptimo en ningún momento, además deben unir a todas estas características su capacidad artística en el diseño de posibles nuevas formas órtesis o prótesis.

Su amabilidad y sinceridad les permiten un adecuado acercamiento al paciente y familiares del mismo en caso de que estos se presenten, su rebeldía les permite mejorar y afrontar los problemas que pudieran tener al diseñar o hacer las órtesis y prótesis.

Es necesario que en todo momento hagan sentir confortable al paciente por ello la importancia de que en sus características de personalidad no aparezcan problemas de salud y busquen sobresalir, esto debe presentarse en ambos sexos para un mejor desempeño.

Es muy importante la seguridad en sí mismos y que con su actitud transmitan al paciente y le den confianza.

Perfil General Esperado T.O.

El gran interés por otras personas, si como por la investigación de la ciencia, son muy importantes en estos profesionales pues ellos ayudarán a las personas con discapacidad a aprender nuevos mecanismos y formas de movimiento por ello la importancia de lecturas constantes e investigación de nuevas técnicas de trabajo que deben ser renovadas continuamente, la paciencia y la capacidad elevada de frustración es importante que sean manejadas continuamente por lo poco sencillo de su labor diaria así como la capacidad de persuasión por estos motivos.

Su capacidad para organizar el trabajo les permite adecuar correctamente las necesidades de cada paciente así como poder indicarle al mismo que debe hacer y cómo, por ello la importancia de poder dirigir el trabajo del otro todas los días.

La preferencia por trabajar en espacios abiertos marca la necesidad del espacio cómodo necesario como el mobiliario que les permita trabajar con los pacientes al enseñar los movimientos.

Y el nulo interés por su salud para poder dar a otros la seguridad de su recuperación y buena salud, cualidades básicas.

Perfil General Esperado T.F.

Su gran interés en el otro, su importante capacidad de análisis así como la investigación, la lectura constante marcan características importantes en estos profesionales, el poder trabajar en cualquier tipo de espacio físico les permite adaptarse rápidamente a las exigencias de los pacientes así como el medio ambiente en el que este se encuentre, además de la gran capacidad que tienen para comunicarse con los demás y persuadir a las personas les permite convencer a los pacientes de la necesidad que éstos tienen de su trabajo físico para poder rehabilitarse de la manera más óptima posible, la sinceridad permite ganarse rápidamente la confianza del paciente y su gran apertura la comprensión de los problemas del otro.

Su poco o nulo interés por su salud son muy importantes pues les permite transmitir seguridad a los pacientes todo el tiempo que están con ellos.

Así como el interés por dar una buena imagen les permite tener seguridad en si mismos siempre de la mejor forma posible y una elevada auto estima. (ver gráficas en anexo 1)

CONCLUSIONES

Buscando artículos relacionados con este tema se sabe que hasta el momento no existen publicaciones o tesis relacionados con éste, si bien el tópicó es muy importante debido a que estos profesionistas son los directamente encargados de observar el desempeño físico y en ocasiones emocional de los discapacitados, el contar con un perfil psicológico de ellos es verdaderamente valioso, pues si los terapeutas físicos ocupacionales y ortesistas protesistas no cumplen un perfil adecuado, todo el trabajo del equipo de rehabilitación se va por la borda, desde luego esperando dar pie para que exista un mayor número de investigaciones a este respecto.

A pesar de la gran infraestructura utilizada como nunca antes en México por la fundación Teletón, es una verdadera decepción que todavía no exista mayor investigación, del personal médico y psicológico, desde luego los técnicos en rehabilitación con aproximadamente 3000 pacientes en un sólo año.

Estos resultados muestran que para estudiar terapia física es necesario poner atención en las otras personas en este caso pacientes o

familiares que requieren de la ayuda para realizar el ejercicio adecuado en casa o en los hospitales, más como terapeuta físico, esto puede ser porque se dan cuenta que ellos no están con un problema de discapacidad que puede ser total o parcial como los pacientes, porque saben que se pueden mejorar día con día, por eso su trabajo es importante, pues si no son ellos los encargados de hacer los movimientos del paciente no sería posible la recuperación de la movilidad, desde luego como en la psicología se trabaja la mayor de las ocasiones por una labor altruista y muy poco por dinero, por lo menos en México, también para el resto del equipo como para el terapeuta ocupacional la necesidad de tener el control de la situación, guiando al paciente en los movimientos en el área de trabajo, los movimiento que debe realizar para levantarse de una cama, hacer de comer, vestirse, asearse por si mismo, etc, y todo este control tal vez para no perder el suyo propio, y tener una gran satisfacción al ver que las personas pueden hacer por sí mismas el trabajo que les corresponde, con la menor de las ayudas posibles. Buscando el Terapeuta Ocupacional quizá la propia independencia.

El Ortesista protesista inmerso en el afán de construir y hacer bien las cosas, de reparar lo destruido, lo amputado, lo que las otras personas ya no poseen, ellos intentan reconstruirlo, igual que los demás, reconstruir una

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

vida con lo que se tiene o se puede, con carencia de materiales, de apoyo, de dinero al fin y al cabo construyendo esperanzas sobre lo que queda anímica, psicológica, social, familiarmente y en ocasiones sin ganas de vivir. Jugando un poco con la depresión del paciente al llegar cansado, agotado de visitar a diversos especialistas esperando recuperar el miembro perdido, esperando que una pierna de plástico sienta y se vea como una pierna normal con la ilusión de ser como antes era.

Por otro lado las inquietudes que les provoca a los familiares que pasan por un desconcierto total al enterarse que el familiar ha sido amputado o que el hijo ha nacido con alguna deficiencia o con encefalopatía, en estos casos también la familia debe recibir tratamiento de apoyo, todos estos especialistas se preocupan por el bienestar del otro y que pueda por fin integrarse a la sociedad con la mayor independencia y aptitudes para el trabajo posible, y parte de este equipo y no menos importantes como ya se ha visto son los Técnicos en Rehabilitación en muchas ocasiones son éstos quienes enfrentan en realidad a la familia porque le brindan confianza y atención, son indispensables para todo paciente, el médico, sobre todo actualmente y por su formación en muchas ocasiones se olvida de que el paciente es una persona que sufre, y se preocupan por marcar los límites y no por escuchar, tal vez por el miedo

que sienten al ver enfrente a un discapacitado y no quiere verse a sí mismo, es un punto digno de estudiar quizá desde un enfoque psicoanalítico, también es cierto que existen médicos que brindan mucha confianza y calidez y que prefieren estar siempre cerca de su paciente y seguir continuamente su progreso, gracias a muchos de estos médicos existe el progreso actual, cuando se han preocupado por investigar para la humanidad y no viviendo de ella, pero cuando es así, en quien más se confía es en el Técnico en Rehabilitación.

En esta escuela la deserción de las personas que no pueden o no quieren continuar estudiando, se debe a distintos factores como el económico, el social, que valdría la pena también explorar en estudios futuros, el por qué de la mitad de los alumnos que realizan el examen de admisión se van y no continúan o no se presentan a las clases, o se retiran a escuelas como las del Hospital American British Cowdray porque, dentro de sus expectativas se encuentra el obtener un título de licenciados en terapia física y no uno de técnicos, es posible que prefieran otro tipo de instalaciones más modernas y bonitas, tal vez encontraron una escuela en el estado donde viven y prefieren quedarse cerca de su hogar y no alejarse por tres años de su familia o porque la colegiatura, la renta y la comida son muy caras, y el dinero con que el alumno cuenta no es suficiente para

mantenerse, es posible que el nivel de escolaridad sea deficiente y no crean pasar el examen de conocimientos básicos, todos estos puntos es necesario sean evaluados para encontrar la respuesta a todas estas interrogantes, esto permitirá una gran mejoría en todos los ámbitos de servicio a la comunidad, cumpliendo con el objetivo básico de toda institución de salud en especial en Rehabilitación es necesario recordar que nadie puede hacer nada sólo, siempre se requiere la ayuda de otras personas, pues el pensar que cada quien por su lado puede lograr por sí mismo las cosas seguramente se encontrará con un duro fracaso.

Pero quizá aprendiendo de la experiencia y quien piensa que solo puede hacer las cosas se encuentra con una gran carga de soberbia y de omnipotencia pensándose como super hombre, sin darse cuenta ni darle interés a las otras personas sino así mismo única y exclusivamente, ésta puede ser una de las mayores enseñanzas al hacer este trabajo. Que el mundo es de todos y para todos es.

De acuerdo con los resultados obtenidos la deserción de la Escuela de Técnicos en Rehabilitación puede deberse a que pretenden obtener un título de licenciados en Terapia Física o alguna otra licenciatura, porque las instalaciones de la Secretaria de Salud no son suficientemente atractivas

para ellos y prefieren escuelas particulares, todas estas interrogantes entre muchas otras pueden ser un factor importante de estudio en la mejoría de la calidad en el servicio, sin duda la aplicación adecuada de estos perfiles evitarían este gasto innecesario de recursos así como una importante investigación de las causas de deserción.

Desde luego la igualdad de los resultados puede deberse a muy distintos factores, entre ellos que no fueron utilizadas las pruebas psicológicas más adecuadas para este fin y por ello no se encuentran diferencias significativas, además se deben tomar en cuenta que hasta el momento que se terminó esta investigación no existía ningún protocolo previamente establecido de selección de futuros estudiantes, muy posiblemente con otro tipo de selección de personas que pretendan entrar a la (ETR) pudieran encontrarse los porque de la deserción, posiblemente no se han identificado correctamente las características propias de quienes sí terminan la carrera técnica.

Sería conveniente revisar la forma como estos técnicos fueron seleccionados, así como si las pruebas utilizadas fueron las correctas y por tanto las idóneas para medir la personalidad o se pudieron usar otras con este mismo fin.

Sin duda existen factores inconscientes que escapan a este tipo de selección y muy posiblemente están involucrados en la deserción de los alumnos, quizá no sean estos factores, pero valdría la pena sugerir desde luego en otra investigación la aplicación de un cuestionario que permitiera medir los factores inconscientes que los llevan a estudiar esta carrera y no otra, quizá un cuestionario basado en encontrar si el estudio de la ayuda a la discapacidad es una defensa al miedo de ser ellos discapacitados, desde luego no fue posible reconocerlos con esta investigación

SUGERENCIAS

Es oportuno decir que esta investigación puede ampliarse hacia otras características de personalidad en los técnicos en rehabilitación como puede ser la referente a cuales son las actividades en sus ratos libres, pues es importante que ellos tomen momentos de descanso que les puedan ayudar en el desempeño de su trabajo, ha eliminar o disminuir la angustia causada por el trabajo diario así como las presiones personales a las que pueden enfrentarse como todo ser humano, por esto es importante que se tome en cuenta y se vigile muy de cerca que realmente se desempeñen en actividades que disfruten, gocen y se dediquen en realidad a esto y no a pensar en los problemas que los pacientes pueden tener.

Es importante también tomar muy en cuenta la posibilidad de que los técnicos tengan terapia psicológica individual para que puedan expresar lo que sienten, y les preocupa, algún aspecto que desde el inconsciente pudiera estar afectando el desempeño de alguna forma y no permitiendo el avance de algún paciente, y que repercuta aquí y el y que se convierta en un factor que obstaculice su desempeño laboral y social.

Esto debería realizarse en una forma continua e individual por cada uno de los estudiantes ya sea fuera de la Institución o dentro de ella si se brindara este servicio por los psicólogos que ahí laboran, tomada como terapia individual y cien por ciento profesional es decir con la apertura de expedientes no solo de ingreso sino de tratamiento psicológico continuo.

Otra alternativa puede ser la terapia de grupo sin olvidar la terapia individual y puede ser hecha la asignación de grupos por carrera pues esto permite la socialización de los compañeros mucho más allá de los intereses del grupo por aprender o intereses personales y brinda la oportunidad de expresar que es lo que esta pensando con respecto de las asignaturas, los profesores, en cuanto al desempeño del grupo y por supuesto permite mejorar en grande manera las posibilidades de un mejor desempeño académico y sin duda con una voz real hacia las demandas que pudieran existir a le mejoría o no del profesorado así como poder plantear sus dudas sus miedos hacia lo que van a desempeñar o están desempeñando en ese momento, lo que les brindaría una mayor tranquilidad, encontrando el equilibrio necesario en su vida laboral.

Por otro lado la eficacia y excelencia del profesorado son básicas, así como una buena preparación para las exposiciones en todo momento, saber y poder explicar de la forma más adecuada a todos los alumnos, el profesorado debe ser capaz de resolver la problemática que surja por sí mismo y no depender de personas externas a las clases impartidas, y tener un control más estricto sobre el grupo y poder contar con una iniciativa propia, lo que enseñaría también a los alumnos como resolver problemas frente a las exigencias de su vida profesional futura.

Todo esto mejoraría en un porcentaje muy amplio la calidad de la escuela pues formaría a alumnos y profesionistas más atentos, más seguros de sí mismos, con un mejor auto conocimiento de ellos, así como el tipo de pacientes con quienes quieren o pueden trabajar y tener una mayor posibilidad y confianza para formar equipos verdaderos siempre buscando la mejoría de todos los profesionales involucrados en esta labor y desde luego al paciente en su recuperación, como objetivo último.

Por otro lado la escuela misma podría mejorar su sistema administrativo, la biblioteca, automatizar el servicio de consultas no sólo de libros sino de instituciones en el extranjero que también se dedican a enseñar terapia física y ocupacional al rededor del mundo por medio de Internet, pues sin los medios tecnológicamente disponibles la escuela perderá grandes oportunidades de poder incorporarse a la globalización mundial y sin ésta se quedará rezagada en comparación con otras escuelas a nivel mundial, todos estos serían puntos a tomarse en cuenta para la incorporación real, eficiente y efectiva a las exigencias y expectativas del nuevo milenio. Es importante mencionar que si se quiere una recuperación óptima del instituto como se ha visto en este trabajo, se debe trabajar en equipo, no corriendo el riesgo de no hacerlo, pues esto puede llevar a un fracaso seguro.

BLOGRAFIA

- zures, M.: Campo profesional del Psicólogo, XXIII congreso Internacional de psicología, Acapulco México 1984
- rbosa, V.Ma.: La rehabilitación en México, IX congreso mexicano de medicina de rehabilitación 1984
- ok, A.E.: Comprender la negación del paciente. Rev. Nursing 94
. En español vol. 12, Dic. 1994
- mmett, A.: Tendencias en salud que reconfigurán la enfermería, Rev. Nursing 94
l. 12, Dic 1994
- iclopedia Microsoft .: Personas discapacitadas 1998
- tiude, R.M.: Rehabilitación en ortopedia y traumatología, Jims 1971
- aham, J.R.: MMPI Guía practica, Manual Moderno. México 1987
- ri, J.H.: Ortesis ortopédicas, Jims 1960
- arra, L.G.: Memorias de la dirección Nacional de Rehabilitación,Secretaria de Salud.
México 1980
- MR.: Escuela para técnicos en rehabilitación, Secretaria de Salud. México
tz,
anual de Psicología, Morata. Madrid 1970
- ttke, F. J.: Philosophic considerations of quality of life for the disabled. Arch. Phys. Med. Re
- usen, F.H.: Medicina Física y Rehabilitación, Panamericana. México 1983
- orales, M.L.: Psicometría aplicada, Trillas. México 1996
- rez, C.Ma.:El perfil terminal de los alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de
Mexico, Rev. Perfiles educativos, Num. 29 -30 UNAM, CISE 1985
- nchez, B.G.: Diseño de perfiles en psicología, XXIII congreso Internacional de
icología, Acapulco México 1984
- per, D.: Psicología de los Intereses y las vocaciones, Kapeluz, Buenos Aires 1979

Lambutti, R., .Núñez.: Diagnosticar para mejorar. Un estudio diagnóstico a los alumnos, ⁸⁹
de primer ingreso en física y biología de la facultad de ciencias de la UNAM, Rev.
Perfiles educativos, Num. 4, UNAM, CISE, enero – marzo 1984

Lochen, Z.A.: Medicina física y Rehabilitación, Librería de Medicina. México 1975

Lombby, C.A.: Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente,
la prensa Medica Mexicana (1981)

United Nations.: The economics of disability international perspectives/ in cooperation
with de United Nations 1981

Viesca, Ma.M.: Línea de reflexión para abordar el problema del bajo aprovechamiento
escolar. Rev. Perfiles Educativos Num.14. México Oct – Dic 1981

Wola, I.K.: Denial of emotional needs to people with handicaps. Arch. Phys Med.
Rehabil., 63:63-67, 1982

Wosnaught, M.: Editor PT Magazine., American Phphysical Therapy Association
www.apta.org

Páginas de Internet

www.aspmr.org/
www.alliedphys.qpg.com/
www.APTA.org
www.callingwood.com/
www.desp.washington.edu/rehab
www.einstein.eda
www.emhs.com
www.fch.com/
www.physiatry.org/publications/aboutaj.html
www.fmh.org/
www.grhosp.ab.ca/
www.health-futures.org/mmhrc.html
www.hillside-rehab.org
www.hsvpain.org
www.iceseminars.com/
www.ipaooted.com
www.jeffersonhealth.org/tjuh
www.madonna.org/
www.med.nyu/Rusk/
www.newenglandsinal.org/
www.nrhrehab.org/
www.rancho.org/
www.rehabchicago.org/
www.shepherd.org/
www.sisterkennyinstitute.com/
www.spauldingrehab.org/pt.html/
www.stcharles.org/

www.tlr.org
www.washington.edu/medical/
www.wrh.org/

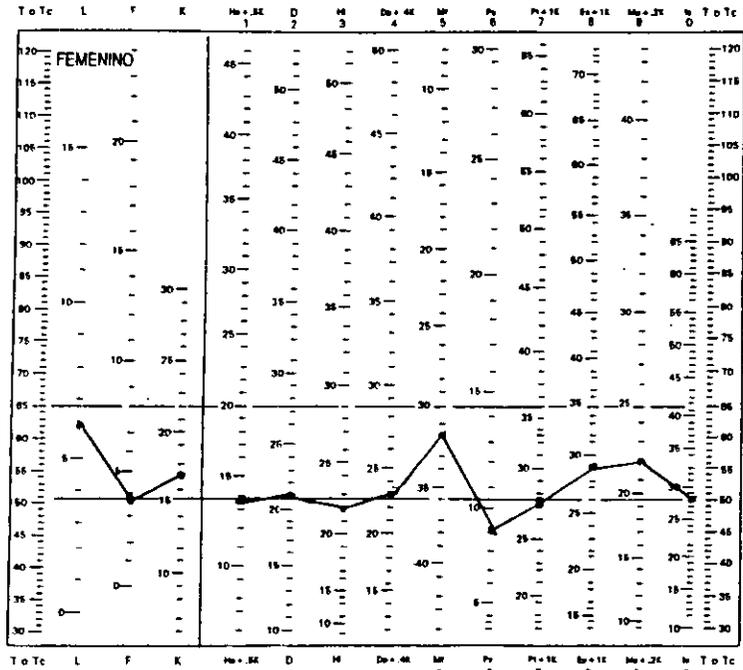
ANEXO I

Instrumento multifásico de la personalidad Minnesota-2
 Copyright © 1989, (renovado, 1970), 1943, 1942.
 Este perfil, 1989 por Regents of the University of Minnesota
 © 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
 MMP-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
 son M.R. por University of Minnesota

Dirección: _____ Fecha de aplicación _____
 Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del calificador: _____

FACTOR K

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



Puntuación cruda _____

Puntuación cruda ? _____

Factor K agregado _____

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota-2

Perfil de escalas básicas

MP 46-5.1

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2

Copyright © 1989, (renovado, 1970), 1943, 1942

Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

En coedición con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son M.H. por University of Minnesota

Nombre: Terapia Física

Dirección: _____

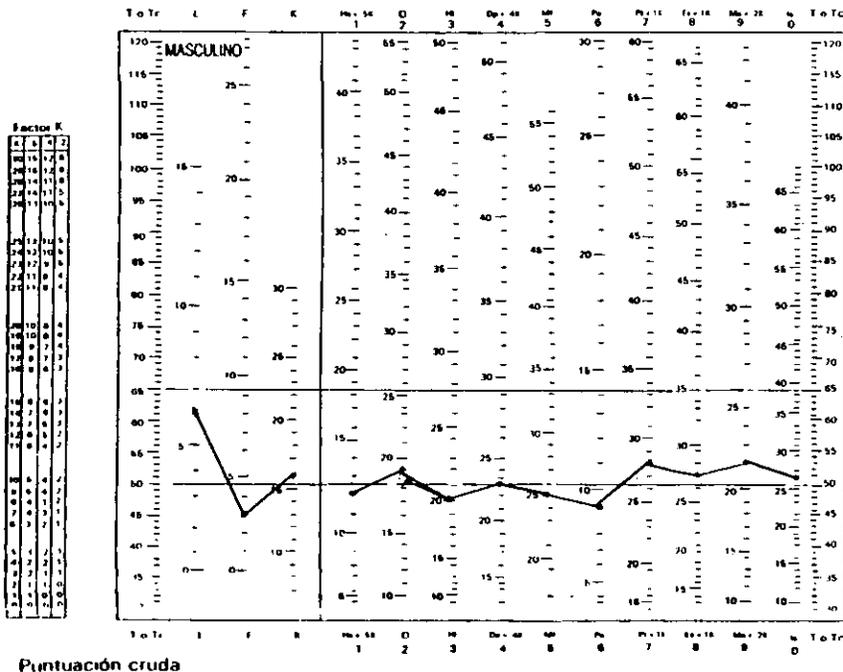
Ocupación: _____ Fecha de aplicación _____

Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil _____

Referido por: _____

Clave del perfil: _____

Iniciales del calificador: _____



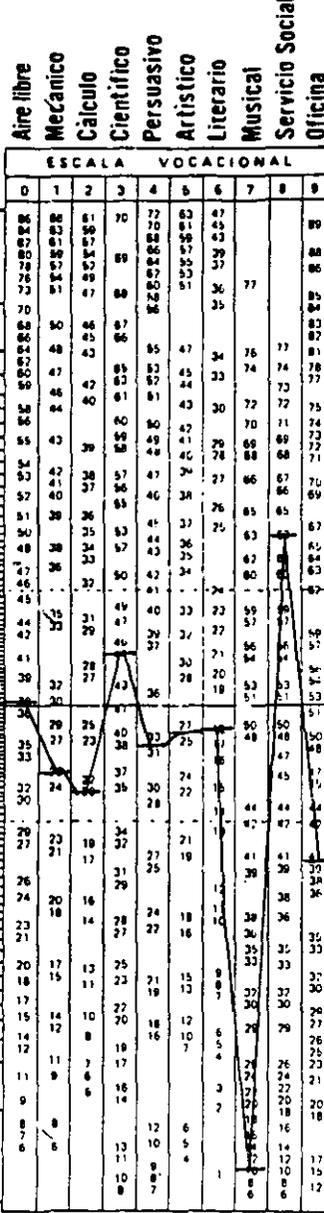
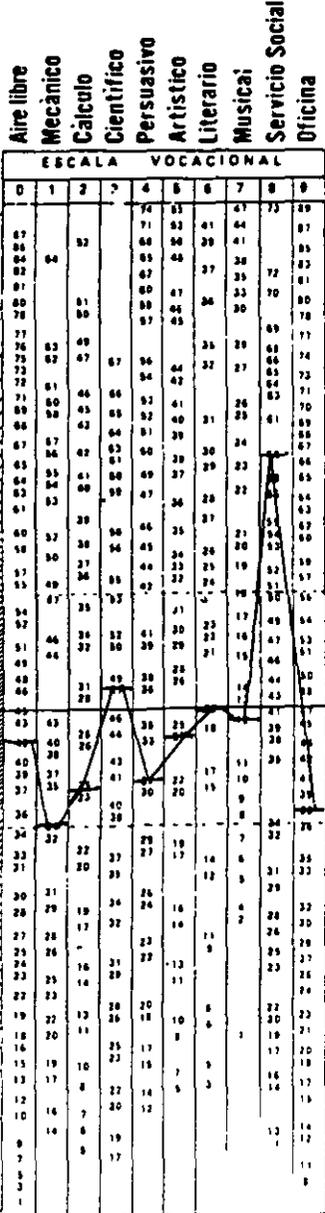
K U D E R
 ESCALA DE PREFERENCIAS
 VOCACIONAL

- Revisión de 1.981 -

Hombres

Mujeres

Fecha:
 Examinador:



Nombre del atestador:
 Lugar de nacimiento:
 Fecha de nacimiento: 1er. de Abril de
 Lugar:
 Ocupación:
 Estado:
 Día: Mes: Año:
 Organización o título:
 Nombre:
 Temporal: Físico:
 Edad cumplida:
 A la cual presta servicios:

WLADIMIRO WOVNS P. O. A.
 RAUL E. OSORIO AMADOR S. S. M. A.
 RODOLFO CARRASQUILLA SAMPAYO
 ELVIRA MARTINEZ DE DEL VECCHIO
 UNIVERSIDAD DEL NORTE
**EDICIONES PEDAGOGICAS
 LATINO AMERICANAS LTDA.**
 BARRANDUILLA - COLOMBIA
 DERECHOS RESERVADOS

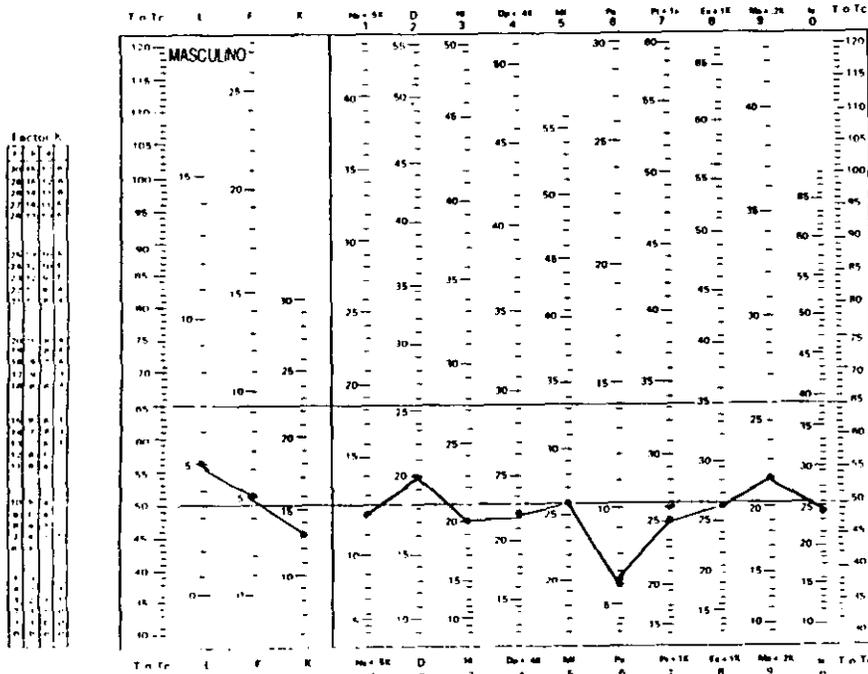
Inventario de escalas básicas

MP 46 5.1

Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil _____

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
 Copyright © 1989, (renovado 1970), 1943, 1942
 Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota
 © 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 En coordinación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
 MMPI-2, "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
 son M.P. por University of Minnesota

Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del calificador: _____



Puntuación cruda

Puntuación cruda ?

Factor K agregado —



KUDER
ESCALA DE PREFERENCIAS
VOCACIONAL

- Revisión de 1.981 -

Hombres

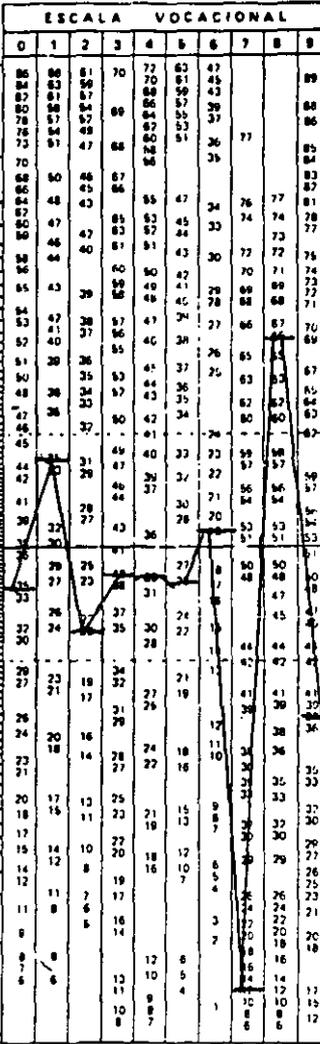
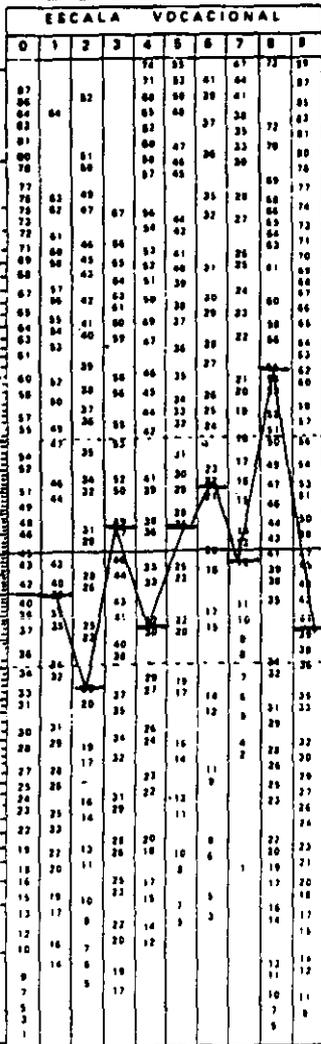
Mujeres

Fecha:

Examinado:

Aire libre
Mecánico
Cálculo
Científico
Persuasivo
Artístico
Literario
Musical
Servicio Social
Oficina

Aire libre
Mecánico
Cálculo
Científico
Persuasivo
Artístico
Literario
Musical
Servicio Social
Oficina



Nombre del establecimiento donde sirvió o sirva:

Fecha:

Examinado:

Actividad:

Edad:
 Día:
 Mes:
 Año:

Lugar de nacimiento:
 Lugar:

1er. Apellido:
 2do Apellido:

Departamento o Estado:
 Municipio:
 Nombre:

Tercera Ocupación:

Wladimir Wotno P. S. y
 Raúl Osorio Amador S. S. M. A.
 Rocio Carrasquilla Sampayo
 Elvira Martínez de del Vecchio
 Universidad del Norte

EDICIONES PEDAGÓGICAS
 LATINO AMERICANAS LTDA.

BARRANQUILLA COLOMBIA
 DERECHOS RESERVADOS

Perfil de escalas básicas

MP 46-5.1

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota-2
 Copyright © 1989 (renovado, 1970), 1943, 1942
 Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota
 © 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 En concordancia con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
 MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
 son M.R. por University of Minnesota

Nombre: Ortesis y Protesis

Dirección: _____

Ocupación: _____ Fecha de aplicación _____

Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil _____

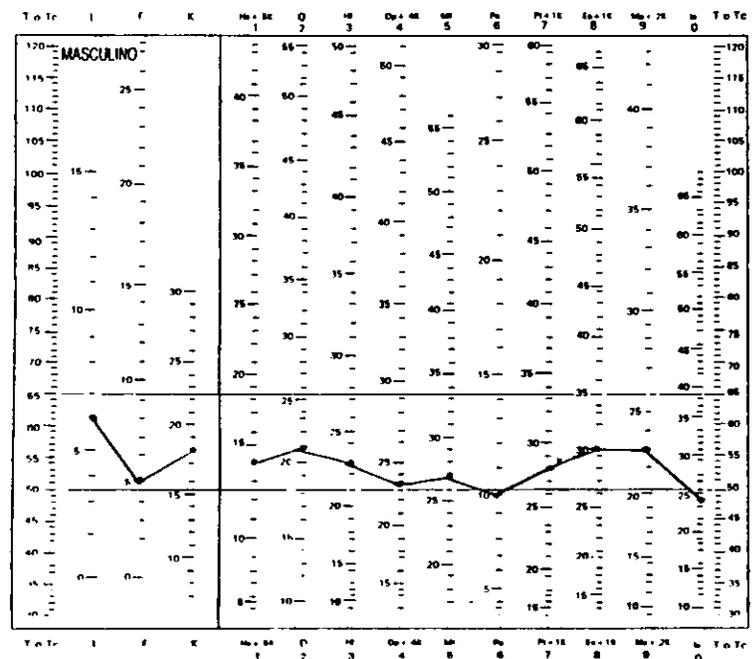
Referido por: _____

Clave del perfil: _____

Iniciales del calificador: _____

Factor K

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
85	85	85	85	85	85	85	85	85	85
80	80	80	80	80	80	80	80	80	80
75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



Puntuación cruda

Hombres

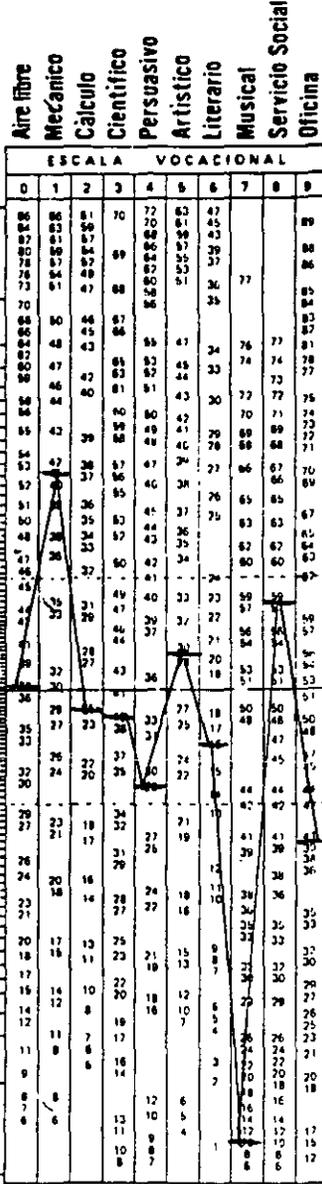
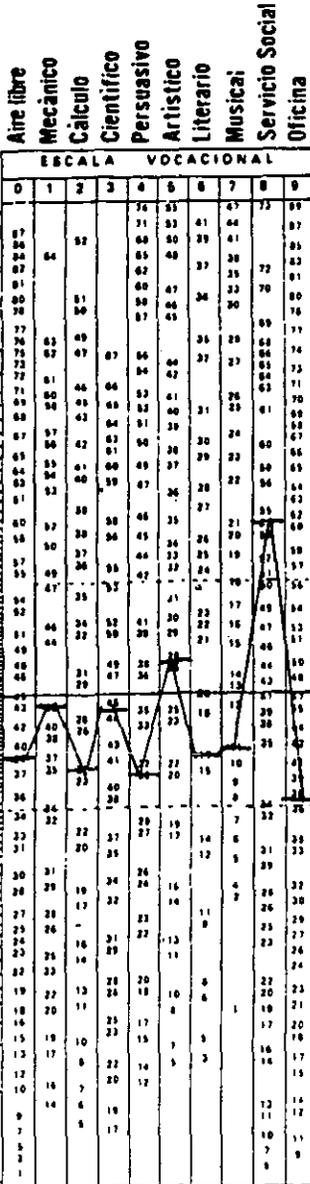
Mujeres

KUDER ESCALA DE PREFERENCIAS VOCACIONAL

- Revisión de 1.981 -

Fecha:

Examinador:



Membre del establecimiento donde estuvo o trabaja:

Ocupación:

Actual:

Antes:

Estado civil:

Profesión:

Grado:

Sexo:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Lugar:

Departamento o Estado:

Nombre: *Ortíz y Rojas*

Wladimir Hoyos P. O. y
RAUL E. ORDOÑEZ AMADOR S. S. M. A.

RODOLFO CARRASQUILLA SAMPAYO
ELVIRA MARTÍNEZ DE DEL VECHIO
UNIVERSIDAD DEL NORTE

EDICIONES PEDAGÓGICAS
LATINO AMERICANAS LTDA.

BARRANQUILLA COLOMBIA

DERECHOS RESERVADOS



ANEXO II

Población en hogares y su distribución porcentual por tamaño de la localidad de residencia según condición de discapacidad

		total	lenguaje	visual	audición	neuromotora
Estados Unidos Mexicanos	9728652	2.33	22.79	13.07	30.26	25.24
Menos de 2500 habitantes	24049265	2.57	23.79	14.8	30.76	20.74
2500 a 14999 habitantes	12322235	2.5	22.14	16.5	27.98	23.74
15000 a 99999 habitantes	12289788	2.38	25.9	11.8	28.13	25.99
100000 y más habitantes	42067364	2.12	21.81	11.13	31.45	28.63
		mental	otros	sin discapacidad		no especificado
Estados Unidos Mexicanos		14.16	16.31	97.65		0.02
Menos de 2500 habitantes		14.61	16.92	97.42		0.01
2500 a 14999 habitantes		11.75	11.78	95.45		0.01
15000 a 99999 habitantes		14.13	18.97	93.6		0.02
100000 y más habitantes		14.69	15.16	97.86		0.02

**Total de discapacitados y
tipos de discapacidades en
los Estados Unidos Mexicanos**

Total	2121365
Ceguera	19486
Deficiencia Visual	791321
Sordera	21562
No Escucha	142425
Mudez	6327
No Habla bien	310313
Necesita Aparato	10335
Amputados de algún miembro	6725
Malformación	56577
Parálisis Cerebral	7838
Deficiencia Mental	126328
Epilepsia	22679
Síndrome de Down	8250
Autismo	45956
Otro	226775
Con discapacidad	1802895
Con más de una discapacidad	318670

Censo de población y vivienda 1995 (INEGI)

ANEXO III

	MMPIL	MMPIF	MMPIK	MMPIS	MMPID	MMPIH	MMPIDP	MMPIMF	MMPIPA	MMPIPT	MMPIES	MMPIMA	MMPIS	ALIBRE	MECANICO
93	70	44	61	49	56	56	50	62	47	46	51	63	50	64	33
93	60	53	62	56	63	59	57	47	56	55	51	65	53	37	50
93	63	48	61	48	51	54	50	46	44	51	49	75	50	81	78
93	70	53	66	67	63	67	64	58	67	52	57	58	51	88	6
93	50	76	46	50	59	46	58	67	47	57	71	65	68	96	53
93	55	50	66	57	84	71	64	61	62	70	63	60	52	34	7
93	66	58	74	52	55	56	64	51	53	54	63	50	52	6	32
93	56	90	62	57	68	60	60	67	53	50	55	50	65	20	92
93	70	48	59	49	58	47	55	61	53	50	48	53	51	53	98
93	50	55	49	44	65	57	43	66	56	55	66	45	63	23	13
93	50	55	61	44	58	55	50	55	50	56	57	63	51	60	76
93	63	53	62	48	49	59	57	68	56	45	54	50	51	27	21
93	63	44	68	49	63	64	60	63	59	58	51	58	49	76	76
93	53	66	48	52	59	54	60	53	53	46	54	55	61	77	53
93	63	48	49	42	49	53	48	62	62	32	42	60	51	10	0
93	66	55	57	65	70	67	50	51	56	50	48	55	49	20	34
93	53	50	59	48	51	52	60	66	62	48	57	65	49	5	21
93	76	53	64	51	58	56	49	71	44	60	61	63	55	63	83
	0.595	0.654	0.8449	0.409	0.43	0.4226	0.283	0.8114	0.9947	0.341	0.1448	0.3245	0.7645	0.7666	0.45849
94-93															

t si termino

N= 42.2 gl= 40 0.05 pt= 1.68

96	74	42	64	57	54	50	60	46	42	53	58	59	93	34	14
96	66	48	48	49	57	45	78	78	39	55	50	57	49	67	51
96	66	58	63	69	64	73	60	50	39	57	64	65	47	77	56
96	86	43	61	59	49	57	43	69	39	42	44	49	45	70	8
96	76	44	65	49	44	39	45	76	39	49	46	63	40	61	22
96	66	44	61	55	57	51	49	61	52	50	94	51	39	17	2
96	70	51	60	96	49	62	49	32	45	41	60	56	51	33	95
96	56	57	36	51	51	42	52	56	41	44	52	74	50	14	74
96	76	41	63	61	51	51	51	69	42	51	52	47	50	68	35
96	86	41	63	57	46	51	41	72	34	42	46	45	53	94	99
96	66	51	46	40	57	39	49	74	56	44	41	48	57	28	43
96	52	61	56	54	45	25	57	44	49	64	67	91	41	31	15
96	80	37	70	54	46	56	47	66	56	55	55	59	34	22	51
96	47	41	48	60	53	59	63	58	60	53	46	51	50	39	33
96	46	40	61	46	42	40	58	57	49	53	53	60	34	79	51
96	66	43	60	49	44	49	60	72	36	40	42	88	45	70	21
96	81	47	56	49	44	45	45	77	30	37	39	56	46	68	42
96	70	39	64	45	52	52	44	54	49	47	47	53	45	27	35
96	76	57	58	54	55	54	60	63	49	57	57	51	41	15	53
96	94	41	72	61	49	53	54	55	45	51	57	49	42	69	44
96	23	82	55	51	54	45	49	38	37	44	49	56	44	10	35
96	95	36	73	51	53	63	53	60	45	51	53	53	48	48	21
96	81	48	63	57	57	38	58	87	42	55	57	43	60	57	43
96	57	33	65	54	47	45	58	82	42	47	53	63	40	38	21
96	43	68	39	55	81	54	76	61	56	73	74	50	71	51	51
96	52	39	58	59	49	43	53	54	44	49	49	44	49	89	34
96	61	57	67	80	57	77	73	74	64	59	75	53	52	30	14
96	65	41	56	49	54	46	47	44	40	55	44	49	57	62	15
96	86	43	65	56	47	56	44	69	42	47	44	56	38	59	98
96	57	54	58	51	54	58	59	44	42	59	51	45	45	55	45
96	4	4	15	9	15	10	20	34	7	25	29	27	24	40	27
96	9	1	18	12	14	16	21	26	7	27	29	22	28	45	30
96	61	39	60	54	52	40	59	38	46	97	47	47	45	5	1
96	70	39	60	49	49	43	40	52	37	44	42	51	98	90	16
96	62	72	35	54	72	54	53	62	52	49	62	71	57	52	33
96	71	55	41	46	49	34	36	65	32	44	42	51	51	74	32

95	33	33	33	88	29	89	30
70	88	12	12	61	0	80	26
15	80	32	33	64	0	96	3
6	42	50	71	57	0	93	7
31	89	82	42	38	0	94	15
22	71	49	32	85	1	89	10
45	28	33	92	34	55	24	38
41	66	44	68	64	71	83	12
41	18	68	31	55	0	87	35
70	86	2	40	63	0	83	2
90	42	42	12	23	0	83	83
41	65	89	20	63	4	57	36
6	55	77	59	6	0	95	25
43	63	12	92	57	1	44	7
7	8	47	71	55	0	93	4
12	87	43	67	71	0	70	16
60	80	41	32	68	0	95	14
56	74	4	45	68	37	98	19
52	31	32	75	36	0	91	50
32	56	19	20	72	0	93	1
11	66	55	65	77	23	98	29
19	70	66	32	37	0	99	33
30	80	48	34	75	1	78	34
32	79	46	19	16	0	93	43
31	62	78	35	13	0	73	25
21	36	8	45	69	71	83	13
42	70	92	44	44	0	15	27
4	83	14	95	50	36	100	14
15	18	20	25	37	0	57	7
56	78	14	85	17	75	51	12
30	50	35	25	20	9	64	33
16	37	41	27	21	10	73	24
10	36	31	57	50	53	98	70
41	67	15	33	50	17	91	25
67	71	31	20	67	0	69	19
20	84	18	34	58	0	93	25

CALCULO	CIENTIF	PERSUAS	ARTIS	LITERA	MUSICAL	SERVSOL	OFICINA
44	27	15	71	77	69	94	26
7	55	32	89	10	18	91	19
4	30	74	31	35	0	79	3
58	23	40	70	60	0	73	19
98	20	70	29	56	0	53	98
40	30	83	10	82	0	95	26
13	91	19	5	55	0	92	32
18	83	6	56	22	0	82	16
59	60	51	40	25	0	90	6
45	64	37	21	56	0	79	42
55	89	6	58	74	0	70	34
31	67	14	11	42	0	85	51
51	33	40	32	30	0	92	57
57	33	40	40	55	0	70	31
7	81	19	58	30	0	91	14
75	60	65	42	70	1	44	18
32	51	36	21	44	0	70	13
62	62	31	23	10	64	97	48
41	55	44	21	46	43	45	-35
20	63	3	19	61	0	95	4
55	88	70	9	30	0	93	61
54	71	6	12	7	0	86	19
0.3128	0.544	0.638	0.11	0.283	0.433	0.9242	0.228

