

320825

4/3
30j



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

Plantel Tlalpan

Escuela de Psicología

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U. N. A. M.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO
DE PERSONAS CIEGAS Y VIDENTES

T E S I S :
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA DEL CARMEN ROMERO GOMEZ

CONDUCTORA DE TESIS
MAESTRA BEATRIZ VAZQUEZ ROMERO

MEXICO, D. F.

TESIS CON
VALLE DE MEXICO

1992.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO 1. CEGUERA	
1.1 Definición de ceguera	3
1.2 Principales causas fisiológicas de la ceguera	4
1.3 Historia de la educación del ciego	8
1.4 Factores psicosociales de la ceguera	12
CAPITULO 2. AUTOCONCEPTO	
2.1 Diferencias entre autoconcepto, autopercepción, autoestima y autoimagen	18
2.2 Desarrollo del autoconcepto	21
2.3 Perspectivas teóricas del autoconcepto	26
2.4 Investigaciones sobre el autoconcepto de ciegos	30
CAPITULO 3. METODOLOGIA	
3.1 Problema de investigación	35
3.2 Objetivo general	35
3.3 Objetivos específicos	35
3.4 Planteamiento de hipótesis	36
3.5 Definición de variables	36

3.6	Definición conceptual y operacional de términos	37
3.7	Características de la población	38
3.8	Características de la muestra	40
3.9	Instrumento	43
3.10	Diseño de investigación	61
3.11	Procedimiento	62
3.12	Tratamiento estadístico	65
CAPITULO 4. RESULTADOS		
4.1	Puntajes obtenidos	67
CAPITULO 5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS		
5.1	Discusión	71
5.2	Conclusiones	75
5.3	Limitaciones y sugerencias del estudio	77
REFERENCIAS		78
ANEXO A.		81
ANEXO B.		93

INTRODUCCION

La preocupación del hombre por saber quien es, no es propia de la época contemporánea, sino que tiene antiguas raíces y ha tomado diversas formas. El autoconcepto hoy en día es un objeto importante de estudio de la psicología, por considerarse un factor vital para comprender la conducta social humana; de esta forma se puede decir que una de las razones por la cual tanto se pregunta sobre el problema de la identidad del hombre, es que la forma en que una persona se percibe a sí misma influye en lo que decide hacer, en lo que espera de la vida y en lo que puede exigir de ella.

Actualmente algunas de las personas que tienen que afrontar continuamente la no aceptación y las limitaciones de la sociedad, sin permitirles que se desenvuelvan dentro de sus capacidades intelectuales, son las personas ciegas.

El mal entendimiento del problema que representa la ceguera, ha hecho que la sociedad actúe de una manera rechazante, sin dejarles que se desarrollen como individuos productivos, capaces de obtener su propio sustento. Las actitudes de paternalismo y lástima que reciben estas personas ciegas por parte de su familia y del medio ambiente en el que viven, repercuten en el autoconcepto que ellos han tenido de sí mismos, haciéndolos sentir inferiores, dependientes y con un sentimiento de frustración.

La educación de la familia, de la sociedad y la formación de especialistas en la atención a personas ciegas, ayudarán a evitar las barreras existentes entre las personas "normales" y las ciegas; por tal motivo, en esta investigación se pretende dar una información sobre el autoconcepto de las personas ciegas en comparación con el autoconcepto de las personas videntes, y con ésto dar pauta a otras investigaciones para que profundicen en el conocimiento y entendimiento del problema de la ceguera.

El presente estudio está integrado por 5 capítulos:

El primero trata de dar una idea general sobre la ceguera dentro de los aspectos fisiológicos, histórico-educativos y psicosociales; el segundo capítulo define al autoconcepto tomando en cuenta las diferencias conceptuales del autoestima, autopercepción y autoimagen, enfocándose finalmente en algunos estudios referentes al autoconcepto en ciegos.

Posteriormente, en el tercero, cuarto y quinto capítulos, se describe la metodología que se siguió para la elaboración de dicha investigación, así como la discusión, conclusiones, limitaciones y sugerencias de los resultados obtenidos.

1 . CEGUERA

1.1 DEFINICION DE CEGUERA.

En el año de 1973, un grupo de estudiosos organizados por la Organización Mundial de la Salud, se reunieron con el fin de establecer pautas aplicables a la acción preventiva de la ceguera o invidencia; por ello la O.M.S. decide definir a la ceguera como la incapacidad de contar dedos a una distancia de tres metros, (O.M.S., 1984).

La Escuela Nacional para Adultos Ciegos, considera ciego a toda aquella persona que tenga una deficiencia visual tal, que necesite de sistemas o métodos especiales de aprendizaje o capacitación debido a esta deficiencia, para así lograr una vida normal en aspectos de trabajo, educacionales y asistencia social.

Para el Consejo Nacional de Oftalmología, ceguera significa que sin aumentar la acción de otros sentidos, una persona es incapaz de realizar tareas que normalmente requieren de visión gruesa, (Arvizu, 1985).

La Organización Nacional de Invidentes Mexicanos considera ciego a todo aquel individuo que presenta una alteración visual de la importancia suficiente para afectar su desenvolvimiento normal en la vida, (en Cobos Soriano, 1982).

Para medir la agudeza visual, la Sociedad Mexicana de Oftalmología, utiliza la escala Snellen Chart, la cual consiste en líneas con letras para aquellas personas que sepan leer, o bien, con figuras y símbolos para personas analfabetas y niños, tales líneas deben ser leídas a una distancia de 20 pies (6m.); cada tamaño de letra corresponde a una distancia estandar en las cuales una persona con visión normal puede distinguirlas. Por lo tanto, si una letra o símbolo de 20 pies puede ser leída a una distancia de 20 pies, el ojo tiene una agudeza de 20/20 que es normal; cuando una persona puede leer solo los tamaños de 200 pies (60m.) a una distancia de 20 pies, tiene una visión de 20/200 (6/60m.) y a esta persona se le considera como ciego legal y condicionado subnormal, (Arvizu, 1985).

En el Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales, se consideran como ciegos educables a aquellas personas cuyo impedimento es tal que deben aprender a leer y escribir por medio del sistema braille.

1.2 PRINCIPALES CAUSAS FISIOLÓGICAS DE LA CEGUERA.

La Organización Mundial de la Salud (1984) informó que las principales causas de la pérdida de la vista, están íntimamente relacionadas con los factores ecológicos, socioeconómicos y culturales. En los países en desarrollo los casos de ceguera son causados principalmente por

infecciones, carencias nutricionales, traumatismos y falta de atención oftalmológica.

Las causas de la ceguera y pérdida parcial de la visión pueden incluirse en las siguientes categorías, las cuales no están en orden de prioridad:

- | | |
|------------------|------------------------|
| 1. Infecciosas | 7. Neoplásicas |
| 2. Hereditarias | 8. Glaucomatosas |
| 3. Congénitas | 9. Miópicas |
| 4. Accidentales | 10. Ambliópicas |
| 5. Degenerativas | 11. Tóxicas |
| 6. Nutricionales | 12. Otras enfermedades |

1. Infecciosas: Son enfermedades, que debido a su gravedad llegan a provocar alteraciones que atrofan las funciones de los ojos, algunas de estas enfermedades pueden ser la difteria, meningitis, escarlatina, varicela, sífilis, tuberculosis, tifoidea, etc.

2. Hereditarias: Son enfermedades que se adquieren por medio de los genes anormales transmitidos por los progenitores, estas enfermedades pueden desarrollarse en cualquier etapa de la vida, algunas de estas enfermedades son las cataratas, el desprendimiento de retina, la neuritis óptica, el queratócono, etc.

3. Congénitas: Son alteraciones oculares que aparecen al nacer o poco tiempo después, como consecuencia de un desarrollo normal o anormal del huevo. Puede resultar de una

alteración del feto por una infección o intoxicación de la madre; dentro de estas enfermedades se pueden mencionar la rubeola materna, la sífilis congénita, coloboma, la catarata congénita, etc.

4. Accidentales: Dentro de éstas, se puede mencionar los accidentes de trabajo que son una de las principales causas de la ceguera en las sociedades más desarrolladas y que cada día son mayores los casos por falta de medidas de seguridad, principalmente por la exposición a los rayos X, otras radiaciones ionizantes, también accidentes en la actividad del hogar, en los juegos y deportes pueden causar ceguera.

5. Degenerativas: Son enfermedades que provocan la alteración de los elementos anatómicos con pérdida de los caracteres esenciales y cambios químicos en los constituyentes de los ojos, algunas de estas enfermedades son el queratocono, las distrofias corneales, degeneración quistoide, etc.

6. Nutricionales: Estas son enfermedades provocadas por la deficiencia o por la intoxicación crónica de sustancias nutrientes (vitaminas), entre ellas se encuentran la xeroftalmia, hipervitaminosis A, hipervitaminosis D, avitaminosis B₁, avitaminosis C, etc.

7. Neoplásicas: Conglomerado de tejido nuevo que se forma en

los ojos y cuyos elementos constituyen a los tejidos normales, tiene una vida independiente de estos; los tumores pueden ser malignos o benignos; algunas de estas enfermedades son el carcinoma de los párpados, sarcoma, epiteloma, hamartomas, etc.

8. Glaucomatosa: Comprenden un complejo de entidades patológicas que tienen en común un aumento en la presión intraocular capaz de producir degeneración de la papila óptica y defectos en el campo visual.

9. Miópica: Son alteraciones degenerativas graves, sus principales características son alteraciones de la papila óptica, alteraciones en la coroides, en la retina, en la esclerótica y en el humor vítreo.

10. Ambliópica: Es la disminución de la vista sin lesión orgánica del ojo.

11. Tóxicas: Es la pérdida de la visión debido a la ingestión excesiva de drogas, alcohol, o bien al contacto de los ojos con ácidos como los compuestos orgánicos de arsénico y la automedicación de gotas o colirios para los ojos.

12. Otras enfermedades: Como anemia, diabetes, enfermedades vasculares, tumores, etc. (Vaughan, D., 1986).

1.3 HISTORIA DE LA EDUCACION DEL CIEGO.

Dentro de la etapa referente a la educación del ciego, el primer dato que se obtiene es la "Carta de los Ciegos", escrita por el filósofo Diderot, en la cual se propone la mejor forma de educar a los ciegos. Posteriormente el humanista inglés Juan Luis Vives en el siglo XVI sugiere posibilidades de educación al ciego, así como labores que pudieran desarrollar y los formarían útiles a la sociedad.

El mérito de haber abierto a los ciegos las puertas de la educación, le corresponde en parte al francés Valentín Haüy en los años de 1771-1829, ya que fundó en París el Instituto Nacional para Jóvenes Ciegos, y hace una demostración con sus alumnos ante la Academia de Ciencias de París, de que los ciegos pueden leer y escribir. El sistema de Haüy enseña a leer y escribir por medio de letras grabadas en trozos de madera fina, el método es lento y dificultoso, pues para cada página, después de haber grabado el trozo de madera se tenía que grabar en papel grueso, (Carrasco Querol, 1980).

Louis Braille, alumno de la Institución fundada por Haüy, se percata de las dificultades del sistema y se propone elaborar otro que se adapte mejor a las necesidades específicas del tacto, basándose en la signografía Barbier, la cual consta de 12 puntos de cuyas diversas combinaciones nacen los signos fonéticos. Braille lo reduce a 6 puntos con los que las dimensiones de las letras quedan adaptadas a las

exigencias del tacto; el sistema Braille de lecto-escritura para invidentes fue aceptado en el congreso de Berlín en 1879 como el sistema de escritura universal para invidentes, (Carrasco Querol, 1980).

En el año de 1870 en América, a principios del siglo XIX, se funda el "Asilo para Ciegos" de Nueva Inglaterra conocido como el Instituto Perkins y la Escuela para Ciegos de Massachusetts, fundada a partir de la visita de varios médicos al Instituto Haüy de Francia, con el apoyo de Samuel Howe, fundador de la institución.

La guerra mundial dió gran auge a las investigaciones para lograr la emancipación del invidente, a partir de ésta, surgen en toda Europa y América, principalmente en Estados Unidos, las escuelas para invidentes y los institutos de investigación.

En México en la época de la Colonia, los ciegos eran atendidos por misioneros, y sin embargo la atención no era dirigida en especial a los invidentes, sino a cualquier persona que lo necesitara. Es precisamente en el año de 1870 cuando el señor Ignacio Trigueros funda la primera Escuela Nacional para Sordos y Ciegos, y en el año de 1871, la Secretaría de Gobernación, por el Decreto Presidencial del Lic. Benito Juárez pide un impuesto a las loterías públicas para sostener a esta escuela ubicada en la calle de

Encarnación que estaba bajo la dirección del Dr. Juan Ramirez Arellano. En 1925, se funda la Escuela Nacional para Adultos Ciegos en la calle de Mixcalco, en la que también asistían niños.

En 1951, después de la Conferencia de la UNESCO en Montevideo, se funda el Comité Internacional Pro-Ciegos, designándose a México como un centro editorial Braille para México y España, que actualmente da los servicios de la enseñanza del sistema lecto-escritura braille, capacitación en algunas ramas de la industria, artesanías y comercio, también distribuye materiales para invidentes y ofrece el servicio de bolsa de trabajo.

En 1955, se inaugura el Instituto Nacional para Niños Ciegos y Débiles Visuales en la colonia Coyoacán. En 1953, la Escuela Nacional para Ciegos "Lic. Ignacio Trigueros" pasa a formar parte de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; posteriormente ésta institución fué transferida por Decreto Presidencial el 19 de Diciembre de 1982 al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, (Amieva Vázquez, 1981).

El objetivo de la Escuela Nacional para Adultos Ciegos "Lic. Ignacio Trigueros", siendo un instituto educativo con el sistema de integración escolar, es lograr una integración social del ciego, una autosuficiencia y rehabilitación al medio ambiente en el que se desarrolla. Los alumnos que

ingresan a esta escuela son personas de 15 años de edad o más, cuya limitación visual puede ser de nacimiento o adquirida, y a quienes dicha deficiencia les impide desenvolverse en los aspectos físicos, educativos y/o laborales.

Dentro del proceso de rehabilitación, en el área de Orientación y Movilidad, se les enseña el manejo del bastón blando, orientación espacial y talleres de trabajos manuales.

Al pasar por asesoría educativa, se observa el grado escolar que tiene el alumno, y para que pueda continuar con sus estudios se les enseña el manejo del sistema lecto-escritura braille, la caja aritmética y simbología. Si aún no estudia la primaria o no la ha terminado de cursar, la escuela para ciegos ofrece el sistema educativo para primarias de la SEP, el cual es el mismo que se da en las escuelas federales primarias .

En el programa de rehabilitación también se encuentra el área de difusión, cultura y recreación en la que se enseña música, deportes y otras actividades recreativas. (Escuela Nacional para Ciegos, Informes del Director de la escuela, Dr. Jorge A. Medina L.)

1.4 FACTORES PSICOSOCIALES DE LA CEGUERA.

Los principios de la Psicología General para el entendimiento de toda conducta humana son suficientes para explicar la conducta de las personas ciegas, ya que no existe una psicología propia para los ciegos; los ciegos son en su esencia y en su desarrollo iguales a las personas videntes, en los ciegos se observan únicamente determinadas derivaciones del desarrollo psíquico fundadas en la carencia de la visión. (Heinz, 1946).

Sobre lo anterior, Tuttle (1987) señala que las personas impedidas visualmente no son necesariamente anormales y mal adaptadas, sino que en su mayor parte responden a las demandas de su vida dentro de las capacidades que les permite su deterioro físico.

Las alteraciones psicosociales que puede tener una persona con ceguera, están determinadas por las relaciones ambientales y condiciones de vida que acompañan a ésta deficiencia. Por lo tanto, aquellas reacciones que la persona ciega presenta, no son provocadas directamente por la deficiencia visual en sí, sino por la necesidad que siente el individuo de responder y hacer frente a un medio hostil. (Heinz, 1946; Tuttle, 1987).

Las actitudes ambientales juegan un papel importante en la formación del autoconcepto de la persona ciega. La

compasión o rechazo de que se le hace objeto, llevan al individuo a compadecerse a si mismo, o bien a convertirse en un desconsiderado, mal intencionado, exigente, desconfiado, susceptible e irritable ante algunas de las actitudes de las personas del medio ambiente que lo rodean. (Arenas Monreal, 1987).

El autoconcepto se refiere a la percepción del individuo de sí mismo en relación al medio ambiente físico y social en que vive, el desarrollo del autoconcepto comienza en la infancia y continua a lo largo de toda su vida sufriendo constantemente modificaciones en respuesta al medio ambiente. En la sociedad, el estereotipo de una persona ciega está cargado de características negativas como inutilidad, dependencia, incapacidad o infelicidad, este estereotipo hace que las demás personas tengan un sentimiento de lástima y sobreprotección que impide que el sujeto ciego se integre y desarrolle actividades que lo ayuden a sentirse aceptado, independiente y seguro de si mismo. (Futtio, 1987; Arenas Monreal, 1987).

Este estereotipo es un factor negativo de la sociedad que lleva al ciego hacia su propia negatividad, forzándolo a creer que es diferente e inferior, afectando así el proceso de socialización al crear una entidad social como parte de su propio concepto; de antemano cabe esperar las reacciones de rechazo de ambas partes, uno al sentirse agredido y la

sociedad al agredir sin deseo de hacerlo, sino por falsas ideas en relación a la ceguera. (Valdez, 1980).

La incomodidad de la persona vidente se hace manifiesta por no saber como actuar ante el ciego, y esta situación provoca diferentes reacciones, a veces de amabilidad, otras de aislamiento o de rechazo, al actuar de esta manera se están evidenciando las diferencias existentes y creando situaciones de mayor incomodidad, que conducen al ciego al sentimiento de inferioridad y dependencia. (Valdéz, 1980).

El reconocimiento de si mismo como individuo es facilitado por los padres y la familia en general; el amor, la aceptación y las oportunidades para moverse de una situación de protección a semiprotección fuera de la familia, así como las expectativas de éxito que se le den al ciego para que se pueda adaptar al medio en que vive, ayudarán a desarrollar un punto de vista positivo de si mismo. (Valdéz, 1980).

Las dificultades que encuentra un ciego para adquirir un autoconcepto apropiado, son evidentes en cuanto reconoce el papel de la vista en este proceso; cuando las demás personas con las que convive, principalmente los padres tratan de protegerlo de una retroalimentación negativa con respecto a su apariencia, esta sobreprotección puede hacer que el ciego desarrolle ideas no reales de si mismo. Al dejar de sobreproteger al ciego para que tenga experiencias logradas por si mismo, ayudan a desarrollar un autoconcepto

adecuado, y algunas experiencias fallidas pueden ayudar a que el ciego desarrolle ideas más realistas de sí mismo, (Valdéz 1980).

Moore (1984) señala que la familia juega un papel importante en la rehabilitación del ciego, ya que las actitudes que tenga la familia hacia él, lo ayudarán a tener éxito en su rehabilitación para poder seguir desarrollándose en la sociedad en los aspectos económicos, laborales y sociales.

Algunas de las características comunes entre las personas ciegas son el fracaso, la desesperación sobre la pérdida de una función vital, sentimientos de depresión, excesiva dependencia, disminución de autoestima, inseguridad, necesidad de contacto e interacción humana, pérdida de autonomía y quizá culpa por ser una carga para la familia y los amigos. Sin embargo es en la familia en donde cada uno de los miembros que la forman, tienen en sus manos la capacidad para lograr la realización y plenitud de la vida del incapacitado visual, creando un clima de cordialidad y profunda comunicación.

Por último la Organización Mundial de la Salud (1976) indica que los efectos y/o trastornos causados por la ceguera son los siguientes:

Para el ciego:

Pérdida de categoría socioprofesional

- Disminución de capacitación para ganarse la vida
- Desperdicio de capacitación y experiencia
- Situación de dependencia
- Traumas en la personalidad
- Problemas psicológicos por representar una carga para su familia

Para su familia:

- Pérdida o reducción de sus ingresos
- Pérdida de situación social
- Mayor dependencia de otras personas
- Carga representada por el cuidado del incapacitado

Para la sociedad:

- Pérdida de la contribución que aportaba el trabajador inválido en calificación y ganancia
- Desaprovechamiento de los conocimientos del inválido
- Cargas financieras para sostener y atender al inválido y a su familia
- Aumento del número de personas improductivas o al cargo de otros.

Con base a lo anterior, la pérdida de la vista puede causar serias alteraciones en el autoconcepto de una persona, y el estereotipo que la sociedad a formado sobre el ciego ha limitado su capacidad de poder desenvolverse en el ambiente en que vive, dentro de los aspectos laborales, sociales y

económicos, por lo que sería importante investigar si el autoconcepto de las personas ciegas difiere del autoconcepto de las personas videntes.

2. AUTOCONCEPTO

2.1 DIFERENCIAS ENTRE AUTOCONCEPTO, AUTOPERCEPCION, AUTOESTIMA Y AUTOIMAGEN.

Teóricos e investigadores en el área de autopercepción han usado los términos de autoconcepto y autoestima indistintamente.

El autoconcepto se define típicamente como la percepción que uno tiene de sí mismo, la cual está influenciada por la interacción con el medio ambiente. (Beane y Lipka, 1980).

Beane y Lipka sugieren que las percepciones de uno mismo pueden ser consideradas dentro de dos categorías:

1) El autoconcepto.- Se define como la(s) percepción(es) que uno tiene de uno mismo en términos de atributos personales y los distintos papeles desempeñados o realizados por el individuo. Por ejemplo: un niño puede participar en escenarios sociales como hijo o hija, como compañero de juego de la escuela, como estudiante y otros papeles sociales más. En cada papel el individuo recibe e internaliza una retroalimentación acerca de la naturaleza y calidad de su función; así el individuo puede desarrollar una percepción de sí mismo, la cual puede variar desde la definición simple del papel hasta un sentimiento de la cualidad del papel desempeñado. Un niño podría percibirse como un buen o mal jugador de pelota, o como un buen o mal estudiante. El

autoconcepto entonces es la percepción descriptiva de uno mismo en varios papeles sociales. (Beane y Lipka, 1980).

2) La autoestima. - Es la valuación de uno mismo con respecto a la satisfacción del papel o papeles desempeñados, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, importante, exitoso y valioso. Por ejemplo: un niño podría carecer de la habilidad necesaria para participar en un juego físico y describirse a sí mismo como un mal jugador, dependiendo de la valuación personal que se le dé a esta carestía, será su autoestima sobre esta conducta.

Este proceso de valuación es una función del contexto del medio ambiente, ya que el papel es juzgado en relación con las percepciones de "otros significativos" a quienes el individuo reconoce como influyentes. Durante la niñez, los padres son los principales de los "otros significativos" y con el crecimiento y la maduración otras personas como compañeros o maestros de clases pueden ser "significativos" en situaciones específicas. La autoestima se aprende de la forma en que otros han estimado al individuo, cuando la persona es rechazada, aprende un rechazo de sí mismo. (Beane y Lipka, 1980).

Para Serafino (1988) el autoconcepto es la idea interna o personal de las características propias, éstas incluyen los

rasgos físicos, el sexo, las tendencias conductuales, las disposiciones emocionales, las habilidades, los intereses y los objetivos de la persona; este autoconcepto comprende dos elementos:

1) La autoimagen.- Es la percepción o idea que la persona tiene de sí misma, se va formando a partir de datos que tiene de otros, y el valor positivo o negativo que se asocia a tal imagen dependerá también de esa interacción; es la noción interna de sí una persona posee características y hasta que grado las posee, manifestándose por las descripciones que hace de sí mismo.

Aunado a lo anterior, Hurlock (1987), menciona que en la autoimagen existen:

a) Autoimagen física: Comprende cualidades como la altura, la obesidad, la adecuación al sexo pertinente, las imperfecciones, etc.

b) Autoimagen psicológica: Se constituye de rasgos psicológicos tales como la honradez, la independencia, la agresividad, la desvalidez, etc.

c) Autoimagen real: Lo que la persona cree que las personas que importan en su vida (padres, hermanos, maestros) piensan de él tanto física como psicológicamente. Según el trato y la evaluación que tenga de ellos, la persona determinará en grado considerable su propia estimación.

d) Autoimagen ideal: Es lo que a la persona le gustaría ser en lo físico y en lo psicológico; sirve como norma internalizada compuesta de sus esperanzas y aspiraciones basadas en lo que conforme a su conocimiento, el grupo social tiene en alta estima.

2) La autoestima: Es la evaluación personal de los méritos o cualidades con base en su autoimagen y en la conciencia de los valores de la sociedad y esta autoestima cambia conforme la persona aprende que las personas que son importantes en su vida valoran o descartan esas cualidades.

2.2 DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO.

El autoconcepto es un constructo que se forma a partir de la interacción del organismo consigo mismo y con su medio ambiente físico, como resultado de sus relaciones con otros organismos. Un individuo al nacer no tiene ningún concepto de sí mismo, sino que éste se va desarrollando a través del contacto que el niño tiene con los demás, el modo como éstas personas lo tratan, lo que dicen sobre él y la posición que tiene dentro del grupo social con el que se identifica. (Horrocks, 1984).

Hurlock (1982), menciona que el concepto de sí mismo es un compuesto de pensamientos que constituyen la conciencia que tiene la persona de su existencia individual; el autoconcepto se forma a través de los distintos conceptos de sí, los cuales son el resultado de la interacción entre el

individuo y su específico ambiente sociocultural. Ahora bien, los conceptos que sobre uno mismo se desarrollan tienen una jerarquía, el primero es el autoconcepto primario, que se basa en las experiencias del niño en sus relaciones familiares; posteriormente se desarrolla el autoconcepto secundario el cual se adquiere en ambientes fuera del hogar, y se encuentra relacionado con el modo en que se ve él mismo a través de los ojos de los demás.

Hurlock (1987) dice que el autoconcepto podrá estar plenamente establecido en la adolescencia, aunque a menudo se modifica cuando se tienen nuevas experiencias personales y sociales; algunos factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto son:

1.- Estructura corporal: El individuo sabe que su cuerpo en particular su tamaño, adecuación al sexo y atractivo personal llama la atención de otras personas y afecta sus relaciones hacia él y, a su vez afecta su actitud hacia sí mismo.

2.- Defectos físicos: No es la imperfección en sí lo que afecta el autoconcepto de un individuo, sino más bien las frustraciones y los resentimientos que sufre en razón de ese defecto; cuando el individuo debe ser separado de sus amistades y del medio en el que desarrolla sus actividades, la desconfianza será mayor y tendrá actitudes negativas no sólo hacia sí mismo, sino también hacia las personas del

grupo que toman parte en las actividades de las que él está excluido.

3.- Condición física: El estado de salud afecta tanto a la apariencia personal como la disposición anímica y esto influirá en el autoconcepto y se reflejará en la clase de adaptación que realice el individuo en relación con la vida.

4.- Química glandular: Esta química o estado glandular, producto de las hormonas provenientes del sistema endócrino, tiene influencia sobre la personalidad provocando emociones o reacciones.

5.- Vestimenta: Las prendas de vestir son un símbolo del "status" y por ello tienen un profundo efecto sobre el autoconcepto de un individuo, ya que la apariencia personal afecta la aceptación social, el individuo puede evitar el rechazo social usando ropas que mejoren su presentación y aumenten la confianza de sí mismo.

6.- Nombres y apodos: La manera de sentir del individuo respecto de su nombre o apodo determinará el efecto de éstos sobre su autoconcepto, y esa manera de sentir estará influida por las actitudes de personas significativas o por lo que él cree que son esas actitudes. Cuando un individuo gusta de su nombre y cree que es aceptado por los demás del

grupo social en el que se identifica, se sentirá con un sentimiento de superioridad y determinará el aumento de la confianza en sí mismo.

7.- Inteligencia: Si un individuo es incapaz de cumplir con una tarea, probablemente se desarrollen en él sentimientos de inadecuación e inferioridad. La inteligencia promedio o superior al promedio permite al sujeto adaptarse más fácilmente a la sociedad, aumentando su autoconfianza.

8.- Niveles de aspiración: El nivel de aspiración de logro influye en el autoconcepto y determinará si el sujeto se verá a sí mismo como triunfante o fracasado.

9.- Emociones: Los juicios sociales sobre la conducta tienen un efecto sobre el autoconcepto, la forma como se manejen las emociones mejorará o empeorará la personalidad del sujeto.

10.- Patrones culturales: Cada cultura cuenta con su propio patrón aprobado para la conducta de sus miembros y se espera que cada individuo desarrolle un patrón de personalidad dentro de los límites aprobados culturalmente, si se niega a aceptar los valores del grupo, el sujeto se convertirá en un inadaptado cultural, siendo mayor la desaprobación cultural y esto dañará su autoconcepto.

11.- Nivel escolar: La educación escolar es una fuerza

secundaria en importancia después del hogar, para el desarrollo de la personalidad, cuando se tienen experiencias desagradables, el sujeto se sentirá inadecuado, inseguro y esto influirá en el autoconcepto.

12.- "Status" social: Ciertas características de la personalidad están vinculadas con determinados "status" sociales. Las personas que son populares se hacen extrovertidas, confiadas en sí mismas y esto hace que su autoconcepto se incremente.

13.- Influencias familiares: Las actitudes y la conducta de los padres dan forma a la nascente personalidad del individuo y causan efecto sobre el autoconcepto del hijo, provocando seguridad o inseguridad en ellos. (Hurlock, 1987; pag. 538-552).

Bar-On (1985), menciona que cada persona tiene una imagen de su identidad familiar y de su identidad personal; ambos son semejantes, están interrelacionados y actúan desde el momento mismo del nacimiento.

Tuttle (1987), dice que la gente se porta de manera congruente con su autoconcepto, si el autoconcepto y la estructura de la personalidad de un individuo son adecuadamente desarrolladas en la vida temprana y permanecen relativamente constantes a lo largo de toda su vida, entonces

el individuo tendrá una autoestima alta, ya que ésta última depende de la situación social en la que se encuentre el sujeto.

PERSPECTIVAS TEORICAS DEL AUTOCONCEPTO.

William James en 1890 (cit. en Nashville Tennessee, 1988), es identificado como uno de los primeros psicólogos que estudió el sí mismo, quien dice que el sí mismo de un individuo es la suma de el todo que se puede llamar lo suyo, incluyendo su cuerpo, familia, posesiones, estado de conciencia y reconocimiento social.

Posteriormente, toda una escuela teórica dió a conocer la teoría del sí mismo, por medio de varias exposiciones hechas acerca del autoconcepto tales como las de Cooley, Rogers, Combs y Snygg, (cit. en Nashville Tennessee, 1988).

Por su parte Charles Horton Cooley en 1902 (cit. en Nashville Tennessee, 1988), propone tres dimensiones básicas del sí mismo:

- 1.- La imaginación de uno para semejarse a otro.
- 2.- La imaginación de otras personas y el aprecio de esa apariencia.
- 3.- Alguna clase de valor del sí mismo sintiendo orgullo o vergüenza.

Este autor escribió sobre el sí mismo desde una perspectiva más sociológica, postulando que no tiene sentido pensar en el sí mismo fuera del medio social en el cual está inmerso.

Cooly da a conocer su proposición del sí mismo reflejado, según la cual la concepción que un individuo tiene de sí mismo, es determinada por la percepción de las reacciones que otras personas manifiestan hacia él.

Para Mead en 1934 (Cit. en Nashville Tennessee, 1988), el sí mismo se desarrolla cuando se tienen experiencias con otras personas y, como consecuencia de éstas experiencias aprenden a pensar acerca de sí mismo como objeto y a tener actitudes y sentimientos de sí mismo.

Symonds en 1951 (cit. en Hall, 1984), describe al autoconcepto como un grupo de procesos de percepción, pensamiento y recuerdo, los cuales desarrollan y ejecutan un plan de acción para alcanzar satisfacciones y tendencias internas. Según el autor, hay aspectos que constituyen el sí mismo:

- 1.- Como la persona se percibe a sí misma.
- 2.- Lo que la persona piensa de sí misma.
- 3.- Como se evalúa la persona a sí misma.
- 4.- A través de varias acciones, como intenta engrandecerse o defenderse de sí misma.

Snygg y Combs en 1949, (cit. en Nashville Tennessee, 1988), opinan que toda conducta humana está determinada y pertenece a un campo fenomenológico, el sí mismo fenomenológico es el sí mismo observado, experimentado y juzgado por el propio individuo, es la totalidad de experiencias de las cuales la persona está enterada en el instante de su acción.

Sarbin en 1962 (cit. en Hall, 1984), ve al sí mismo como una estructura cognitiva que consiste en las propias ideas acerca de diversos aspectos de su ser; propuso "sub-yoes" exteriores y los llamó yo-físico, yo-moral, yo-personal, yo-familiar y yo-social, éstos mismos son los que utiliza Fitts para construir su escala de autoconcepto.

Maslow en 1959 (cit. en Nashville Tennessee, 1988), asigna una importancia central a la estima del sí mismo, considera que un nivel positivo de autoestima es necesario para lograr que la persona actualice su potencial individual en los diferentes papeles que desempeña.

Rogers (1976) opina que la estructura del sí mismo es una configuración organizada de las percepciones de sí mismo que son admisibles a la conciencia. Se compone de elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades, los conceptos en relación con los demás y con el medio, las cualidades de valor que se perciben como asociados con las experiencias y con los objetos, y las metas e ideales que se perciben como poseyendo valor

positivo o negativo.

Rogers pone atención en el cambio y desarrollo de la personalidad y tiene dos conceptos fundamentales en su teoría para explicar el desarrollo y estructura de la personalidad, estos son:

1.- Psicológicamente el organismo es el sitio de toda experiencia, la cual incluye todo aquello que es potencialmente accesible a la conciencia y que está al alcance del organismo en cualquier momento. La totalidad de experiencia constituye el "campo experiencial" o "campo fenoménico".

2.- El concepto del si mismo es una parte del campo perceptual o fenoménico que se va diferenciando gradualmente, es un conjunto organizado y cambiante de percepciones que se refieren a características, atributos, cualidades, valores y relaciones que el sujeto conoce como descriptivas de si mismo.

Es por eso que Rogers (1976) dice que el autoconcepto es el resultado de la interacción con el medio ambiente y particularmente el resultado de la interacción con los demás, y esta es la forma como se considera el autoconcepto en la presente investigación.

Finalmente, Fitts (1965) menciona que la imagen que el

sujeto tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y con su estado de salud mental, las personas que se ven a sí mismas como indeseables o "malas" tienden a actuar de acuerdo a esta idea, aquellas que tienen autoconceptos desviados tienden a actuar en forma desviada.

2.4 INVESTIGACIONES SOBRE EL AUTOCONCEPTO DE CIEGOS.

El propósito de la investigación realizada por Miller y Buckel (1977) fué determinar a través de la Escala Tennessee de Autoconcepto, el Inventario de Intereses Multivariados de Pannsylvania y la Escala de Locus de Control Externa, si las discusiones vocacionales en grupo podrían efectuar cambios en los intereses vocacionales, en el autoconcepto y en el locus de control de varones ciegos de preparatoria. El resultado de este estudio indicó que el tratamiento experimental no produjo cambios significativos en el autoconcepto personal y social, ni tampoco en los intereses vocacionales por grupo.

El estudio de Taylor (1978), tuvo como objeto el investigar la eficacia de la instrucción de baile en el autoconcepto y movilidad de adultos ciegos. Las conclusiones de ésta investigación fueron:

1. El entrenamiento en el baile mejoró significativamente la eficacia de movilidad de los sujetos ciegos.

2. El nivel de habilidad adquirida o adiestramiento de los adultos ciegos correlaciona positivamente con sus niveles de movilidad y autoconcepto.

En otra investigación realizada por Shands y Strong (1979) averiguaron si existe alguna relación entre los puntajes del autoconcepto de adolescentes ciegos y sus aspiraciones educativas así como con sus características personales; los instrumentos utilizados fueron la Escala Tennessee de Autoconcepto y dos instrumentos elaborados por los investigadores (Cuestionario de Aspiraciones Educativas y el Inventario de Datos Personales). Los resultados mostraron que no hubo relaciones significativas entre el autoconcepto de los sujetos ciegos y sus aspiraciones educativas así como con sus características personales.

Head (1979) efectuó un estudio para determinar si el autoconcepto de los adolescentes ciegos y débiles visuales se ve influenciado por el nivel económico de la escuela a la que asisten (alta, media o baja). Para la medición de este estudio se utilizó la Escala Tennessee de Autoconcepto y, de acuerdo a los resultados se indicó que los débiles visuales obtuvieron un incremento en su nivel de autoconcepto, mientras que los ciegos obtuvieron un decremento aunque éste no fué estadísticamente significativo.

Resnick (1981), efectuó un estudio con sujetos ciegos congénitos para determinar la relación entre autoimagen, independencia e integración, estos datos fueron obtenidos mediante un Test de Veinte Relatos (TST) y un Cuestionario que trató sobre las experiencias en la edad temprana, educación, experiencia vocacional, movilidad, actividades de la vida diaria, interacción social, habilidad física, hobbies y actitudes hacia los obstáculos. Las características personales y sociales reportadas en el cuestionario fueron reagrupadas bajo las categorías de autoconcepto, independencia e integración.

Los resultados de este estudio indicaron que una autoimagen positiva de los sujetos está relacionada con un alto grado de independencia y un alto grado de integración.

Salomone y Paige (1984), entrevistaron a personas ciegas y débiles visuales (entre 21 y 61 años de edad) mediante un cuestionario elaborado por los investigadores y encontraron cinco principales barreras para conseguir un buen trabajo:

1. La actitud negativa pública hacia los ciegos.
2. Disminución del autoconcepto.
3. Renuencia del patrón para emplear a los ciegos, por los conceptos erróneos o temores respecto a esta incapacidad.
4. Dificultad de transportación.
5. Una carrera pobre e inadecuado entrenamiento vocacional.

En el estudio de Moore (1984), el objetivo fué averiguar si había diferencias significativas entre sujetos ciegos

rehabilitados con empleo competente fuera del asilo al que asisten, sujetos ciegos rehabilitados con empleo dentro del asilo y sujetos ciegos no rehabilitados, en relación a las actitudes de su familia durante el proceso de rehabilitación.

A cada sujeto se le dió un cuestionario elaborado por el autor con la técnica del Diferencial Semántico, en el cual se le pidió al sujeto que juzgue el concepto "el impacto de las actitudes de la familia hacia él, durante el proceso de rehabilitación. Los resultados indicaron que los ciegos rehabilitados con empleo competente reportaron más actitudes positivas de su familia durante el proceso de rehabilitación en comparación a los sujetos ciegos rehabilitados con empleo dentro del asilo y ciegos no rehabilitados; también se observó que los ciegos rehabilitados con empleo dentro del asilo obtuvieron más actitudes positivas de la familia que los ciegos no rehabilitados; por lo que se concluyó que la actitud de la familia hacia el ciego durante el proceso de rehabilitación, es un factor importante para que el incapacitado tenga éxito o no en su rehabilitación para conseguir y mantener un buen trabajo.

Recientemente Flores B. y Chavez R. (1988), efectuaron en Mexico una investigación en la Escuela Nacional para Ciegos "Ignacio Trigueros" con el fin de averiguar si había diferencias significativas entre el autoconcepto de personas ciegas de nacimiento y ciegas adquiridas, para ello

utilizaron la Escala Tennessee de Autoconcepto (transcrita por las investigadoras al sistema lecto-escritura braille).

De acuerdo a los puntajes obtenidos en general no hubo diferencias estadísticamente significativas; y en el análisis cualitativo de la escala se observó que los ciegos adquiridos se mostraron más defensivos, representando un autoconcepto ideal, mientras que los ciegos de nacimiento se enfocaron más a su realidad, (ver Tabla B, pag. 58).

3 . METODOLOGIA

3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACION.

¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre el autoconcepto de personas adultas ciegas y videntes?

3.2 OBJETIVO GENERAL.

El objetivo del presente estudio, es investigar si existen diferencias estadísticamente significativas entre una muestra de sujetos ciegos y una muestra de sujetos adultos videntes, en la categoría de autoconcepto la cual será evaluada mediante la Escala Tennessee de Autoconcepto .

3.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

a) Por medio de la aplicación de la Escala Tennessee de Autoconcepto a la muestra de sujetos adultos ciegos, evaluar su autoconcepto.

b) Con la aplicación de la Escala Tennessee de Autoconcepto a la muestra de sujetos adultos videntes, evaluar su autoconcepto.

c) Posteriormente, con los resultados obtenidos en cada muestra, identificar si existen diferencias estadísticamente significativas entre estas.

3.4 PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS.

Hipótesis nula.

Ho - No existen diferencias estadísticamente significativas entre el autoconcepto de sujetos adultos ciegos y sujetos adultos videntes.

Hipótesis de investigación.

Hi. - Si existen diferencias estadísticamente significativas entre el autoconcepto de sujetos adultos ciegos y sujetos adultos videntes.

3.5 DEFINICION DE VARIABLES.

Variable independiente.

Es la capacidad visual de los sujetos, que puede adoptar dos valores:

- a) Sujetos adultos ciegos.
- b) Sujetos adultos videntes.

Variables dependiente.

- a) Los puntajes obtenidos por los sujetos ciegos y videntes a través de la aplicación de la Escala Tennessee de Autoconcepto.

Variables controladas:

- a) La edad de los sujetos fluctuó entre los 17 y 35 años de edad.
- b) El nivel de escolaridad de los sujetos fué de 6^o año de primaria.
- c) El nivel socioeconómico de los sujetos fué bajo.

3.6 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE TERMINOS.**Autoconcepto:**

Es la percepción que uno tiene de si mismo, la cual lleva asociado un juicio de valor personal y está integrado por elementos tales como las propias características y capacidades, los conceptos de si mismo en relación con los demás, así como con el medio ambiente en el que se desarrolla el individuo. (Rogers, 1976).

En el presente estudio, el autoconcepto está definido por las respuestas de los sujetos ciegos y videntes a la Escala Tennessee de Autoconcepto, que consiste de 100 afirmaciones autodescriptivas que los sujetos usan para describir la imagen que tienen de si mismos. (Fitts, 1965).

Ciego:

Es aquella persona que presenta una alteración visual de la

importancia suficiente para afectar su desenvolvimiento normal en la vida. (Organización Nacional para Invidentes, en Cobos Soriano, 1982).

En esta investigación se consideró ciegos, a aquellos sujetos que asisten a la Escuela Nacional para Ciegos, quienes tienen una deficiencia visual tal, que necesitan de sistemas o métodos especiales de aprendizaje para lograr una vida normal en aspectos de trabajo, educacionales y asistencia social.

Vidente:

Es aquella persona que "ve", capaz de desempeñar cualquier actividad en su vida diaria que requiera de visión gruesa, (Consejo Nacional de Oftalmología, en Arvizu, 1985).

En este estudio, se tomo como videntes a las personas que asisten a las Escuelas Primarias Nocturnas "15 de Mayo" y "Profr. Francisco C. Morales", quienes tienen una capacidad visual suficiente para no utilizar sistemas o métodos especiales de aprendizaje para lograr una vida normal en aspectos de trabajo, educacionales y de asistencia social.

3.7 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION.

Esta investigación se realizó en tres escuelas. La primera fue la Escuela Nacional para Adultos Ciegos "Ignacio Trigueros", perteneciente al Sistema Nacional para el

Desarrollo Integral de la Familia, ubicado en la calle de Mixcalco #6, colonia Centro, México D.F.

A esta escuela ingresan personas ciegas de nacimiento, ciegas adquiridas y débiles visuales, que tienen una edad de 15 años o adelante, cuya deficiencia visual no les permite desenvolverse adecuadamente en el medio en el que se desarrollan. En el momento de realizarse este estudio (1989), asiste un total de 162 alumnos.

Al ser inscritos en esta escuela se les hace en expediente con sus datos socioeconómicos, familiares, médicos; laborales y educativos.

La escuela primaria dentro de esta institución, lleva el mismo sistema educativo que la Secretaría de Educación Pública imparte en las Escuelas Primarias Federales, y para que los alumnos puedan continuar con sus estudios, se les enseña el sistema lecto-escritura Braille.

La segunda y tercera escuelas fueron la Escuela Primaria Nocturna "15 de Mayo", ubicadas en las calles de Osa Mayor y Gemelos, colonia Prado Churubusco, México D.F.; y la Escuela Primaria Nocturna "Profr. Francisco C. Morales, ubicada en las calles de Sn. Antonio y Sta. Isabel, colonia Campestre Churubusco, México D.F.

Estas escuelas pertenecen a la Secretaría de Educación Pública, y a ellas ingresan personas de 15 años de edad o más que no hayan cursado o terminado sus estudios a nivel primaria; al ser inscritos los alumnos se les aplica un Cuestionario de Datos Socioeconómicos.

3.8 CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA.

Para llevar a cabo esta investigación, se tomaron dos muestras independientes. El primer grupo estuvo formado por 66 sujetos ciegos, alumnos de la Escuela Nacional para Ciegos "Ignacio Trigueros"; el tamaño de la muestra fué calculado por medio de la fórmula de muestras para estudios complejos (Rojas Soriano, 1987; ver anexo B).

El número de sujetos que formaron al segundo grupo, se tomó con base al primero, por lo tanto, también fueron 66 alumnos videntes pertenecientes a las Escuelas Primarias Nocturnas "15 de Mayo" y "Profr. Francisco C. Morales".

Para la selección de los sujetos de ambas muestras, se consideró una edad entre los 17 y 35 años, un nivel de escolaridad de 6º año de primaria y un nivel socioeconómico bajo de acuerdo a los datos socioeconómicos de los sujetos obtenidos de las escuelas a las que corresponden y a la ocupación que tenían en el momento del estudio (ver Cuadro 1).

En este caso, como se trata de analizar las diferencias entre las medias del autoconcepto de sujetos ciegos y videntes, fue necesario utilizar el Muestreo No Probabilístico por Cuota, debido a que para la selección de los sujetos no se empleó la extracción aleatoria, sino que fueron seleccionados tomando en cuenta las condiciones necesarias para los fines de la investigación, (Kerlinger, 1982).

CUADRO 1
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS SUJETOS

GRUPO DE CIEGOS		
VARIABLES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
<u>Edad</u>		
17-22 años	32	48.4
23-28 años	23	34.8
29-35 años	11	16.6
Total	66	100.0
<u>Ocupación</u>		
Vendedores ambulantes	8	12.1
Estudiantes	18	27.2
Limosneros	3	4.5
Artesanos	16	24.2
Músicos	8	12.1
Cantantes ambulantes	12	18.1
Amas de casa	1	1.5
Total	66	100.0
GRUPO DE VIDENTES		
<u>Edad</u>		
17-22 años	45	68.1
23-28 años	13	19.6
29-35 años	8	12.1
Total	66	100.0
<u>Ocupación</u>		
Obreros	2	3.0
Estudiantes	19	28.7
Oficios domésticos sirvienta, pintor, jardinero)	22	33.3
Amas de casa	3	4.5
Empleados	17	25.3
Vendedores ambulantes	3	4.5
Total	66	100.0

3.9 INSTRUMENTO.

En esta investigación se utilizó la Escala Tennessee de Autoconcepto (Fitts, 1965).

William H. Fitts, creó esta escala con el propósito de tener un instrumento multidimensional en la descripción del autoconcepto, ampliamente aplicable para unir lazos entre las investigaciones experimentales y el trabajo clínico. Para el autor, la imagen que un individuo tiene de sí mismo es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada a su personalidad y al estado de salud mental.

La escala consiste de 100 afirmaciones autodescriptivas que la persona usa para describir su autoconcepto, de las cuales 90 afirmaciones están balanceadas positiva y negativamente; los reactivos restantes fueron tomados de la escala de mentira del Inventario Minnesota Multifacético de la Personalidad (MMPI), las respuestas de los 100 reactivos varían de completamente verdadero hasta completamente falso en un intervalo de 5 puntos.

Esta escala se autoadministra y se aplica a nivel individual o grupal, puede usarse con sujetos de 14 años de edad o más que sepan leer y escribir. No solo es aplicable a personas sanas sino también a pacientes psiquiátricos. (Fitts, 1965).

La escala está disponible en dos formas: 1) la forma para consulta psicológica y 2) la forma clínica y de investigación. En ambas formas se utiliza el mismo libreto y los mismos reactivos. La diferencia estriba en la calificación y en el sistema de perfiles. En este estudio se utilizó la forma para investigación, con la excepción de las escalas empíricas.

Forma para Consulta Psicológica

A. Punteo de Autocrítica (AC): Esta escala está compuesta por 10 reactivos, los cuales son afirmaciones derogatorias que la mayor parte de las personas admiten que son ciertas de sí mismos. Los individuos que niegan la mayoría de estas afirmaciones con frecuencia son defensivos y están haciendo un esfuerzo deliberado de presentar una imagen favorable de sí mismos; los puntajes altos indican capacidad normal, amplia y sana para la autocrítica. Los puntajes extremadamente altos (arriba del percentil 99) indican que al sujeto le faltan defensas y puede encontrarse patológicamente indefenso. Los punteos bajos indican defensividad y sugieren que los punteos positivos están probablemente artificialmente elevados por ésta defensividad.

B. Punteos Positivos P (P): Son afirmaciones autodescriptivas las cuales están divididas en dos formas; verticalmente en columnas (marco externo de referencia) y

horizontalmente en hileras (marco interno de referencia).

1) Puntaje Total P (PT): Se considera el más importante en consulta psicológica, pues refleja el nivel total de autoestima donde las personas que presentan puntajes altos sienten que valen, teniendo confianza en sí mismos actuando de acuerdo a su imagen. Las personas con puntajes bajos dudan de su propio valor, se sienten ansiosos y en ocasiones deprimidos, teniendo poca confianza en sí mismos.

Si el puntaje de autocrítica es bajo, se sospechará de los puntajes positivos altos, pudiendo ser el resultado de una distorsión defensiva.

2) Hilera 1. P-Identidad (H1): Estos son los reactivos de "lo que yo soy", el individuo describe lo que él es, basado en como él se ve.

3) Hilera 2. Autosatisfacción (H2): El individuo describe como se siente acerca del yo que él percibe, refleja el nivel de autosatisfacción o autopercepción.

4) Hilera 3. P-Comportamiento (H3): Se deriva de las afirmaciones que dicen "esto es lo que yo hago" o "esta es la forma en que yo actúo", mide la percepción que el individuo tiene de su propio comportamiento y de la forma en que él funciona.

5) Columna A Yo-Físico (CA): El individuo presenta la visión de su cuerpo, apariencia física, estado de salud, habilidades y sexualidad.

6) Columna B Yo-Etíco-moral (CB): Describe el yo desde un marco de referencia ético-moral relaciones con Dios y sentimientos de ser una persona "buena o mala".

7) Columna C Yo- Personal (CC): Refleja el sentido de valer personal que tiene el individuo de sí mismo, el grado en que se siente adecuado como persona y su evaluación de sí mismo.

8) Columna D Yo-Familiar (CD): Refleja los sentimientos propios de valer personal y de efectividad en las relaciones familiares.

9) Columna E Yo-Social (CE): Refleja los sentimientos de la persona sobre su forma de relacionarse con las demás personas en general.

C. Los Puntajes de Variabilidad: Proporcionan una medida de variabilidad o inconsistencia de una área de autopercepción a otra.

1) Variabilidad Total (TV): Representa el total de variabilidad entre todos los puntajes. Un puntaje alto significa que el concepto que el individuo tiene de sí mismo

varia de una área a otra, reflejando poca unidad o integración.

2) Columna de Variabilidad Total (CTV): Mide y resume las variaciones dentro de las columnas.

3) Hilera de Variabilidad Total (HTV): Representa la suma de las variaciones a través de las diferentes hileras.

D Puntaje de Distribución (D): Representa la suma que el individuo obtiene por la manera en que distribuye sus respuestas entre las 5 opciones que se le presentan para contestar a los reactivos de la escala. Se puede interpretar también como una medida adicional de la autoimagen, la certeza o seguridad sobre la manera en que uno se ve a sí mismo. Un puntaje alto indica que el sujeto está muy definido y seguro en lo que dice sobre sí mismo, mientras que un bajo puntaje indica lo contrario. También a veces se encuentran puntuaciones bajas en las personas que asumen actitudes de defensa y reserva, éstas evaden la confrontación mediante el empleo de la opción 3 en la hoja de respuestas.

Las puntuaciones extremas en ambas direcciones, son indeseables y generalmente se obtienen en personas perturbadas, con frecuencia utilizan las opciones 1 y 5 como respuestas. Otros pacientes se sienten inseguros y evasivos tendiendo a dar respuestas predominando las opciones 2, 3 y

4 obteniendo puntuaciones bajas en la distribución.

E. Punteo de tiempo: Indica el tiempo requerido para contestar la escala.

Forma clínica o de investigación

Los punteos para esta forma, son además de los anteriores, los que a continuación se mencionan:

A. La Proporción Verdadero/Falso (V/F): Indica el enfoque del sujeto hacia la tarea, ya sea en acuerdo o en desacuerdo, independientemente del contenido de las afirmaciones.

El significado de la proporción V/F, puede enfocarse en tres formas:

- a) Puede considerarse como una medida de patrones de respuesta e interpretarse en términos de los descubrimientos acerca del significado de éstos.
- b) Como una medida de comportamiento que tiene significado en términos de validez empírica, en este sentido la proporción V/F selecciona a los pacientes de los no pacientes, teniendo una correlación significativa con otros "test".
- c) Los puntajes altos indican que el individuo está alcanzando la definición de su yo o su autodescripción, poniendo el enfoque sobre lo que él es y que es relativamente incapaz de alcanzar esto eliminando o rechazando lo que él no es. Los puntajes bajos tendrían un

significado contrario, pues alcanzan su autodescripción por medio del uso más desequilibrado de las dos tendencias, afirmando lo que no es su yo y eliminando lo que es.

b. Puntajes de Conflicto Neto (TN total neto): Se encuentra en relación con las calificaciones V/F, y miden el grado de diferencia o conflicto entre las respuestas del individuo a los reactivos positivos con sus respuestas a los reactivos negativos en la misma área de autopercepción, siendo ésta la aplicación del término "conflicto" donde las hojas de puntajes computan las respuestas separadas dentro de cada casilla, para las afirmaciones positivas (P) y las negativas (N). La diferencia entre estos puntajes es P-N, como una medida operacional de conflicto. Puesto que las respuestas de las afirmaciones negativas están invertidas en la hoja de respuestas, teniendo los puntajes P y N significados equivalentes, por lo que cualquier diferencia entre P y N refleja una contradicción o conflicto.

Existen dos tipos de conflicto:

- a) Conflicto de asentimiento o conflicto positivo, el cual se presenta cuando las calificaciones P, son mayores que las N, éste indica que el sujeto está sobreamplificando sus atributos positivos.
- b) Conflicto de negación, éste es lo opuesto al anterior, aquí las calificaciones N son mayores que las P, y significa que el sujeto sobrientrega sus atributos negativos en relación con la medida en que afirma sus características positivas;

se concentra en eliminar lo negativo.

C. Puntaje Total de Conflicto (TC): Los puntajes conflictivos netos que anteriormente se mencionaron, se relacionaban solamente con tendencias direccionales en la medida de conflicto P-N. El puntaje total de conflicto determina el total de conflicto P-N en la autoimagen del sujeto, sumando las discrepancias P-N sin tomar en cuenta el signo de las mismas. Los puntajes altos reflejan confusión, contradicción y conflicto general respecto a la autoimagen; los puntajes bajos revelan lo contrario, pero si estos resultan extremadamente bajos presentan una descripción de si mismos tan cerrada y rígida debiendo ser vista como una imagen defensiva. En las personas perturbadas se tienen puntajes extremadamente altos o bajos.

Los puntajes de conflicto reflejan respuestas conflictivas a los reactivos positivos o negativos dentro de la misma área de autoimagen. Estos puntajes no deben confundirse con los puntajes de variabilidad, que reflejan fluctuaciones de una a otra área de autoimagen.

D. Escalas Empíricas: Estas escalas se derivaron de un análisis de reactivos, seleccionando los que diferenciaban un grupo de sujetos de todos los demás grupos. Los puntajes en estas escalas son empíricos y cruzan a través del esquema básico de clasificación de la escala. Estas escalas se derivaron de un análisis de respuestas con los siguientes grupos:

GRUPO	TAMAÑO DE GRUPO
Grupo de norma	626
Grupo psicótico	100
Grupo neurótico	100
Grupo de desórdenes de personalidad	100
Grupo defensivo positivo	100
Grupo de integración de personalidad	75

1) Escala defensivo positivo: Es una medida de defensividad, más útil que el puntaje AC (autocrítica), parte de su hipótesis básica de la teoría del yo, dice que los individuos con dificultades psiquiátricas definidas, registran conceptos negativos del yo a determinados niveles de conciencia, por lo que esta escala indica una descripción positiva del yo, partiendo de una distorsión defensiva.

2) Escala de desajuste general: Se compone de 24 afirmaciones que difieren a los pacientes psiquiátricos de los sujetos normales, sirviendo como índice general de ajuste-desajuste, no presentando la naturaleza de la patología.

3) Escala de psicosis: Se basa en 23 afirmaciones, diferenciando pacientes psicóticos de otros grupos.

4) Escala de desordenes de personalidad: Los 27 reactivos que constituyen esta escala, diferencian un grupo de diagnóstico de los demás grupos, incluyendo personas con problemas de

personalidad y con ciertas debilidades en contraste con psicóticos y reacciones neuróticas.

5) Escala de neurosis: Consta de 27 reactivos, los altos "puntajes T" indican alto grado de similitud con el grupo del cual se derivó la escala, en éste caso fueron pacientes neuróticos.

6) Escala de integración de personalidad: Consta de 25 afirmaciones, diferenciando este grupo de otros.

7) Puntaje de número de signo de desviación: Es una medida empírica, la cual es el conteo del número de características desviadas en todos los puntajes. Los individuos que se desvían marcadamente de la norma en comportamientos sin importancia, con seguridad se desviarán en aspectos más importantes de su comportamiento.

Aplicación de la Escala

La escala se autoadministra y no requiere de más instrucciones que las que están indicadas en el interior de la portada del folleto; la hoja de respuestas está constituida por dos páginas, en medio de las cuales hay un papel carbón, el sujeto responde en la primera página en forma alternada de acuerdo a la numeración de las afirmaciones en el folleto. (ver anexo A).

El investigador califica la prueba sobre los puntajes obtenidos en la segunda página de la hoja de respuestas, a excepción de los puntajes de distribución que se efectúan en la primera página, (ver anexo A).

Para la aplicación de la escala al sistema lecto-escritura braille, las instrucciones y el folleto están adaptadas a las condiciones visuales de los sujetos. Las respuestas a los reactivos las dan en hojas braille, anotando el número de la afirmación y en seguida el número de la respuesta que escojan. La numeración de las afirmaciones está dada en forma continua y no alternada como en el folleto original, para así evitar confusiones en los sujetos en el seguimiento de las afirmaciones para su contestación, ya que al escribir en braille los sujetos hacen uso de ambas manos y al retornar a la lectura de los reactivos debe existir una continuidad en la numeración como una medida de orientación para el ciego.

Para que el investigador proceda a la calificación de las pruebas, las respuestas dadas por los sujetos ciegos deben ser transcritas en hojas de respuestas originales para que puedan ser calificadas de la misma manera en la que se explicó anteriormente (Flores B. y Chavez R., 1988; ver anexo A).

DATOS PSICOMETRICOS

Normas: El grupo de estandarización que Fitts utilizó para desarrollar las normas del instrumento, fue una muestra de 626 sujetos. La muestra incluyó gente de varias partes de Estados Unidos de Norteamérica, sus edades fluctuaban entre los 12 y 68 años, había aproximadamente igual número de ambos sexos, individuos tanto negros como blancos, representantes de todos los niveles sociales, económicos e intelectuales y, niveles educativos desde sexto año hasta personas que tenían un doctorado.

Actualmente sería posible ampliar considerablemente el grupo normalizado. Esto no se ha hecho porque se ha visto que muestras de otras poblaciones no difieren de las normas existentes en forma apreciable, considerando que son muestras lo suficientemente amplias (75 o más sujetos), por otra parte los efectos de variables demográficas tales como el sexo, la edad, la raza, la educación y la inteligencia, sobre los puntajes de la escala son insignificantes. De tal manera que las evidencias sugieren que no es necesario establecer normas por separado por edad, sexo, raza u otras variables. Sin embargo, el grupo norma no refleja a la población como un todo en proporción de su comportamiento nacional. (Fitts, 1965).

Las normas están sobrerrepresentadas en número de estudiantes preparatorianos, sujetos blancos y personas en el rango de

edades de 12 a 30 años. Los datos normativos para los puntajes de la forma psicológica, que también incluyen los datos de confiabilidad sobre éstos puntajes, se reportan en la Tabla A.

CONFIABILIDAD

Los datos de confiabilidad obtenidos por Fitts, están basados en el método Test-Retest de 60 estudiantes de preparatoria en un periodo de dos semanas; sin embargo, otros estudios han demostrado que las características distintivas de los perfiles individuales se encuentran presentes, para la mayoría de las personas, un año o aún más tiempo después, (Fitts, 1965).

Algunos estudios realizados en México, en los que se ha utilizado la Escala Tennessee de Autoconcepto son los de: De la Serna Herrera, 1976, UIA; Bar On, 1985, UNAM; Ochoa Braojos, 1987, UNAM; Feinholz-klip, 1988, UIA; Nava Hernandez, 1986, UNAM y Vite San Pedro, 1987, UNAM.

En México, Flores B. y Chavez R. (1987), hicieron un estudio sobre las diferencias en el autoconcepto de personas ciegas adquiridas y personas ciegas de nacimiento, en donde elaboraron la transcripción de la Escala Tennessee al sistema lecto-escritura braille, para ello realizaron un estudio piloto para comprobar la confiabilidad de la prueba por medio del método Tets-Retest, siguiendo con ésto el

TABLA A
 ESCALA TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO
 WILLIAM H. FITTS

MEDIAS, DESVIACIONES ESTANDAR Y COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD

AREA	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	CONFIABILIDAD*
Autocrítica	35.54	6.70	.75
Verdadero/Falso	1.03	.29	.82
Conflicto Neto	4.91	13.01	.74
Total de Conflicto	30.10	8.21	.74
Puntaje Total	345.57	30.70	.92
H 1. Identidad	127.10	9.96	.91
H 2. Autosatisfacción	103.67	13.79	.68
H J. Comportamiento	115.01	11.22	.88
C A. Yo-Físico	71.75	7.67	.87
C B. Yo-Etíco-moral	70.35	8.70	.80
C C. Yo-Personal	64.55	7.41	.85
C D. Yo-Familiar	70.83	8.43	.89
C E. Yo-Social	65.14	7.86	.90
Total Variabilidad	45.53	12.42	.67
Columna Total de Variabilidad	29.03	9.12	.73
Hilera Total de Variabilidad	19.60	5.76	.60
Distribución	120.44	24.19	.89
Opción 5	15.11	9.24	.88
Opción 4	24.36	7.55	.79
Opción 3	18.03	5.99	.77
Opción 2	18.55	7.99	.71
Opción 1	20.63	9.01	.55

* El Coeficiente de Confiabilidad fue obtenido por el método Test-Retest.

mismo procedimiento utilizado por el autor de la escala.

Una vez calificadas las pruebas, se efectuó el análisis empleando el Coeficiente de Correlación de Spearman. Con base en los resultados se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de cada área de la escala (ver Tabla B).

En el presente estudio se realizó el Coeficiente de Confiabilidad de las áreas de Autocrítica, Hileras y Columnas que forman la Escala Tennessee de Autoconcepto, en la transcripción al sistema lecto-escritura braille.

Con el fin de observar si los reactivos que constituyen cada área del instrumento están interrelacionados y miden el mismo rasgo, se efectuó la Confiabilidad por medio del método de División por Mitades, calculando en primer lugar el Coeficiente de Correlación de Pearson (r), y posteriormente el Coeficiente de Confiabilidad por Mitades Corregido de Spearman Brown (r_{xx}). (Downie y Heath, 1983).

Los resultados obtenidos del coeficiente de confiabilidad de cada área varían de .48 a .67 (ver Tabla C).

TABLA B
ESCALA TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO
COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD OBTENIDO POR FLORES B. Y CHAVEZ R.
EN EL SISTEMA BRAILLE

AREA	PRUEBA	x	S	C.E.T.*
Autocritica	Test	33.20	9.39	.66
	Retest	33.90	8.85	
Verdadero/Falso	Test	2.29	1.13	.76
	Retest	1.88	1.09	
Conflicto Neto	Test	33.30	29.40	.48
	Retest	30.20	17.80	
Total de Conflicto	Test	55.50	19.11	.61
	Retest	48.40	12.91	
Puntaje Total	Test	341.00	27.87	.80
	Retest	319.50	36.49	
H 1. Identidad	Test	122.50	11.95	.90
	Retest	117.1	18.95	
H 2. Autosatisfacción	Test	103.10	9.91	.06
	Retest	98.50	13.93	
H 3. Comportamiento	Test	113.40	15.23	.93
	Retest	103.10	15.98	
C A. Yo-Fisico	Test	70.00	8.46	.71
	Retest	66.40	10.70	
C B. Yo-Etico-moral	Test	67.30	7.68	.83
	Retest	63.50	9.58	
C C. Yo-Personal	Test	70.60	7.89	.56
	Retest	6.54	8.25	
C D. Yo-Familiar	Test	66.90	7.16	.64
	Retest	62.50	8.92	
C E. Yo-Social	Test	64.20	8.78	.74
	Retest	61.70	6.89	
Total de Variabilidad	Test	51.50	13.00	.75
	Retest	61.00	15.92	
C. Total Variabilidad	Test	30.50	8.67	.91
	Retest	37.90	10.79	
H. Total Variabilidad	Test	21.00	5.04	.35
	Retest	23.10	5.71	
Distribución	Test	133.60	28.39	.67
	Retest	136.50	25.30	
Opción 5	Test	34.10	16.07	.94
	Retest	31.30	14.35	
Opción 4	Test	14.60	6.84	.64
	Retest	18.20	14.84	
Opción 3	Test	21.20	12.76	.72
	Retest	20.50	10.24	
Opción 2	Test	5.4	6.55	.76
	Retest	5.3	6.44	
Opción 1	Test	22.70	10.44	.66
	Retest	24.70	9.48	

*C.E.T. = Coeficiente de Estabilidad Temporal (rttt).

TABLA C
ESCALA TENNESSEE DE AUTOCONCEPTO
COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD OBTENIDO EN EL PRESENTE ESTUDIO
EN EL SISTEMA BRAILLE

AREA	r	rx
Autocritica	0.57	0.73
Hilera 1. Identidad	0.70	0.82
Hilera 2. Autosatisfacción	0.47	0.64
Hilera 3. Comportamiento	0.82	0.90
Columna A. Yo-Físico	0.56	0.71
Columna B. Yo-Etico-moral	0.67	0.80
Columna C. Yo-Personal	0.56	0.72
Columna D. Yo-Familiar	0.32	0.48
Columna E. Yo-Social	0.51	0.67

r = Coeficiente de Correlación de Pearson.

rx = Coeficiente de Confiabilidad por Mitades Corregido de Spearman-Brown.

VALIDEZ

Los procedimientos de validez del instrumento hechos por Fitts, son de cuatro clases:

1) Validez de Contenido: El propósito aquí ha sido asegurarse de que el sistema de clasificación empleado para los puntajes de Hileras y los puntajes de Columnas es digno de confianza, considerándose para ello que los reactivos de la escala fueron unánimes para los siete psicólogos clínicos empleados como jueces, con lo que se pudo asumir que las categorías usadas en la escala son lógicamente significativas y públicamente comunicables.

2) Discriminación entre grupos: La teoría de la personalidad y la investigación sugieren que los grupos que difieren en ciertas dimensiones psicológicas deben diferir también en su autoconcepto. Por ejemplo, debemos esperar diferencias entre delincuentes y no delincuentes, entre pacientes psiquiátricos y no pacientes; una aproximación a la validez ha sido el determinar como la escala diferencia a tales grupos.

3) Correlación con otras medias: Otra manera de evaluar la validez es determinar la correspondencia entre puntajes de la escala y otras medidas para las cuales se deben predecir las correlaciones. Las pruebas psicológicas con las que se ha realizado el coeficiente de correlación producto momento de Pearson (r) son el M.M.P.i. y el Inventario de

Preferencias personales de Edwards.

4) Cambios en la Personalidad bajo Condiciones Particulares: Se han encontrado resultados positivos al aplicar la Escala Tennessee antes y después de tratamientos psicoterapéuticos, observando una mejoría en el autoconcepto, (Fitts, 1965).

3.10 DISEÑO DE INVESTIGACION.

Las características inherentes a la investigación, lo colocan dentro del estudio de campo Ex-Post- Facto de dos muestras independientes.

Este diseño de investigación es una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico no tiene control directo sobre la variable independiente porque ya acontecieron sus manifestaciones o por ser intrínsecamente manipulables.

Se hacen inferencias sobre las relaciones de ellas, sin intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes (Kerlinger, 1982).

La variable independiente en este estudio es la capacidad visual de los sujetos, que puede adoptar dos valores: ciegos y videntes. La variable dependiente es el autoconcepto de los sujetos obtenido a través de la escala.

3.11 PROCEDIMIENTO.

El original de la escala fue solicitado al Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales de Chihuahua Chih., ya que en este instituto publican y distribuyen la versión y adaptación del folleto en español, y además tiene relación con la Universidad de Tennessee para solicitar el resto del material en inglés.

Este mismo instrumento transcrito al sistema lecto-escritura braille, fue solicitado a Flores B. en la Escuela Nacional para Ciegos "Ignacio Trigueros".

Una vez preparado el material para la aplicación, se procedió a pedir la autorización del Director de la escuela para ciegos, obtenida dicha autorización, fueron revisados los expedientes de los alumnos con la ayuda de la Coordinadora de Psicología de esa misma escuela, recopilando los datos de fechas de nacimiento, diagnóstico oftalmológico, nivel socioeconómico, ocupación actual y año escolar, con los cuales se formó un grupo de 66 alumnos, después de obtenida la lista de las personas que integran la muestra, se formaron subgrupos de 4, para explicarles el propósito del estudio y para pedirles que llevarán consigo su equipo de escritura que consiste en punzón, regleta y tabla.

La aplicación del instrumento se llevó a cabo dentro de un

salon de la misma escuela, y las instrucciones que se les dieron fueron las siguientes:

"Buenos días (tardes), soy pasante de la Universidad del Valle de México de la carrera de Psicología, estoy realizando mi tesis y para ello necesito su colaboración contestando esta prueba, no es necesario que anoten su nombre, solo anoten su edad y su ocupación; a cada uno de ustedes se les dará un folleto de la prueba con sus instrucciones junto con una hoja braille para que anoten sus respuestas, lean las instrucciones cuidadosamente y si tienen alguna duda pueden preguntar; en la parte inferior derecha de sus mesas está colocada una mica en la cual están escritas las cinco opciones de respuestas para contestar la prueba. Gracias por su ayuda".

A cada uno de los sujetos se les dió un folleto y una hoja braille y después de asegurar de que no había dudas en ellos, se procedió a la contestación de la prueba.

La aplicación del instrumento al grupo de videntes, se efectuó en dos Escuelas Primarias Nocturnas. La primera fué la escuela "15 de Mayo". Para proceder a la aplicación de la escala fue necesario solicitar un permiso a la Dirección de Educación Primaria No.4, una vez conseguida dicha solicitud, se le pidió autorización a la Directora de la escuela antes mencionada, quien proporciono una lista de los alumnos que cursaban el 6º año de primaria cuya edad fluctuaba entre los

17 y 35 años con un nivel socioeconómico bajo (datos obtenidos del cuestionario de datos socioeconómicos que se les aplica a los alumnos al ingresar a la escuela), formando así un grupo de 27 alumnos; fue necesario acudir a una segunda escuela llamada "Profr. Francisco C. Morales", en donde siguiendo el mismo procedimiento que en la escuela anterior para la selección de los alumnos, se obtuvo un grupo de 39 sujetos con los que se formó una muestra total de 66 personas videntes.

La aplicación del instrumento a los sujetos videntes se realizó dentro de un salón de la escuela a la que pertenecían los alumnos, y las instrucciones que se les dieron fueron las siguientes:

"Buenas noches", soy pasante de la Universidad del Valle de México de la carrera de Psicología, estoy realizando mi tesis y para ello necesito su colaboración contestando esta prueba, no es necesario que anoten su nombre, solo anoten su edad y su ocupación en la parte izquierda de sus hojas de respuestas en donde están las líneas; a cada uno de ustedes se les dará un folleto de la prueba con sus instrucciones junto con una hoja de respuestas, lean cuidadosamente las instrucciones y si tienen alguna duda pueden preguntar. Gracias por su ayuda".

A cada uno de los alumnos se les dió un folleto del

instrumento, así como una hoja de respuestas y después de confirmar que no había dudas en los sujetos, se procedió a la contestación de la prueba.

3.12 TRATAMIENTO ESTADISTICO.

Para obtener el perfil del autoconcepto de cada grupo, se realizó un análisis de frecuencias por medio de los puntajes siguientes:

- a) Medias de cada una de las áreas que forman la escala.
- b) Desviación estándar, la cual ayuda a describir la curva de distribución normal.
- c) Error estándar de la media que es una medida de dispersión en la distribución de la media en el muestreo.
- d) Error estándar de las diferencias de las medias.

De acuerdo a las características de la investigación, se utilizó la prueba estadística "t de Student", la cual se encuentra dentro del nivel intervalar, donde la "t" es el coeficiente de las diferencias de las medias y el error estándar de dichas diferencias, (Downie y Heath, 1983), las fórmulas que se usaron fueron las siguientes:

Media:

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{N}$$

N = Número total de puntajes.

x = Puntajes crudos.

Desviación estándar:

$$S = \sqrt{\frac{\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N}}{N}}$$

Error estándar de la media:

$$S_{\bar{x}} = \frac{S}{\sqrt{N - 1}}$$

Error estándar de las diferencias de las medias:

$$S_{D\bar{x}} = \sqrt{S^2 \bar{x}_1 + S^2 \bar{x}_2}$$

Prueba "t de Student":

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{S_{D\bar{x}}}$$

4. RESULTADOS

4.1 PUNTAJES OBTENIDOS.

De acuerdo a los resultados mostrados por los dos grupos (ciegos y videntes), los cuales se encuentran reportados en la Tabla D. se observó que la hipótesis alterna fue rechazada en las áreas de Autocrítica (AC), Verdadero/Falso (V/F), Conflicto Neto (TN), Total de Conflicto (TC), Puntaje Total (PT), Hilera 1 de Identidad (H1), Hilera 2 de Autosatisfacción (H2), Columna A. Yo-Físico (CA), Columna B. Yo-Etico-moral (CB), Columna C. Yo-Personal (CC), Columna D. Yo-Familiar (CD), Total de Variabilidad (TV), Columna Total de Variabilidad (CTV), Hilera Total de Variabilidad (HTV), Opciones 4.3 y 2. lo que indica que no hay diferencias estadísticamente significativas en estas áreas entre los grupos.

Dentro de las áreas en las que se encontró diferencias estadísticamente significativas está la Hilera 3 de Comportamiento (H3), en donde el grupo de ciegos obtuvo una $\bar{x} = 104.95$ y una $S = 15.83$; el grupo de videntes mostró una $\bar{x} = 100.24$ y una $S = 10.55$; para ambos grupos una T obtenida = 2.003 y una T de tabla = 1.96, por lo que se rechaza la hipótesis nula con un nivel de error de 5%.

En la Columna E. Yo-Social (CE), el grupo de ciegos señala una $\bar{x} = 61.21$ y una $S = 9.89$; el grupo de videntes obtuvo una $\bar{x} = 57.28$ y una $S = 6.85$; tanto ciegos como videntes

indican una $T = 2.644$ y una T de tabla = 1.96, con lo que se rechaza la hipótesis nula con un nivel de error de 5%.

En el área de Distribución (D), los ciegos tienen una $\bar{x} = 150.27$ y una $S = 28.42$; el grupo de videntes señala una $\bar{x} = 124.78$ y una $S = 29.32$; ambos grupos indican una T obtenida = 5.041 y una T de tabla = 1.96 por lo que se rechaza la hipótesis nula con un nivel de error de 5%.

En el área de Opción 5, los ciegos tienen una $\bar{x} = 39.80$ y una $S = 15.59$; los puntajes en el grupo de videntes son de $\bar{x} = 32.60$ y $S = 15.35$, ambos grupos una T obtenida = 2.658 y una T de tabla = 1.96, por lo que se rechaza la hipótesis nula con un nivel de error de 5%.

En el área de Opción 1, el grupo de ciegos señala una $\bar{x} = 22.39$ y una $S = 11.30$; los videntes un puntaje de $\bar{x} = 15.69$ y una $S = 8.69$; ambos grupos mostraron una T obtenida = 3.802 y una T de tabla = 1.96; por lo que se rechaza la hipótesis nula con un nivel de error de 5%.

Al analizar los resultados del área (H3), la cual mide la percepción que el sujeto tiene de su propio comportamiento, en el que hubo diferencia estadísticamente significativa, los sujetos ciegos mostraron una puntuación de media más alta que la de los videntes, lo que nos indica que los ciegos tienden hacia una percepción más clara de su

comportamiento ante los demás, que la de los videntes.

En el área (CE), la cual refleja los sentimientos de la persona sobre su forma de relacionarse con los demás, se observó una diferencia estadísticamente significativa, en donde el grupo de sujetos ciegos tienen un puntaje más alto que el del grupo de videntes.

El área (D) se considera como una medida adicional de la autoimagen y mide la certeza o seguridad sobre la manera en que uno se ve a sí mismo, los sujetos ciegos señalan un puntaje de media más alto que la de los videntes, indicando que los ciegos tienden a ser más definidos y seguros en lo que dicen de sí mismos en comparación con la puntuación dada por los videntes.

En las Opciones de respuesta 5 y 1, las cuales son las puntuaciones extremas en ambas direcciones, indican que el sujeto quiere dar una apariencia positiva de sí mismo: en éstas áreas el puntaje más alto fué el obtenido por el grupo de ciegos.

TABLA D
PUNTAJES GENERALES POR AREA OBTENIDOS EN EL
GRUPO DE CIEGOS Y EN EL GRUPO DE VIDENTES

$\alpha = 0.05$

AREA	GRUPO	X	S	T OBT.	GL	T TABLA	SE DEGUAZA
A/C	Ciegos	34.66	8.25				
	Videntes	34.50	5.73	0.128	130	1.960	II
V/P	Ciegos	2.15	1.19				
	Videntes	2.47	2.11	-1.084	130	1.960	III
T N	Ciegos	39.71	31.19				
	Videntes	36.33	31.52	0.615	130	1.960	II
T C	Ciegos	63.10	20.35				
	Videntes	59.39	20.44	1.039	130	1.960	II
P T	Ciegos	313.06	39.26				
	Videntes	303.21	28.63	1.704	130	1.960	II
II 1	Ciegos	113.72	14.66				
	Videntes	110.07	14.19	1.446	130	1.960	II
II 2	Ciegos	94.40	14.86				
	Videntes	93.04	10.88	0.595	130	1.960	II
II 3	Ciegos	104.95	15.83				
	Videntes	100.24	10.55	2.003	130	1.960	IIo *
C A	Ciegos	64.57	9.67				
	Videntes	63.36	8.39	0.765	130	1.960	II
C B	Ciegos	62.68	9.80				
	Videntes	60.72	8.52	1.223	130	1.960	II
C C	Ciegos	63.34	10.06				
	Videntes	60.33	8.37	1.868	130	1.960	II
C D	Ciegos	61.27	9.64				
	Videntes	61.34	7.31	-0.046	130	1.960	II
C E	Ciegos	61.21	9.89				
	Videntes	57.28	6.85	2.644	130	1.960	IIo *
T V	Ciegos	56.87	13.70				
	Videntes	53.19	13.09	1.571	130	1.960	II
C T V	Ciegos	33.04	9.10				
	Videntes	31.15	9.46	1.117	130	1.960	II
H T V	Ciegos	23.83	6.01				
	Videntes	22.04	5.64	1.788	130	1.960	II
D	Ciegos	150.27	28.42				
	Videntes	124.78	29.32	3.941	130	1.960	IIo †
Op. 5	Ciegos	39.80	15.59				
	Videntes	32.60	15.35	2.658	130	1.960	IIo *
Op. 4	Ciegos	17.59	13.78				
	Videntes	17.65	10.94	0.027	130	1.960	II
Op. 3	Ciegos	11.96	12.27				
	Videntes	23.59	12.83	-5.288	130	1.960	II
Op. 2	Ciegos	8.23	7.95				
	Videntes	10.45	8.79	-5.508	130	1.960	II
Op. 1	Ciegos	22.39	11.00				
	Videntes	15.59	8.89	1.802	130	1.960	IIo *

* Si existen diferencias estadísticamente significativas.

5. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

5.1 DISCUSION.

Con base a los resultados observados en la Tabla D, dos de las áreas en las que no hubo diferencias estadísticamente significativas fueron las de Conflicto Neto (NT) y Total de Conflicto (TC), donde de acuerdo a las medias obtenidas por los grupos, los ciegos puntuaron más alto que los videntes, lo que señala que tiende a haber mayor variabilidad entre las respuestas de los reactivos positivos y negativos de una área de autopercepción a otra, tendiendo a mostrar confusión y contradicción en su autopercepción.

En el área de Punteo Total (PT), el cual indica el nivel de autoestima total de los sujetos, no hubo diferencias estadísticamente significativas, y en cuanto a las medias, la puntuación más alta fué la del grupo de ciegos, sin embargo ésto podría dudarse debido a que las puntuaciones de las medias de los ciegos en las áreas de Total de Conflicto (TC) y Conflicto Neto (TN) así como en las áreas de Total de Variabilidad (TV), Columna Total de Variabilidad (CTV) e Hilera Total de Variabilidad (HTV), los ciegos obtuvieron una puntuación más alta que la de los videntes, tendiendo a mostrar confusión y contradicción en sus respuestas. Valdez (1980) señala que el desarrollo de una idea de si mismo en el sujeto ciego, depende en gran parte de la relación que tenga con su familia y con el medio ambiente en que vive, al

proteger al ciego de alguna retroalimentación negativa con respecto a su apariencia, puede contribuir para que el ciego desarrolle un punto de vista no real de sí mismo.

En el área de identidad (H1) en la que se describe la identidad básica "lo que yo soy", no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, y en las medias, los ciegos puntuaron más alto que los videntes; la autopercepción de un sujeto surge a partir de los conceptos de sí mismo en relación con los demás y con el medio ambiente Rogers (1976), Serafino (1984), y no es en sí la ceguera lo que afecta la opinión baja o alta que pueda tener una persona sobre sí mismo, sino las relaciones ambientales y sociales en que se desarrolla, Heinz (1946), Tuttle (1987) Arenas Montreal (1987).

En el área de Autosatisfacción (H2) donde se describe como se siente el sujeto acerca del yo que él percibe, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ciegos y videntes; de acuerdo a las medias, la puntuación más alta fué la de los ciegos, podría decirse que la rehabilitación en la que se encuentran los sujetos ciegos hace sentir una autosatisfacción y autoaceptación. Sobre ésto Valdez (1980) y Moore (1984) dicen que el reconocimiento de sí mismo, así como la autoaceptación y las expectativas de éxito que se le den al ciego para que se pueda adaptar al medio en que vive, ayudarán a desarrollar un punto de vista positivo de sí

mismo; Hurlock (1987) agrega que el nivel de aspiraciones o metas de logro que tenga un individuo influye en el autoconcepto y determinará si el sujeto se verá a sí mismo como triunfante o fracasado.

Dentro del área de Comportamiento (H3), la cual mide la percepción que el sujeto tiene de su propio comportamiento, si hubo diferencias estadísticamente significativas, obteniendo el grupo de ciegos el puntaje más alto en las medias, lo que nos podría indicar que tienden a tener una percepción más clara de su comportamiento ante los demás en comparación a la de los videntes. Sobre esto, Arenas Monreal (1987) y Tuttle (1987) señalan que las actitudes de las personas con las que convive un ciego, juegan un papel importante en su autoconcepto, ya que el comportamiento de un individuo es congruente con su autoconcepto, la concepción que un individuo tenga de sí mismo es determinada por las actitudes que otras personas manifiesten hacia él.

En las áreas Yo Físico (CA), Yo-Etíco-moral (CB) y Yo-Personal (CC), no hubieron diferencias estadísticamente significativas entre ciegos y videntes; en relación a las medias obtenidas, se observó que las puntuaciones más altas fueron del grupo de ciegos, lo que podría indicar que la percepción que un sujeto tiene de sí mismo no depende de una incapacidad física, sino que depende de las actitudes y reacciones que tenga el medio ambiente, la familia y la sociedad en general en la que vive el individuo. Heinz

(1946), Rogers (1976), Hurlock (1987) y Tuttle (1987).

La percepción de un individuo sobre su apariencia física, su valor personal, el sexo, las tendencias conductuales, las disposiciones emocionales, las habilidades e intereses en relación con el medio ambiente y personas con las que vive el sujeto, forman su autoconcepto. Mead (1934), Hurlock (1982) y Serafino (1988).

En el área Yo-Familiar (CD) no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos; en cuanto a las medias, el grupo de ciegos indica una puntuación más alta que la de los videntes. Bar-On (1985) y Hurlock (1987) dicen que la familia juega un papel importante en el desarrollo de un individuo, las primeras experiencias que tiene el niño son con la familia, por lo que las actitudes y conductas de los padres causan efectos en la autopercepción del sujeto provocando seguridad o inseguridad en él.

Moore (1984) encontró en su estudio que las actitudes que tenga la familia hacia el ciego durante su proceso de rehabilitación, lo ayudarán a tener éxito o fracaso al interactuar en la sociedad.

En el área Yo-Social la cual refleja los sentimientos de la persona sobre su manera de relacionarse con los demás, si hubo diferencias estadísticamente significativas obteniendo mayor puntaje el grupo de ciegos.

En las áreas de Opciones 5 y 1 si hubo diferencias estadísticamente significativas, mostrando los ciegos un puntaje más alto, se podría decir que tienden a dar una apariencia positiva de sí mismos, lo anterior se puede comparar con las áreas de Conflicto y Variabilidad en las que no hubo diferencias estadísticamente significativas, pero la puntuación dada por los ciegos fué más alta que la de los videntes pudiendo indicar confusión y contradicción en sus respuestas.

5.3 CONCLUSIONES

Se concluye que no hubieron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las áreas de la escala, a excepción de las áreas de Comportamiento, Yo-Social, Distribución y Opciones de respuesta 5 y 1.

De acuerdo a los puntajes de las medias obtenidos por los grupos en las áreas de Puntaje Total, Columnas (marco externo de referencia) e Hileras (marco interno de referencia), los sujetos ciegos mostraron un autoconcepto más alto que el de los videntes; sin embargo, al comparar los puntajes de estas áreas con los puntajes de las áreas de Conflicto y Variabilidad, se encontró que los sujetos ciegos señalan puntuaciones más altas que los videntes, lo que indica que tiende a haber confusión y contradicción en sus respuestas. Aunado a lo antes dicho, se observó que en

las Opciones de respuesta 5 y 1 en las que si hubo diferencias estadísticamente significativas, el grupo de ciegos tiene mayor puntuación tendiendo a dar una apariencia positiva de sí mismos.

Al revisar las teorías sobre el autoconcepto, se señala que el autoconcepto que tiene un individuo está directamente relacionado con el medio ambiente y con las personas con las cuales interactúa, se desarrolla desde la infancia del sujeto y constantemente sufre modificaciones como respuesta al medio ambiente así como a las actitudes que tengan los demás hacia él.

Con base a las investigaciones de Heinz (1946), Valdez (1980), Moore (1984) y Tuttle (1987), así como en los resultados obtenidos, se podría decir que no es la incapacidad visual en sí la que daña el autoconcepto de un individuo, sino las frustraciones y los resentimientos que sufre debido a ésta incapacidad.

Las actitudes de la familia y la sociedad hacia el ciego, puede afectar el concepto que el sujeto se tenga así mismo, una autoimagen positiva en el ciego puede estar relacionada con un alto grado de independencia y un alto grado de integración.

5.3 LIMITACIONES Y SUGERENCIAS DEL ESTUDIO.

- La investigación se abocó al estudio exclusivo de alumnos ciegos en proceso de rehabilitación de la Escuela Nacional para Ciegos "Ignacio Trigueros", por lo que los resultados no se pueden generalizar para las personas ciegas que no se encuentran en proceso de rehabilitación. Se sugiere que se haga un estudio sobre aquellos sujetos que no han asistido a ninguna institución de rehabilitación y averiguar cuales serían las diferencias de autoconcepto entre ciegos rehabilitados y no rehabilitados.

- La población con la que se trabajó pertenece a un nivel socioeconómico bajo, por lo que sería importante considerar a aquellos sujetos ciegos de clase social media o alta.

- No se hizo diferenciación por sexo ni edades, y sobre esto se sugiere investigar si las diferentes etapas del individuo en relación al papel sexual que desempeña, influye en su autoconcepto.

- El instrumento no ha sido estandarizado, sin embargo se ha utilizado en algunas investigaciones a nivel doctorado tales como las de Bar-On, 1985; Ochoa Braojos, 1987. Por lo tanto se sugiere que el instrumento Escala Tennessee de Autoconcepto sea estandarizado en este país.

REFERENCIAS

Amieva Vazquez (1981). Centro de Rehabilitación para Niños Ciegos y Débiles Visuales. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Ibero Americana, México.

Arenas Monreal, De León Valdéz, Flores Becerril (1987). Alteraciones Psicológicas Producidas por la Ceguera. Escuela Nacional para Ciegos. (DIF). (trabajo sin publicar), México.

Arvizu (1985). Prevención y Causas de la Ceguera. Memorias Ier. Seminario Técnico. Científico y Profesión de Servicios para Invidentes, DIF, México.

Bar-On Blugerman (1985). Autoestima, Autoridad Parental y Conflicto Familiar. Tesis de Doctorado en Psicología Clínica. UNAM, México.

Beane y Lipka (1980). Self Concept and Self Steem a Construct Diferentiation. Child Study Journal. 10, 1, 1-6.

Carrasco Quorol (1980). Educación del Invidente en México. Tesis de Licenciatura en psicología. UNAM, México.

Cobos Soriano (1982). Integración del Ciego al Trabajo. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Ibero Americana, México.

De la Serna Herrera (1976). El Autoconcepto en Pacientes Poliomelíticos. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Ibero Americana, México.

Downie y Heath (1983). Métodos Estadísticos Aplicados. New York. México. Ed, Harla.

Feinholz Klip (1988). Autoconcepto en Adolescentes Varones con Problemas de Aprendizaje. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Ibero Americana.

Fitts William (1965). Tennessee Self Concept Scale Manual. Nashville Tennessee.

Flores Becerril y Chavez Rico (1988). Estudio Preliminar en el Autoconcepto entre Ciegos de Nacimiento y Personas con Ceguera Adquirida. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM, México.

Hall Springer (1984). La Teoría del Sí Mismo y la Personalidad. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Head (1979). Factors in Public School Placement and their Relationship to Self-Concept in Congenitally Visually Impaired Adolescent. Dissertation Abstracts International: A the Humanities and Social. 39-40, (1-A) Julio. 194-195.

Heinz (1946). Personalidad y Enfermedad. Barcelona. Ed. Barna.

Horrocks (1984). Psicología de la Adolescencia. México. Ed. Trillas. 84-86

Hurlock (1982). Desarrollo Psicológico del Niño. México. Ed. Mc. Graw-Hill. 755-758.

Hurlock (1987). Psicología de la Adolescencia. México. Ed. Paidós. 539-552.

Kerlinger (1982). Investigación del Comportamiento. Técnica y Metodología. México. Ed. Interamericana.

Moore (1984). Impact of Family Attitudes Toward Blindness/Visual Impairment on the Rehabilitation Process. Journal on Visual Impairment and Blindness. 78, 3, Marzo. 100-105.

Miller y Buckel (1977). Group Vocational Awareness Discussions and Changes in Self Concept, Locus Control and Vocational Interest Patterning of Blind Male Students. Dissertation Abstracts International: A the Humanities and Social. 37, (12-B). Junio. 6340.

Nava Hernandez (1966). El Autoconcepto en Esquizofrénicos. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM. México.

Nashville Tennessee (1988). Studies on the Self Concept and Rehabilitation. Ed. Library of Congress Cata- logo Ksar.

Ochoa Braojos (1987). Factores que influyen en el desarrollo del Autoconcepto Durante la Adolescencia. Tesis de Doctorado en Psicología. UNAM, México.

Organización Mundial de la Salud (1976). Prevención de la Ceguera. Serie de Informes Técnicos No. 515. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (1984). Estrategias para la Prevención de la Ceguera en Programas Nacionales. Ginebra.

Resnick Rose (1981). Integration Study. Dissertation Abstracts International: A the Humanities and Social. 41-42. Diciembre. 2457.

Rogers (1976). Una Teoría de la Personalidad. Buenos Aires. Ed. Paidós.

Rojas Soriano (1987). Guía para Realizar Investigaciones Sociales. México. Ed. P Y V.

Salomone y Paige (1984). Employment Problems and Solutions Perceptions of Blind and Visually Impaired Adults. Vocational Guidance Quarterly. 32 (2), Diciembre, 147-156.

Shands y Strong (1979). An Analysis of Self-Concept Scores Higher Educational Aspirations and Personal Characteristics of the Blind and Partially-Sighted Adolescent. Dissertation Abstracts International: A the Humanities and Social. 39-40 (10-B), Abril, 5049.

Serafino (1988). Desarrollo del Niño y del Adolescente. México. Ed. Trillas. 331-333.

Taylor (1978). The Effectiveness of Ballroom Dance Instruction on the Self-Concept and Mobility of Blind Adults. Dissertation Abstracts International: A the Humanities and Social. 38 (11-A), Mayo, 6605.

Tuttle (1987). The Role of the Special Education Teacher Counselor in Meeting Student Self Steem Needs. Journal of Visual Impairment and Blindness. 81, 4, Abril.

Valdéz (1980). Información para el Estudio de la Ceguera. University of North Carolina Institute of Latin América Studies. Enero-Abril. (trabajo sin publicar).

Vaughan (1986). Oftalmología General. México. Ed. Manual Moderno.

Veytia Alcantara (1979). La responsabilidad de Relaciones Industriales para con el Trabajo de Invidentes Rehabilitados. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Ibero Americana, México.

Vite San Pedro (1987). Autoestima de Madres con Trabajo Doméstico y Madres con Trabajo Remunerado. Tesis de Maestría en Psicología. UNAM, México.

Anexo A

**ESCALA TENNESSEE
DE
AUTOCONCEPTO**

Por
William H. Fitts, Ph. D.

Versión y Adaptación Castellana por
BLANCA M. DE ALVAREZ Y GUIDO A. BARRIENTOS

Publicado y Distribuido por
INSTITUTO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES
Apartado 69 Chihuahua, Chih., México.

Por arreglo con "Counselor Recordings and Test".
Acklen Staton, Nashville, Tenn. U.S.A.

Copyright 1969

I N S T R U C C I O N E S

Escriba su nombre y el resto de la información solicitada en los espacios indicados en la hoja de respuestas. Deje para después la información de los tres últimos espacios relativos al tiempo. escriba sóliamente en la hoja de respuestas y no escriba en este folleto.

En este folleto encontrará una serie de afirmaciones en las cuales Ud. se describe a si mismo, tal y como usted se ve. Conteste como si usted se estuviera describiendo a si mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA AFIRMACION. Lea cada afirmación cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas. En la hoja de respuestas. ENCIERRE EN UN CIRCULO el número de la respuesta que usted escogió; si desea cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, no borre; escriba una "x" sobre la respuesta marcada y después ponga el círculo en la respuesta que Ud. desea.

Cuando esté listo para empezar, localice en su hoja de respuestas el espacio que dice "HORA EN QUE EMPEZO" y anote la hora; cuando haya terminado anote la hora en que terminó en el espacio que dice "HORA EN QUE TERMINO". Al comenzar asegúrese que la hoja de respuestas y este folleto estén colocados de tal manera que los números de las afirmaciones y los de las respuestas coincidan. Recuerde trazar un CIRCULO alrededor del número de la respuesta que usted ha escogido para cada afirmación.

RESPUESTAS:

Completamente Falso	Casi Totalmente Falso	Parte Falso y Parte Verdadero
1	2	3
	Casi Totalmente Verdadero	Totalmente Verdadero
	4	5

Esta escala se ha reproducido al pie de cada página a fin de ayudarle a recordar.

No pase a la página siguiente si no ha comprendido claramente las instrucciones.

I N S T R U C C I O N E S

(Para el instrumento transcrito en Braille)

En éste folleto encontrará una serie de afirmaciones en las cuales usted se describe a sí mismo, tal y como usted se ve. Conteste como si se estuviera describiendo a sí mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA AFIRMACION. Lea cada afirmación cuidadosamente y después escoja uno de los números de las cinco respuestas.

En la hoja de respuestas anote el número de la afirmación y el número de la respuesta que usted escogió, si desea cambiar una respuesta después de haberla escrito, no borre, escriba un signo generador sobre la respuesta que escribió y que desee cambiar y enseguida escriba la respuesta (número) que usted desea.

Al comenzar, asegúrese que la hoja de respuestas y éste folleto estén colocados en tal forma que los números de las afirmaciones y de las respuestas coincidan.

Escriba solamente en la hoja de respuestas y no escriba en éste folleto.

RESPUESTAS:

Completamente falso.....1
Casi totalmente falso.....2
Parte falso y parte verdadero.....3
Casi totalmente verdadero.....4
Totalmente verdadero.....5

No pase a la página siguiente si no ha comprendido claramente las instrucciones.

PAGINA 1

	Item No.	Item Braille No.
Gozo de buena salud.....	1	1
Soy una persona atractiva.....	3	2
Me considero una persona muy desarreglada. ..	5	3
Soy una persona decente	19	4
Soy una persona honrada	21	5
Soy una persona mala	23	6
Soy una persona alegre	37	7
Soy una persona calmada y tranquila	39	8
Soy un "don nadie"	41	9
MI familia siempre me ayudaría en cualquier problema.....	55	10
Pertenezco a una familia feliz.....	57	11
Mis amigos no confían en mí.....	59	12
Soy una persona amigable.....	73	13
Soy popular con personas del sexo masculino..	75	14
Lo que hacen otras gentes no me interesa.....	77	15
Algunas veces digo falsedades.....	91	16
En ocasiones me enojo.....	93	17

Completamente
Falso
1

Casi Totalmente
Falso
2

Parte Falso y Parte
Verdadero
3

Casi Totalmente
Verdadero
4

Totalmente
Verdadero
5

PAGINA 2

	Item No.	Item Braille No.
Me agrada estar siempre arreglado y pulcro...	2	18
Estoy lleno de achaques	4	19
Soy una persona enferma.....	6	20
Soy una persona muy religiosa.....	20	21
Soy un fracaso en mi conducta moral.....	22	22
Soy una persona moralmente débil.....	24	23
Tengo mucho dominio sobre mí mismo.....	38	24
Soy una persona detestable	40	25
Me estoy volviendo loco.....	42	26
Soy importante para mis amigos y para mi familia.....	56	27
Mi familia no me quiere.....	58	28
Siento que mis familiares me tienen descon- fianza.....	60	29
Soy popular con personas del sexo femenino...	74	30
Estoy disgustado con todo el mundo.....	76	31
Es difícil entablar amistad conmigo.....	78	32
De vez en cuando pienso en cosas tan malas -- que no pueden mencionarse.....	92	33
Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.....	94	34
Completamente Falso	Casi Totalmente Falso	Parte Falso y Parte Verdadero
1	2	3
Casi Totalmente Verdadero	Totalmente Verdadero	
4	5	

PAGINA 3

	Item No.	Item Braille No.
No estoy ni muy gordo ni muy flaco.....	7	35
Me agrada mi apariencia fisica.....	9	36
Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.....	11	37
Estoy satisfecho con mi conducta moral.....	25	38
Estoy satisfecho de mis relaciones con Dios...	27	39
Deberia asistir más a menudo a la iglesia.....	29	40
Estoy satisfecho de lo que soy.....	43	41
Mi comportamiento hacia otras personas es pre- cisamente como deberia ser.....	45	42
Me desprecio a mí mismo.....	47	43
Estoy satisfecho con mis relaciones familiares	61	44
Muestro tanta comprensión a mis familiares co- mo deberia.....	63	45
Deberia depositar mayor confianza en mi familia	65	46
Soy tan sociable como quiero ser.....	79	47
Trato de agradar a los demás pero no me excedo	81	48
Soy un fracaso en mis relaciones sociales.....	83	49
Algunas de las personas que conozco me caen mal	95	50
De vez en cuando me dan risa los chistos colorados.....	97	51

Completamente Falso	Casi Totalmente Falso	Parte Falso y Parte Verdadero
1	2	3
Casi Totalmente Verdadero		Totalmente Verdadero
4		5

PAGINA 4

	Item No.	Item Braille No.
No soy ni muy alto ni muy bajo.....	8	52
No me siento tan bien como debiera.....	10	53
Deberia ser más atractivo para con personas de sexo opuesto.....	12	52
Estoy satisfecho con mi vida religiosa.....	26	55
Quisiera ser más digno de confianza.....	28	56
Deberia mentir menos.....	30	57
Estoy satisfecho con mi inteligencia.....	44	58
Me gustaria ser una persona distinta.....	46	59
Quisiera no darme por vencido tan facilmente.	48	60
Trato a mis padres tan bien como debiera.....	62	61
Me afecta mucho lo que dice mi familia.....	64	62
Deberia amar más a mis familiares.....	66	63
Estoy satisfecho con mi manera de tratar a-- la gente.....	80	64
Deberia ser más cortés con los demás.....	82	65
Deberia llevarme mejor con otras personas....	84	66
Algunas veces me gusta el chisme.....	96	67
Algunas veces me dan ganas de decir malas - palabras.....	98	68

Completamente

Falso

1

Casi Totalmente

Falso

2

Parte Falso y Parte

Verdadero

3

Casi Totalmente

Verdadero

4

Totalmente

Verdadero

5

PAGINA 5

	Item No.	Item Braille No.
Me cuidó bien físicamente.....	13	69
Trato de ser cuidadoso con mi apariencia.....	15	70
Con frecuencia soy muy torpe.....	17	71
Mi religión es parte de mi vida diaria.....	31	72
Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo.....	33	73
En algunas ocasiones hago cosas muy malas....	35	74
Puedo cuidarme siempre en cualquier situación	49	75
Acepto mis faltas sin enojarme.....	51	76
Hago cosas sin haberlas pensado bien.....	53	77
Trato de ser justo con mis amigos y familiares	67	78
Me intereso sinceramente por mi familia.....	69	79
Siempre cedo a las exigencias de mis padres..	71	80
Trato de comprender el punto de vista de los- demás.....	85	81
Me llevo bien con los demás.....	87	82
Me es difícil perdonar.....	89	83
Prefiero ganar en los juegos.....	99	84

Completamente
Falso

1

Casi Totalmente
Falso

2

Parte Falso y Parte
Verdadero

3

Casi Totalmente
Verdadero

4

Totalmente
Verdadero

5

PAGINA 6

	Item No.	Braille No.
Me siento bien la mayor parte del tiempo	14	85
Soy malo para el deporte y los juegos.....	16	86
Duermo mal.....	18	87
La mayoría de las veces hago lo que es debido	32	88
A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.....	34	89
Me es difícil comportarme en forma correcta..	36	90
Resuelvo mis problemas con facilidad.....	50	91
Con frecuencia cambio de opinión.....	52	92
Trato de no enfrentar mis problemas.....	54	93
Hago el trabajo que me corresponde en casa...	68	94
Riño con mis familiares.....	70	95
No me comporto en la forma que desea mi fami- lia.....	72	96
Encuentro buenas cualidades en toda la gente- que conozco.....	88	98
Me cuesta trabajo entablar conversación con- extraños.....	90	99
En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy.....	100	100

Completamente

Falso

1

Casi Totalmente

Falso

2

Parte Falso y Parte

Verdadero

3

Casi Totalmente

Verdadero

4

Totalmente

Verdadero

5



Tennessee Self-Concept Scale
 Answer Sheet

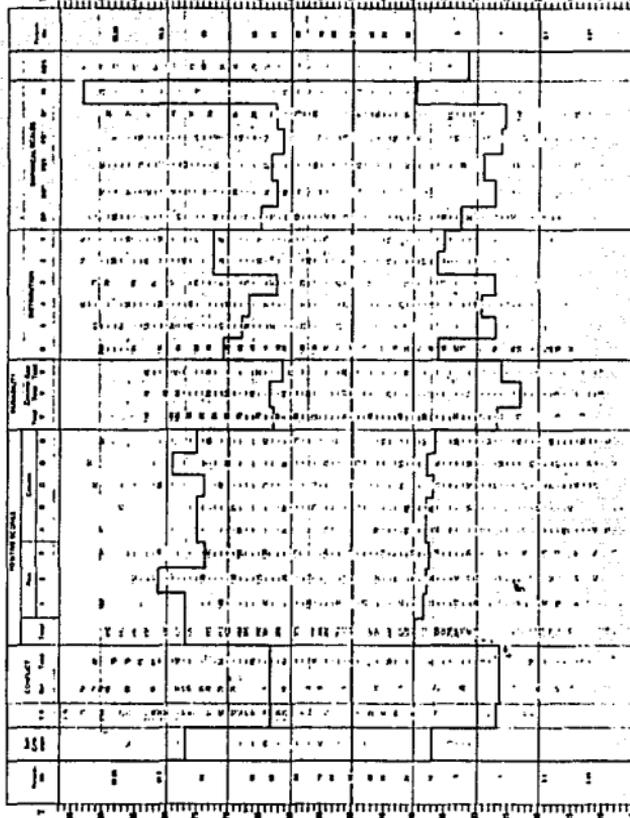
Form C and R

ITEM	RESPONSE	ITEM	RESPONSE	ITEM	RESPONSE
13	1 2 3 4 5	7	1 2 3 4 5	1	1 2 3 4 5
14	1 2 3 4 5	8	1 2 3 4 5	2	1 2 3 4 5
15	1 2 3 4 5	9	1 2 3 4 5	3	1 2 3 4 5
16	1 2 3 4 5	10	1 2 3 4 5	4	1 2 3 4 5
17	1 2 3 4 5	11	1 2 3 4 5	5	1 2 3 4 5
18	1 2 3 4 5	12	1 2 3 4 5	6	1 2 3 4 5
31	1 2 3 4 5	25	1 2 3 4 5	19	1 2 3 4 5
32	1 2 3 4 5	26	1 2 3 4 5	20	1 2 3 4 5
33	1 2 3 4 5	27	1 2 3 4 5	21	1 2 3 4 5
34	1 2 3 4 5	28	1 2 3 4 5	22	1 2 3 4 5
35	1 2 3 4 5	29	1 2 3 4 5	23	1 2 3 4 5
36	1 2 3 4 5	30	1 2 3 4 5	24	1 2 3 4 5
49	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5
50	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5
51	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5
52	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5
53	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5
54	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5
57	1 2 3 4 5	51	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5
58	1 2 3 4 5	52	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5
59	1 2 3 4 5	53	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5
70	1 2 3 4 5	54	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5
71	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5
72	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5
85	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5
86	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5
87	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5
88	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5
89	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5
90	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5
99	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5
100	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5
		97	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5
		98	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5

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	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

Tennessee Self-Concept Scale
Profile Sheet

Clinical and Research Form



Form 10-67
 Copyright © 1967 by University of Tennessee Press
 Knoxville, Tennessee 37920

Anexo B

REPRESENTA LA FORMULA DE MUESTRAS PARA ESTUDIOS COMPLEJOS, UTILIZADA EN EL PRESENTE ESTUDIO PARA OBTENER EL TAMAÑO DE LA MUESTRA EN EL GRUPO DE CIEGOS.

Para hacer uso de la siguiente fórmula, se deben considerar los puntos que a continuación se mencionan:

- Una población pequeña (menor de 5000 elementos).
- Varios grupos entre los que se afijará la muestra.
- Un cuestionario con demasiadas preguntas (más de 50).
- Numerosas preguntas abiertas. (Rojas Soriano, 1987).

$$n = \frac{\frac{Z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right]}$$

Nivel de confianza: $Z = 1.96$

Nivel de precisión: $E = 5\% = .5$

Variabilidad $p = .5$ y $q = .5$

Con base a esta fórmula y aplicando los datos anteriores, se obtuvo una $n = 66$ sujetos ciegos.