

T
157-94
A489a

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10103510

J.3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

R E C T O R .

Lic. Luis Argueta Antillón

SECRETARIO GENERAL

Ing. René Mauricio Mejía.

FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

D E C A N O

Lic. Catalina Rodríguez Machuca de Merino

VICE - DECANO

Lic. Oralia Esther Román de Rivas

JEFE DEL DEPARTAMENTO

Lic. Ana de Los Angeles de Salomone

I N D I C E

	Página
Resumen	
Introducción	1
Capítulo I	4
Planteamiento del problema.	4
Capítulo II	12
Objetivos	12
Capítulo III	13
Marco Teórico	13
A.-Antecedentes	13
B.-Definición de Minusvalidez	21
C.-Factores causantes de minusvalidez	22
D.-Población minusválida	24
E.-Pobreza y minusvalidez	26
F.-Grupo familiar y minusvalidez	29
G.-La Rehabilitación	33
H.-Trabajo y rehabilitación	35
I.-Artesanías y Rehabilitación	38
J.-Actitudes	40
1.Actitudes de la sociedad hacia los minusválidos	43
2.Actitudes de autoestima del minusválido	46

3. Actitud del minusválido ante los que comparten su condición de impedidos	47
4. Rol de los medios de comunicación social en la formación y cambio de actitudes ha- cia la población minusválida	48
5. Actitudes del minusválido hacia el tra- bajo productivo.	49
Capítulo IV	51
A.-Hipótesis y definición de variables	51
B.-Definición y control de variables	51
Capítulo V	56
A.-Sujetos	56
B.-Instrumentos	57
C.-Procedimiento	58
D.-Diseño experimental	62
Capítulo VI	63
Análisis de resultados	63
Hipótesis Nula	64
Hipótesis alterna	64
Capítulo VII	67
Interpretación de resultados	67

Capitulo VIII	69	
Conclusiones y recomendaciones	69	
Referencias.	71	
Anexos	76	
Anexo A	Escala de actitudes	76
Anexo B	Cuestionario de actitudes	80
Anexo C	Programa de entrenamiento artesanal	90
Anexo D	Procedimiento estadístico.	95

RESUMEN

El presente estudio, realizado en 1988, se propuso determinar el efecto de la aplicación de un programa de entrenamiento artesanal en sujetos minusválidos físicos adultos de veinte a cuarenta años de edad, con el objeto de establecer una relación con el cambio actitudinal positivo hacia las labores productivas de tipo artesanal.

Se trabajó con sujetos internos en el Centro del Aparato Locomotor, y procedentes del área rural y urbana del Departamento de San Salvador, y otros departamentos del interior del país.

El efecto del programa de entrenamiento artesanal sobre las actitudes de los sujetos minusválidos físicos adultos del Centro del Aparato Locomotor se determinó mediante la administración de la prueba de actitudes. Esta prueba fue construida por los investigadores y sometida a un análisis de validez y confiabilidad, antes de su administración.

El problema que se planteó fue: qué cambios actitudinales respecto a las labores artesanales podrían obtenerse en los minusválidos adultos del Centro del Aparato Locomotor con la aplicación de un programa de entrenamiento artesanal?

El análisis estadístico de los resultados obtenidos se hizo aplicando la diferencia de medias. Este procedimiento

permitió aceptar la hipótesis alterna, y rechazar la hipótesis nula en el sentido de que el efecto del tratamiento nos dió una diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control de los minusválidos físicos adultos del Centro del Aparato Locomotor, en cuanto al cambio actitudinal hacia las labores productivas de tipo artesanal.

El análisis de los resultados presenta una panorámica de las implicaciones de carácter psicológico que exige la atención de las ciencias psicológicas.

Finalmente se hicieron las conclusiones pertinentes, haciéndose así mismo las recomendaciones en torno al problema estudiado.

INTRODUCCION

La investigación está referida al área del trabajo, específicamente al estudio del cambio actitudinal hacia las labores productivas de tipo artesanal, basado en la aplicación de un tratamiento (programa de entrenamiento artesanal).

La investigación se inicia con el planteamiento del problema, en el cual se hace una breve reseña de los antecedentes del surgimiento de los programas de rehabilitación integral de los sujetos minusválidos físicos tanto a nivel internacional, como a nivel nacional, en particular en el Centro del Aparato Locomotor.

La presente investigación tuvo como objetivo conocer si mediante la aplicación de un programa de entrenamiento artesanal hubo cambios actitudinales en los adultos minusválidos comprendidos entre los veinte y los cuarenta años de edad del Centro del Aparato Locomotor, de la ciudad de San Salvador.

Asimismo se hace referencia al surgimiento de asociaciones particulares que persiguen la incorporación del minusválido físico a la sociedad productiva. A la vez que se hacen referencias a los trabajos hechos en torno a los minusválidos físicos.

El problema planteado en la investigación, consistió en demostrar si un programa de entrenamiento podría ser un factor que esté relacionado con el cambio actitudinal hacia las labores productivas de tipo artesanal. En este planteamiento se manejó como variable el programa de entrenamiento, y como variable dependiente, el cambio actitudinal.

La investigación se llevó a cabo con adultos minusválidos físicos con edades comprendidas entre veinte y cuarenta años; sin tomar en cuenta el nivel de escolaridad de los sujetos.

La muestra se escogió entre los pacientes internos del Centro del Aparato Locomotor.

Los instrumentos que se implementaron previos a la investigación fueron: instrumentos de habilidades manuales, e instrumento para medir las actitudes. Además, se implementó un programa de entrenamiento artesanal en el que se usaron los siguientes materiales: diapositivas, materia prima, (fibras vegetales: palma); material humano, artesanos calificados que impartieron charlas sobre procesos artesanales.

El procedimiento que se utilizó para esta investigación consistió en la técnica antes y después de grupos al azar, utilizándose un grupo experimental y uno de control. Previo al tratamiento se administró la prueba "antes" tanto al grupo

experimental como al grupo de control, con el objeto de conocer los niveles de aceptación o rechazo hacia el aprendizaje de tareas artesanales. Los resultados obtenidos en la prueba "antes" indican que existe homogeneidad entre ambos grupos, pues no existe una diferencia de medias estadísticamente significativa.

De acuerdo a los resultados arrojados en la prueba final se concluyó que hubo un cambio actitudinal estadísticamente significativo en el grupo experimental al cual se le dió tratamiento, y no hubo cambio actitudinal en el grupo control que careció de tratamiento. La prueba estadística como ya se mencionó, fue la diferencia de medias.

Finalmente se hacen las recomendaciones pertinentes para la incorporación de la población minusválida física a la sociedad productiva.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antes que las Naciones Unidas declararan 1981, año Internacional de los Impedidos, los países que habían participado en las dos últimas conflagraciones mundiales ya habían creado mecanismos encaminados a rehabilitar sus lisiados, de acuerdo al desarrollo de cada uno de estos países. Los que habían alcanzado un alto nivel de desarrollo, brindaban una buena atención a sus minusválidos, participando éstos en la educación, producción, vida social y cultural. Por otra parte, en la mayoría de países subdesarrollados, como el nuestro, el mayor número de la población minusválida, en términos generales, se encontraba marginada y hasta abandonada por la sociedad. Fué hasta 1980, que las naciones Unidas en forma unánime se pronuncian en favor de la población minusválida mundial, y la razón que las forzaba a formular esta declaración, (Instituto Interamericano 1981), era que había una profunda preocupación por el hecho, de que las perspectivas mundiales del incremento de la población minusválida tendía a empeorar, aún más en los países del tercer mundo. Este acontecimiento viene a fortalecer los esfuerzos aislados que ya se estaban generando en forma particular en pro de los minusválidos. Este hecho impulsa e influye en los programas de rehabilitación que se habían iniciado tiempo atrás. Con la

salvedad que ahora se orientarían a la rehabilitación integral del minusválido. Con este fin, se crearon centros vocacionales y talleres anexos a los centros de rehabilitación. No obstante, y pese a los esfuerzos para alcanzar una rehabilitación integral de la población minusválida, los resultados obtenidos en el Centro del Aparato Locomotor han sido poco alentadores en lo referente a la incorporación a la sociedad y al proceso productivo de los minusválidos salidos de la mencionada institución.

A siete años de haberse decretado la década del impedido, las necesidades básicas de la población minusválida continúan insatisfechas; es más, se ha incrementado la pobreza y el desempleo, lo cual viene a repercutir en forma alarmante en la vida de miseria que lleva el minusválido. Esto, naturalmente, contribuye a la desvalorización de dichos individuos y a que se vean forzados a llevar una vida no acorde con los derechos que legítimamente les corresponden en la sociedad, como seres humanos que son. El infortunio con que carga el limitado, sobre todo el que pertenece a la clase desposeída, tanto del campo como de las zonas marginales, es un estigma indeleble que afecta no sólo a la persona misma, sino que también a su grupo familiar. Aunque con el correr del tiempo han ido surgiendo organizaciones en pro de los minusválidos, la cobertura de estas es parcializada, ya que un amplio sector de la población antes señalada no se bene-

ficia de sus servicios, entre éstas se podría mencionar el Centro de Rehabilitación de la Fuerza Armada (CERPROFA), cuya organización se desconoce, la cual está dedicada exclusivamente a la atención del personal vinculado con el Ministerio de Defensa. En segundo lugar están los talleres vocacionales del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), que cuenta con personal y recursos adecuados para ofrecer una rehabilitación integral a los impedidos que han estado incorporados al régimen del Seguro Social. El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI) con el Centro del Aparato Locomotor, es la institución gubernamental que sin contar con un presupuesto adecuado para brindar atención a la mayoría de la población impedida, absorbe todos aquellos pacientes que no gozan de prestaciones, seguros y que además carecen de recursos económicos para pagar personal especializado en rehabilitación. Es más, la misma carestía de recursos impide a este centro brindar una rehabilitación integral, ya que usualmente la población que ingresa a esta institución viene de áreas rurales y de zonas marginales y con un nivel académico elemental que imposibilita ubicar a estas personas en el aprendizaje de oficios donde se exigen el manejo de las matemáticas y otros conocimientos. Por este motivo es que en este centro existe un taller artesanal, porque se cree que las artesanías son una alternativa para estos minusválidos. No obstante la importancia de este taller, éste ha estado a punto de desaparecer por falta de personal cali-

ficado y de recursos. En el momento de la investigación, la actividad artesanal en este centro estaba dirigida a la confección de cestas de plástico.

Además de estas organizaciones que promueven la rehabilitación, existen otras asociaciones particulares cuyo objetivo es más que todo de carácter social y religioso; con este fin celebran reuniones tendientes a fomentar la amistad, el esparcimiento, el culto religioso, la obtención de fondos a través de actividades para realizar convenciones o convivios. Y la Universidad de El Salvador, qué ha hecho en pro de la población minusválida? Siendo objetivos, nada. Porque antes de la formulación del proyecto político, la Universidad de El Salvador estaba orientada a formar profesionales de corte mercantilista que únicamente aspiraban con su profesión a obtener un estatus social y enriquecerse a costa del hambre de sus compatriotas (salvo las excepciones). No obstante, a partir de la fecha en que la Universidad de El Salvador incluyó en su política formativa, el proyecto político, el objetivo fundamental del Alma Mater lo constituye la proyección social, es decir, servir al pueblo y en forma preferencial a la población marginada, analfabeta, minusválida y otros cuyos derechos les han sido conculcados a través del tiempo. Es esta población a la que se pretende enfocar en todas y cada una de las actividades académicas, a fin de contribuir con estos aportes al bienes-

tar de esos estratos poblacionales.

En El Salvador, como en otros países, se han realizado algunas investigaciones en torno a la persona minusválida; a continuación se hace mención de las que se tiene conocimiento:

Chenivesse(1957), hizo una investigación bibliográfica orientada al estudio de la minusvalidez física y mental que padece la población infantil salvadoreña. En este trabajo se estudia el perfil de las limitaciones físicas y mentales de niños comprendidos entre la primera y la segunda infancia y su repercusión en el aprendizaje escolar y sus relaciones con el grupo familiar. Este trabajo concluye que los sujetos con este tipo de limitaciones con frecuencia genera problemas entre el grupo familiar debido a la incomprensión de los mayores al quererlos tratar como a niños normales; lo cual hace necesario implementar medidas urgentes en este campo a fin de mejorar la condición de desventaja que soporta la población infantil.

Córdova Linares(1970), hizo una investigación de carácter arquitectónico, tendiente a la creación de un centro de medicina física y rehabilitación para el Instituto Salvadoreño del Seguro Social(ISSS).El objeto de este trabajo es establecer las condiciones adecuadas para la rehabilitación integral del minusválido.

Dawson (1983), hizo una investigación de carácter arquitectónico orientada a la creación del Centro de Invalideces múltiples. El objeto de este trabajo es presentar los lineamientos adecuados para una instalación confortable y funcional para la población minusválida.

Paz Oliva(1984), hizo una investigación de carácter arquitectónico orientada a la creación de diseños sin barreras para la población minusválida. Del mismo tipo, es la investigación de Pérez Guellén(1985), tendiente a la creación de un centro de rehabilitación vocacional para dishabilitados del aparato locomotor.

López y López (1974), hizo una investigación de carácter psicológico orientada al estudio de la vida afectiva del niño poliomielítico en el proceso de rehabilitación. En este trabajo se usaron diversas técnicas psicológicas encaminadas a elaborar un perfil de la vida afectiva del niño poliomielítico, y de los estímulos negativos que inciden sobre el mismo, generados por el grupo familiar. Los resultados de este trabajo sugieren la necesidad de reforzar las conductas positivas, y concientizar al grupo familiar de que los resultados positivos en el proceso de rehabilitación, en último término, se deberán en gran medida al refuerzo social del grupo familiar.

Ramos Velásquez y Benavides Álvarez(1987), realizaron una investigación de carácter psicológico, orientada a las actitudes del paciente parapléjico respecto a sí mismo, a la institución donde se rehabilita, la familia y las condiciones materiales de vida, a través del comportamiento observado por los pacientes durante el proceso de rehabilitación.

Es necesario hacer mención que son pocas las investigaciones orientadas al problema de la minusvalidez: en nuestro medio, y ninguna de tipo experimental o exploratorio en el campo actitudinal.

El rechazo a las labores de tipo artesanal que se planteó en el problema se fundamenta en observaciones y entrevistas hechas en la población física del Centro del Aparato Locomotor. Según dichas observaciones se comprobó que el grupo de pacientes internos que asiste al taller artesanal, en su mayoría lo hace para cumplir con una norma establecida en la institución para todos los impedidos entrenables.

Finalmente es necesario señalar, que la importancia de la aplicación de un programa de entrenamiento artesanal radica en que mediante un tratamiento artesanal orientado se podría lograr un cambio actitudinal positivo en la población minusválida respecto a las labores productivas de tipo artesanal. Esta afirmación se apoya en los siguientes ele-

mentos teóricos, como son el componente cognoscitivo y el cambio actitudinal. Mediante el componente cognoscitivo el sujeto es capaz de comparar y diferenciar procedimientos (en este caso las labores artesanales), en oposición a lo que suele ser la terapia ocupacional. Por otra parte, las labores artesanales bien orientadas reportan satisfacciones personales e ingresos económicos que conllevan un cambio actitudinal hacia las actividades productivas de tipo artesanal.

En base a lo anterior, el problema que se pretendió estudiar en la presente investigación es el siguiente:

¿ QUÉ CAMBIOS ACTITUDINALES RESPECTO A LAS LABORES ARTESANALES PODRÍAN ESPERARSE EN LOS MINUSVÁLIDOS FÍSICOS COMPRENDIDOS ENTRE LOS VEINTE Y LOS CUARENTA AÑOS DE EDAD, DEL CENTRO DEL APARATO LOCOMOTOR DE LA CIUDAD DE SAN SALVADOR, CON LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO ARTESANAL?

De acuerdo al problema anteriormente formulado, se plantea para la presente investigación los objetivos siguientes:

CAPITULO II

OBJETIVOS

Objetivo General.

Investigar si la aplicación de un programa de entrenamiento artesanal se relaciona con el cambio actitudinal de los minusválidos físicos adultos de veinte a cuarenta años de edad del Centro del Aparato Locomotor de la ciudad de San Salvador, hacia las labores productivas de tipo artesanal.

Objetivo Específico.

Medir si se operó cambio actitudinal positivo hacia las labores productivas de tipo artesanal después de la aplicación del programa de entrenamiento artesanal.

CAPITULO III

MARGO TEORICO

A.-Antecedentes.

El tema que se pretende investigar surgió en parte de la observación de la realidad en que vive la población minusválida de El Salvador, y de la necesidad de hacer señalamientos serios y objetivos de algunas causas que obligan a la población minusválida a soportar la pobreza económica, moral y espiritual, resultado de siglos de explotación y miseria que han sufrido los sectores desposeídos; este fenómeno ha persistido no por negligencia, indolencia o terquedad del verdadero pueblo salvadoreño, sino porque los antepasados de los que ahora sufren los embates de la pobreza, primero les fueron robados sus bienes que por derecho natural les correspondían, después los fueron despojando de todas sus tierras comunales hasta convertirlos en nómadas que deambulaban de un lugar a otro en busca de lo indispensable para no morir de inanición. Muchos de estos, con el correr del tiempo constituyeron lo que hoy conocemos como cinturones marginales.

Este sector de la sociedad tan duramente golpeado por la pobreza es donde más prolifera la población minusválida. La minusvalidez como un fenómeno social ha suscitado diversos

comentarios entre la población no impedida, dándose casos - en que algunas de estas personas reaccionan negativamente - con expresiones de lástima o menosprecio ante la idea de minusvalidez; mientras que otros vean en el minusválido la oportunidad de hacer dinero a costa de la desgracia ajena; - tampoco faltan personas que vean en aquel impedido a un semejante con un potencial inexplorado, en espera de que alguien le brinde el apoyo y la orientación adecuada para salir de su estado de abandono, incorporarse a la sociedad y poder gozar de las mismas oportunidades que disfrutaban los demás. Esta condición de abandono y pobreza tanto en lo económico, moral y espiritual lo ha soportado la población impedida desde épocas tempranas de la humanidad.

Las referencias encontradas en torno al rechazo dado a los minusválidos a través de los diversos estadios de la humanidad son pocas; siendo la cultura occidental donde se encuentran más alusiones a este fenómeno. A este respecto, Pardiña(1977) hace referencia a la cultura griega en la cual a los débiles y enfermos, así como a los impedidos, no se les prestaba atención y en algunas ocasiones se les destruía deliberadamente.

Además de los relatos mencionados, la literatura universal también nos da una idea del rechazo social de que fueron objeto los impedidos a través del tiempo. Como ejemplo

se menciona "El Lazarillo de Tormes", "El Jorobado de Nuestra Señora de París", entre otras, además, han llegado hasta nuestros días las sátiras a personas con defectos visibles: carencia o irregularidades en la nariz, ojos o miembros. Asimismo, deformaciones corporales como cifoescoliosis, grandes cicatrices y otros defectos.

Otras causas de rechazo a los impedidos, según el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1981) Han sido los temores y creencias profundamente arraigadas, que tienen su origen en antiguas convicciones culturales y religiosas. Por ejemplo, que los minusválidos están poseídos o sufren un castigo divino. Esta actitud negativa de las sociedades hacia estas personas, así como un comportamiento discriminatorio hacia éstos, ha sido la regla y no la excepción en la mayoría de los países.

Como los demás países subdesarrollados, los gobiernos de El Salvador, a través del tiempo, se han mostrado apáticos ante la problemática de la salud y de todos aquellos factores determinantes de la minusvalidez, como son los índices de pobreza, analfabetismo y otros factores que directa o indirectamente han propiciado ese fenómeno. ¿Por qué el desinterés por la salud en El Salvador? La respuesta se encuentra en que nuestro sistema político es de corte mercantilista, donde todo salvadoreño es visto como una poten-

cial fuerza de trabajo; y como el minusválido es considerado un ente no productivo, se le margina del sistema económico. Por otra parte, El Salvador, como país dependiente y subdesarrollado, no ofrece auténticas políticas de desarrollo social para todos los sectores. El sistema educativo y el económico no contemplan rubros específicos para los distintos tipos de población: campesinos, los de zonas marginales, impedidos, jornaleros y otros. Así se ve, que los antes mencionados no tienen todas las oportunidades para incorporarse a las ventajas de la vida moderna. En las mismas ciudades no existen para toda la población condiciones similares de desarrollo, debido a factores económicos, sociales y políticos.

Así la sociedad dividida en clases antagónicas: proletariado y burguesía, mantienen para la primera, todas las condiciones de desventaja como son: pobreza, desempleo, falta de vivienda, desatención en salud, analfabetismo, y otros. Por eso, los problemas del pueblo que requieren políticas especiales e inversiones significativas, de hecho quedan fuera del marco de referencia del sistema.

En cuanto a la atención que se ha venido brindando a los impedidos en los centros de de salud, se puede decir que el cuadro es desalentador. Hasta la década de los años cincuenta, los inválidos se veían obligados a permanecer encama-

dos en los hospitales sin procurarles una atención adecuada; muchos morían por complicaciones de escaras. A los niños con problemas de parálisis cerebral, secuelas de poliomielitis u otras invalideces, permanecían en sus casas sin ninguna esperanza ni porvenir estable. Fue en 1957, que surgió la inquietud entre un grupo de ciudadanos, por contribuir en la solución del problema de las personas inválidas. Con este principio se fundó la Asociación Salvadoreña de Rehabilitación de Inválidos. Pero no fue, sino cinco años más tarde, el veintidos de diciembre de 1961 que se promulga una ley, creando así el Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI).

En 1963, en la Ley de Salarios y Presupuestos aparece ya el ISRI integrando el Asilo de Ancianos "Sara de Zaldívar", Rehabilitación para Ciegos "Eugenia de Dueñas" y la Escuela de Educación Especial. En 1964 se crea el Centro de Parálisis Cerebral y el Centro de Audición y Lenguaje. Fue en este mismo año, que el personal del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Rosales, pasa al ISRI con el nombre de Centro del Aparato Locomotor. En 1984, se crea el Centro de Invalideces Múltiples, y en 1986, los Centros de Rehabilitación de Oriente y Occidente.

En principio, el objetivo de la creación del ISRI, fue para promover la rehabilitación integral en el impedido.

Pero el objetivo no logra concretizarse. Este hecho ha sido detectado mediante entrevistas a personas minusválidas que han recibido atención en el Centro del Aparato Locomotor; según la información obtenida, un considerable porcentaje de impedidos se retira del tratamiento por diversos motivos: por mal comportamiento de los pacientes (conducta agresiva); formación de escaras, por abandono voluntario, y por otras causas. Finalmente un reducido grupo de pacientes internos, mientras se encuentran en el tratamiento fisioterapéutico, se incorpora a los talleres para aprender un oficio; pero suele suceder que concluido el tratamiento, al paciente se le da de alta sin haber recibido un entrenamiento adecuado que lo motive a continuar desarrollando en su casa las técnicas y demás conocimientos recibidos en los talleres de la institución, que en alguna manera podría generar ingresos al grupo familiar.

Por otra parte, la falta de mecanismos que viabilicen todo lo concerniente a la formación de pequeños talleres de oficios y manualidades en las comunidades en que viven personas con limitaciones físicas, obviamente contribuye al incremento de la pobreza del limitado y su grupo familiar.

Ante esta realidad, una medida que posiblemente podría contribuir a la incorporación del limitado físico a la sociedad productiva podría ser una que emerja como resultado de

una continua y periódica capacitación técnica en labores artesanales ; además de proporcionarles todas las facilidades para la obtención de la materia prima ; al mismo tiempo buscándoles un mercado exclusivo para los productos de los talleres de los minusválidos. Es de suponer que la carencia de los mecanismos antes mencionados obliga a los minusválidos a optar por tareas poco productivas (vender billetes, periódicos, etc.); incorporarse a las filas de la mendicidad o abandonarse a sí mismo.

Para solucionar en lo posible esta problemática, se formaron agrupaciones o asociaciones de minusválidos, con la finalidad de contribuir a facilitar la integración del minusválido a la sociedad mediante una efectiva rehabilitación -- integral.

A continuación se hace un breve recuento de algunas asociaciones de minusválidos que existen en nuestro país en la actualidad:

Fraternidad Cristiana de Limitados Físicos. Fundada en El Salvador en 1974, su objetivo principal es la superación de la persona minusválida a través del apoyo moral y espiritual.

Asociación de limitados Físicos de El Salvador (ALFES)- Fundada en 1980, con el objetivo de capacitar laboralmente

a personas con minusvalideces. Cuenta con talleres de reparación de electrodomésticos, también elaboran objetos con alambre.

Asociación Cooperativa del Grupo Independiente para la Rehabilitación Integral. (ACOGIPRI), Fundada en 1980 con la finalidad de capacitar laboralmente a personas minusválidas. Esta asociación funciona con capital privado y cuenta con talleres de cerámica, corte y confección y otros oficios.

Talleres de aprendizaje laboral del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, fundado en 1983 en la Unidad Primero de Mayo, con el objetivo de que el rehabilitado aprenda un oficio con el cual pueda obtener más ingresos económicos. Este centro cuenta con especialidades en electrónica, carpintería, zapatería, artesanías y otras.

A pesar de los esfuerzos de las asociaciones privadas y oficiales para lograr una cobertura del problema, los frutos obtenidos han sido muy pobres en relación a lo esperado, en parte porque no se ha planificado en base a la realidad y por el desinterés de los regímenes pasados, en todo lo relacionado con la salud de el pueblo.

A fin de penetrar progresivamente en la compleja problemática que vive la población minusválida, se hará un bosquejo en torno a la minusvalidez, a continuación.

B.- Definición de minusvalidez.

Según el Comité de Expertos de la Organización Mundial para la salud (OMS), (1981, pag.9). "Minusvalidez es una desventaja para un individuo dado, consecutiva a una deficiencia o una incapacidad, que limita o impide el desempeño de una función que es normal en otros sujetos según edad, sexo y factores sociales y culturales." La minusvalidez, pues, se refleja en la relación del sujeto con el medio ambiente que le rodea, de tal manera que cuando el sujeto se ve obligado a poner en acción mecanismos de supervivencia como son: orientación, independencia física, profesión, integración social y autosuficiencia económica. Por otra parte, según el programa de acción mundial para los impedidos (Naciones Unidas 1983b), minusvalidez es la pérdida de las capacidades de las personas como son: capacidades intelectuales, de lenguaje, auditivas, oculares, viscerales, sensoriales, de locomoción, de destreza, más la limitación de las oportunidades de participar en la vida de la comunidad en un mismo plano de igualdad con la población normal. También se utilizarán como sinónimo de minusvalidez, el concepto "Limitación Física" que para nuestro fin y, en términos operacionales, significará todo compromiso físico del individuo (con excepción de compromisos mentales), de origen congénito o adquirido, que limitan algunas funciones o movilidad específica del sujeto.

C.- Factores causantes de minusvalidez.

La minusvalidez es considerada como un problema de multicausalidad, es decir, que son muchos los factores que intervienen. Entre estos factores se pueden mencionar: los factores internos, y los factores externos. al individuo; se le considera como factores externos: los problemas sociales con sus múltiples consecuencias: guerras y otras formas de violencia y destrucción. En El Salvador las dimensiones de la guerra a través de diez años de presencia ha hecho sus principales estragos entre la población civil, con un saldo actual superior a 70 000 muertos, con una cantidad muchas veces mayor de lisiados por minas y otros artefactos.

Este tipo de violencia se remite a una realidad social configurada por intereses de clase donde surgen valores y racionalizaciones que determinan su justificación. De tal manera que matar a otra persona deja de ser delito para convertirse en una necesidad social cuando se considera a una persona enemiga de la patria, inferior a los seres humanos o de algún modo ajena a su condición. De aquí que la violencia se enraiza en la estructuración de los intereses de clase, que promueven su justificación o condena según su propia conveniencia. Por esta razón están fuera de lugar los discursos justificatorios, excusas ideológicas o declaraciones de buenas intenciones; los terribles resultados de la guerra los soporta la población civil desposeída.

La pobreza y sus secuelas: malas condiciones de vivienda, hacinamiento, insalubridad; las barreras sociales que impiden utilizar en forma oportuna los servicios que da el estado.

Accidentes. Según Ibarra y otros (1986) los accidentes que se producen en la industria, la agricultura y los transportes constituyen la tercera parte de muertes y minusvalidez en el mundo.

Los desastres naturales constituyen otro factor importante que incrementa la población minusválida en nuestro país.

La falta de programas de medicina preventiva y la falta de atención médica adecuada durante el embarazo es causa de algunas enfermedades que pueden contribuir a la invalidez.

Son considerados como factores internos:

Analfabetismo. Que trae como consecuencia escasos conocimientos de higiene, ideas erróneas sobre la minusvalidez, sus causas previas y tratamiento; ignorancia acerca de la importancia del cuidado prenatal y postnatal.

Patologías causantes de minusvalidez. Enfermedades hereditarias, traumas que producen invalideces; enfermedades -

transmisibles (polio, tracoma, oncocercosis, virus y otros) ; enfermedades psicomotrices funcionales. Además la deficiencia de yodo puede causar problemas de glándulas tiroideas y retardo mental; la deficiencia de hierro puede causar anemia que puede ser factor de invalidez.

c) Ceguera. La causa de minusvalidez por ceguera es entre otras, por enfermedades infecciosas (sífilis), por lesiones traumáticas, por neoplasmas, enfermedades generales (diabetes, nefritis y enfermedades del sistema nervioso).

Son muchas las patologías causantes de minusvalidez, - Wood (1980) esquematiza el orden de apareamiento de los factores patológicos causantes de minusvalidez, de la siguiente manera:

Enfermedad → deficiencia → incapacidad → minusvalidez

D.- Población minusválida.

El incremento de la población minusválida en el mundo - es alarmante, de tal manera que el comité de expertos de la Organización Mundial para la Salud (1981), ha calculado que durante el período 1975 - 2000, la cantidad de incapacitados aumentará en unos 200 000 000. Este cálculo se ha hecho en base a proyecciones del crecimiento de la población. Según

otros cálculos, en 1970 habría entre unos 60 y 70 000 000 - de niños incapacitados en los países subdesarrollados.

En este mismo contexto, el Programa de acción de las Naciones Unidas para los Impedidos (Naciones Unidas 1983b), estima que de 4 300 000 000 de habitantes de la población mundial, 450 000 000 de personas están impedidas. Así mismo la OMS y las Naciones Unidas, establecen que el diez por ciento de la población mundial, en términos generales tienen alguna discapacidad física, sensorial o mental. Por otra parte, si vemos el problema desde la perspectiva de los países desarrollados y los subdesarrollados encontraremos que la población minusválida de los países subdesarrollados, es proporcionalmente superior a la de aquellos otros donde la proporción de impedidos se encuentra al rededor del diez por ciento de la población. Según el Programa de Acción Mundial para los Impedidos (Naciones Unidas 1983b), en los países subdesarrollados la población de impedidos se calcula hasta hasta en un veinte por ciento; pero si se incluyen familias y parientes, la acción adversa de los incapacitados puede afectar hasta un cincuenta por ciento de la población total.

En El Salvador, la falta de datos en demografía de la población minusválida, constituye un problema. Esto obliga a trabajar en base a lo estimado, de acuerdo al Centro Estadístico Nacional. Ibarra y otros (1986), opinan que el diez por

ciento de de minusválidos estimado anteriormente, se ha incrementado hasta un diecisiete o veinte por ciento de la población total, a causa de el conflicto bélico.

Un factor agravante para la población minusválida, según Martínez(1982) es que más del setenta por ciento de los minusválidos viven en zonas marginales o áreas rurales donde no se dispone de los servicios necesarios para ayudarse a superar sus limitaciones.

Ante la magnitud del problema que implica los millones de niños y adultos del mundo entero, que arrastran en la mayoría de los casos una existencia marcada por la segregación y la degradación, la Asamblea General de las Naciones Unidas haciendo eco del clamor mundial, proclamó el año 1981 Año Internacional de los Impedidos bajo el lema " PARTICIPACIÓN - E IGUALDADES PLENAS ". Con esta resolución, las Naciones Unidas se propuso centrar la atención en lograr que los impedidos de todo el mundo pudieran gozar de los derechos y oportunidades, necesarios para asegurar su plena participación e integración en la sociedad.

E.- Pobreza y minusvalidez.

En el problema de la minusvalidez, la carencia económica juega un papel determinante. En países como el nuestro, la pobreza es una pesada carga que oprime un amplio sector

de la población. Así se expresa Martínez(1982) al referirse a las estadísticas que arrojan información explícita, se dice que más de las dos terceras partes de la población viven en áreas rurales o marginales afectadas por la escasez de recursos socioeconómicos. Esta carencia con frecuencia se acentúa más en los grupos extremadamente pobres, llegando estos a satisfacer únicamente los niveles mínimos de su conjunto de necesidades. A este fenómeno, Latapí (1985) lo denomina " Línea de pobreza". Pero se dan casos de pobreza que ni siquiera alcanzan a ubicarse en la línea de pobreza, cayendo en lo que el autor denomina "Déficit de pobreza". Según este autor, en lo más bajo de la escala se encuentra la línea de indigencia, que determina la insatisfacción exclusivamente de las necesidades básicas (nutricionales). En este nivel es frecuente encontrar minusválidos que junto a su grupo familiar, se tornan indigentes; sea porque sus ingresos son insuficientes para satisfacer los requerimientos vitales o porque únicamente perciben lo que les da la caridad pública.

Esta pobreza que afronta el minusválido y su grupo familiar obedece a diversos factores, entre ellos, el bajo nivel de escolaridad en los jefes de familia, ya que es frecuente encontrar, según Latapí (1985), que la mayoría de los responsables de grupo familiar, pobres e indigentes, tienen en promedio tres años o menos de escolaridad, y está demostrado que la pobreza disminuye drásticamente cuando el jefe de la fami-

(hombre o mujer), cuenta siquiera con la instrucción primaria completa. El desempleo o sub-empleo del jefe del hogar es considerado como la principal causa de pobreza en un amplio sector de la población salvadoreña. Son muchas las familias que "se rebuscan" (hacen cualquier actividad) para subsistir. En estas condiciones de pobreza, el problema se acrecienta con el nacimiento de un niño deficiente, o por el hecho de que un miembro del grupo familiar se incapacite por cualquiera de las patologías antes mencionadas. Es evidente que la pobreza y sus secuelas determinan el incremento de la proporción de inválidos en los estratos más pobres de la sociedad. Por otra parte, la extrema pobreza acelera el riesgo de padecer una discapacidad y empeora sus consecuencias, pues impide descubrir a tiempo los sujetos incapacitados, y cuando éstos llegan a recibir atención médica, si es que la reciben, cuando la deficiencia puede haberse hecho irreversible.

Referente al problema de minusvalidez - pobreza, el programa de acción mundial para los impedidos promovido por las Naciones Unidas (1983b) estima que la relación entre incapacidad y pobreza queda demostrado por la frecuencia con que suele negársele empleo a las personas afectadas de impedimentos; y en caso de darles ocupación, sólo se les da aquellos trabajos serviles y mal remunerados. Por otra parte, en un supuesto caso de una persona adulta productiva, posiblemente ocurra que al adquirir el impedimento se vea obligada a --

cambiar su trabajo por otro de menor categoría, lo que sin duda implicaría la disminución de sus ingresos; incluso en un plazo más largo el paciente podría llegar a un desempleo prolongado o a la declaración prematura de invalidez, y a la jubilación o indemnización anticipada. Esto naturalmente determina la reducción del ingreso de las personas minusválidas en relación a las personas físicamente capaces. Para Martínez(1982) la deficiencia y la pobreza confluyen en su acción, llegando a destruir el equilibrio de la persona impedida, causándole una invalidez permanente. En fin, la pobreza e invalidez constituyen un círculo vicioso, pues al no producirse suficiente para satisfacer las necesidades mínimas, los miembros del grupo familiar quedan expuestos a todas las posibles causas de deficiencias físicas y mentales.

F.- Grupo familiar y minusvalidez.

El método tradicional de tratamiento y rehabilitación de los impedidos, con frecuencia se ha visto ligado a creencias populares mezcladas de caridad, compasión y prejuicios.

Esta actitud de la población normal con frecuencia hace que el socorro proporcionado al minusválido no tenga la intención de que éste supere su situación, sino verse libre de temores fundados en falsas creencias como sería para librarse de eventuales desgracias personales y familiares que pudieran acaecerles. Posiblemente, esta sea una de las razones

que han contribuido para no tomar en cuenta al grupo familiar del impedido; sin embargo, en la actualidad, investigaciones y estudios serios como los realizados por Buscaglia (1975), " El Papel decisivo de la familia en la rehabilitación del niño minusválido" y el del comité de de expertos de la OMS(1981), "Prevención de incapacidades y rehabilitación", entre otros, han demostrado que es conveniente involucrar no sólo al grupo familiar sino también a la comunidad, en el proceso de rehabilitación integral del impedido.

Es conveniente hacer un breve análisis del método tradicional y detectar sus inconvenientes. Según Pérez de Zorzoli (1986) cuando se implementa un programa de rehabilitación, - por lo general se centra en la situación individual del discapacitado , haciendo caso omiso de las necesidades del grupo familiar. Este hecho no necesita demostración, basta analizar las solicitudes de atención interpuestas a las instituciones especializadas para observar que están dirigidas exclusivamente a resolver los requerimientos del individuo discapacitado. Por otra parte la evaluación diagnóstica y tratamiento se centran exclusivamente en la persona impedida; la familia y la comunidad aparecen únicamente como datos o elementos que complementan la información y no como factores intervinientes en el caso atendido. Se dan casos, sin embargo, cuando se brindan servicios a la familia del limitado la cual

se circumscribe, según Pérez de Zorzolí (1986) a facilitar la adaptación de la familia al discapacitado o brindarle apoyo para una elemental atención a dicho sujeto.

A continuación se hará un breve análisis del impacto producido por el surgimiento de una discapacidad en el núcleo familiar. Es natural que de por sí la familia está sometida a considerables tensiones, pero esta situación se agudiza con el nacimiento de un hijo discapacitado o por la aparición de impedimento en uno de sus miembros. En estos casos la intensidad del impacto, así como la manera de superarlo varía considerablemente de una familia a otra, pudiendo ser sus efectos, la sobreprotección o el rechazo con todas sus variables y todas sus connotaciones que estas actitudes suelen producir como son: la expulsión del discapacitado del grupo familiar mediante la internación e institucionalización del mismo entre otras. Para Pérez de Zorzolí (1986) el nacimiento de un hijo discapacitado descompensa el equilibrio de las relaciones intra y extra familiares creando una verdadera crisis que amenaza con la ruptura del equilibrio social y emocional dentro del grupo familiar. Este enfoque del problema nos lleva a percibir con más amplitud el alcance del fenómeno patológico de la invalidez, pues nos ubica ya no frente a una familia con uno de sus miembros discapacitados, donde dependiendo del nivel social, económico y cultural, así será la configuración en mayor o menor medida de una familia dis-

capacitada. Es aquí donde el niño y el adulto discapacitado deja de ser el único y exclusivo centro de nuestro interés y nuestra atención pasa a cubrir todo el grupo familiar. Al respecto Pérez de Zorzolí (1986), opina que en un programa de esta naturaleza, las necesidades del minusválido son tomadas en relación directa con las de su familia.

Pasando al campo de la rehabilitación del impedido, el grupo familiar constituye un valioso recurso en esta actividad. Martínez (1982) estima que el agente más importante para el éxito de cualquier programa de rehabilitación es la familia, de tal manera que si este factor no se tiene en cuenta, las inversiones hechas en recursos económicos y humanos con fines de rehabilitar al minusválido, sus resultados serán pobres.

Según Naciones Unidas (1983b) el procedimiento más eficaz para mejorar el proceso de incorporación del limitado físico a la sociedad, es prestar consejo y asistencia al grupo familiar, de manera que puedan empezar a ayudar oportunamente al sujeto deficiente al sujeto deficiente a desarrollar su vida lo más normal posible dentro de su propia comunidad. También expone este mismo documento, que el principal agente de rehabilitación para la mayoría de los impedidos es contar con una familia unida y bien orientada. En efecto, las nuevas tendencias en rehabilitación de impedidos, tienen como objeto

mantener unidas sus familias para que puedan vivir en sus propias comunidades, además ayudar a las familias y a los grupos comunitarios que trabajan en pro del minusválido.

Es conveniente además tener en cuenta la composición del grupo familiar: padre, madre e hijos. De estos tres elementos nos interesará más, por razones de trabajo, los adultos minusválidos.

G.- La Rehabilitación.

Según concepto de las Naciones Unidas(1983b), la rehabilitación es un proceso de duración limitada, y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencias alcance un nivel físico, mental y/o social óptimo, como resultado final; proporcionando al sujeto los medios - para modificar su propia vida. Este proceso a su vez puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional, y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes sociales; pero en países como el nuestro, en los que se viven los efectos del subdesarrollo, no se llevan a cabo programas verdaderamente intensivos y profundos para la rehabilitación, sino que todo lo que se concibe y ejecuta es una copia fiel de los modelos elaborados en los países industrializados. La rehabilitación como un caso particular no queda fuera de esta realidad, y aunque algunas veces se han obtenido logros excelentes, el impacto es muy limitado, y no siempre los programas se adecúan a las

condiciones económicas, sociales y culturales de cada región.

Según opinión de Martínez(1982), la tendencia común en la mayor parte de los países, ha sido la de tratar al impedido fuera de su contexto social, ignorando o dando poca importancia a todos y cada uno de los elementos que conforman su personalidad, para enfatizar en su deficiencia. Ante estos obstáculos, la alternativa considerada viable, según el comité de expertos de la OMS(1981), es la rehabilitación de base comunitaria, la cual comprende medidas adoptadas en el seno de la colectividad para depender de sus recursos. Esta propuesta es digna de ser tenida en cuenta. Según opinión - de Martínez(1982), el mayor problema que enfrentan los países como El Salvador, para organizar sus servicios de prevención y rehabilitación consiste en la pobreza, que opuesta a los costos de rehabilitación tan altos, imposibilita solventarlos.

Según Girón (1987), una posible solución al problema de la rehabilitación sería la creación de programas combinados entre gobierno y empresa privada, a fin de que la población minusválida pudiera rehabilitarse y ser autosuficiente para desempeñarse en la vida, ya que la rehabilitación persigue no sólo preparar a la persona incapacitada para que se adapte a su ambiente, sino también que interactúen en su medio, - en su grupo familiar, para facilitarles así su incorporación

a la sociedad.

A causa de que el problema de la minusvalidez ha alcanzado proporciones alarmantes a nivel mundial, la Organización de las Naciones Unidas, (ONU) no sólo ha dedicado un año a los impedidos, sino diez años (1982 - 1992), a fin de rehabilitar física y psicológicamente a los minusválidos, y se conviertan en personas útiles para sí mismos y para la sociedad.

H.- Trabajo y Rehabilitación.

Un breve análisis retrospectivo de los primeros estadios de la humanidad, basta para comprender que el trabajo ha sido la causa del desarrollo del hombre y por ende de la transformación del mundo. A este respecto Spirkin (1965), considera que el trabajo es la primera condición fundamental de toda la vida humana, hasta tal punto que es válido afirmar que el hombre mismo ha sido creado por el trabajo. En nuestro medio es frecuente observar casos de personas que han sufrido accidentes invalidantes y que a causa del abandono, sus miembros aún recuperables se atrofian progresivamente, pudiendo llegar en última instancia a comprometer su actividad mental. Para Spirkin (1965), esos casos serían salvables con un proceso laboral dirigido, similar al que se dió en los primeros estadios de la humanidad, donde el trabajo constituyó el es-

tímulo decisivo de la actividad mental y por lo mismo contribuyó al desarrollo de la misma. Al referirse al trabajo Marx, (1965) señala que una araña ejecuta operaciones que asemejan a las manipulaciones del tejedor, y la construcción de panales de las abejas podría avergonzar por su perfección a más de un maestro de obras. Sin embargo, el peor artesano aventaja, desde luego a la mejor abeja, y es el hecho que antes de ejecutar la obra, la proyecta en su cerebro. Al fin del proceso de trabajo brota un resultado que antes de comenzar, existía ya en la mente del artífice. Según Petrovsky (1987) el trabajo es en sí un factor dialéctico porque el hombre al actuar sobre la naturaleza y modificarla, al mismo tiempo cambia su propia naturaleza.

Este es uno de los fundamentos teóricos que hacen consistente la afirmación de que el trabajo es en definitiva el factor determinante en la realización del minusválido físico. Con la agravante de que en nuestra sociedad, al trabajo se le ve como una afrenta, como una carga insoportable y, que en realidad lo es para los sectores desposeídos quienes únicamente trabajan para subsistir, sin recibir una justa compensación por sus esfuerzos. Por otra parte, según Smirnov, Leontiev y otros (1969) en la sociedad socialista, donde el trabajo ocupa un puesto de honor y está orientado en beneficio de toda la colectividad, tienen amplias posibi-

lidades el entusiasmo por el trabajo, la alegría de trabajar, la tendencia a mejorar el trabajo en todos los sentidos. En fin, para finalizar este breve análisis del trabajo. Rubinstein, (1967) afirma que el análisis psicológico de los diferentes tipos de actividad humana se sintetiza en el trabajo en cuanto a forma básica o fundamental de la actividad humana.

Así como el trabajo en períodos tempranos de la humanidad influyó en el desarrollo del cerebro y sus funciones, de la misma manera, esta actividad es prioritaria en la rehabilitación integral del impedido. A este respecto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ante la problemática del limitado físico, propone dos alternativas para emplear estos sujetos:

- 1- Proporcionar al impedido una ocupación que se adapte a sus posibilidades físicas.
- 2- Utilizar los métodos ergonómicos para adaptar la ocupación a las condiciones del trabajador.

El pensar en promover el trabajo productivo para los minusválidos, implica crear un nuevo esquema de trabajo que rompa con lo tradicional. Según Chans Caviglia (1960), debe procurarse una atmósfera de trabajo que provea un medio terapéutico y un programa individual para cada uno de los sujetos. Además, debe incluir estímulos adecuados y medios para aumentar la propia afirmación y dirección de la conducta, dando

oportunidades a los limitados para actuar como normales.

Esto, por supuesto, no es un hecho utópico sino algo - realizable. Al respecto, las Naciones Unidas (1983a) señalan como hecho irrefutable que incluso las personas gravemente - incapacitadas pueden, en gran medida, vivir independiente- - mente si se les suministra los necesarios servicios de apoyo. En fin, la pretensión de un trabajo de esta naturaleza es que el individuo se vuelva útil a su familia, más dueño de sí mismo y una persona de iniciativa en la creación de nuevas fuentes de trabajo.

Por supuesto, que un plan de esta naturaleza resulta más fácil si se implementa en labores artesanales.

I.- Las Artesanías y la Rehabilitación.

Las artesanías constituyen una parte importante dentro de las labores productivas. Antes de entrar en este tópico se procederá a definir qué son las artesanías.

Entenderemos por artesanías aquellos objetos en cuya elaboración interviene como elemento fundamental el trabajo manual con instrumentos rudimentarios y materia prima no importada, de preferencia local, que es la que dota al producto de características peculiares.

Por su misma naturaleza, las artesanías constituyen un valioso recurso para la rehabilitación, entre otras se pueden mencionar las siguientes razones:

- 1.- Porque el minusválido que se quiere dedicar a las labores artesanales no necesita de estudios. Es de esta manera que las labores artesanales serán de gran ayuda para la mayoría de la población minusválida que es analfabeta.
- 2.- Porque las labores artesanales presentan variedad de actividades, de tal manera que bastaría con que cada uno de los procesos artesanales se planificara de acuerdo a un plan de rehabilitación para que se rehabilite aquel miembro del cuerpo que se desea poner en acción sea con movimientos finos o gruesos.
- 3.- Además de lo anterior las labores artesanales bien dirigidas contribuirán a que la población minusválida obtenga ingresos económicos que llenen los requerimientos de su grupo familiar. Logrando así que la población minusválida opte por el trabajo productivo y no por la mendicidad, opción que se ve forzada a seguir.

J.- Actitudes.

Las actitudes constituyen una de las columnas que sostienen la estructura de la psicología humana. Esta opinión es corroborada por un amplio número de estudiosos que han dedicado extensos capítulos a la investigación actitudinal. En esta área son muchos los conceptos que se han vertido en torno a este tópico. Al respecto Platonov y otros (1983), opinan que las actitudes se conforman dentro de un marco de orientación social que se basa en la toma de conciencia de las necesidades y de las condiciones para satisfacerlas, a su vez exponen que actúan como un conjunto de conocimientos sistematizados respecto de las necesidades y de las condiciones y de su comparación con los objetos y fenómenos del mundo circundante. Para Davidoff (1986), las actitudes se definen como conceptos valorativos aprendidos, asociados con pensamientos, sentimientos y conducta. Así mismo, para Martín Baró (1983) la actitud es una predisposición a actuar, lo que supone un vínculo entre el comportamiento visible y los esquemas ideoafectivos no visibles. Según Whittaker (1987), las actitudes son predisposiciones a responder de una forma más o menos emocional a ciertos objetos e ideas. Y para New-Comb, Turner y Converse (1965) las actitudes son vistas desde un enfoque gráfico, pues las conciben como algo que está situado en determinado punto de una línea, semejante a un termómetro que varía desde los grandes valores negativos pasando por los

moderados, el punto cero, hasta llegar a los grandes valores positivos. Rojo Vivot (1986) concuerda con la anterior proposición, al afirmar que las actitudes oscilan entre dos extremos: el rechazo absoluto y el paternalismo. Por otra parte, en lo referente a la duración de las actitudes, Whittaker(1987) estima que muchas de nuestras actitudes no cambian radicalmente de un día a otro, ni aún de un mes a otro, esto nos expresa en términos generales, que las actitudes son relativamente duraderas y siempre tienden hacia algo y contra algo y sujetas a contradicciones, pues se dan casos en que sujetos con actitudes muy fuertes ante un hecho, objeto o persona, en un momento dado se llegan a comportar en forma contrapuesta a sus mismas actitudes.

Al hablar de las actitudes según Krech, Crutchfield y Ballachey(1972) no se puede omitir hacer mención del papel que desempeñan sus componentes; cognoscitivos, sentimental y reactivo.

El componente cognoscitivo consiste en las creencias que una persona tiene acerca de un objeto en particular, los conocimientos que se hallan incluidos en este sistema son juicios; esto es, que implican una valoración positiva o negativa. El componente cognoscitivo puede también influir en las creencias de un objeto, acerca de la manera adecuada o inadecuada de responder ante un objeto actitudinal. Por ejemplo,

un considerable número de sujetos de la población minusválida tiene conocimientos en base a sus experiencias, los cuales los impulsan a aceptar o rechazar las labores artesanales.

El componente sentimental se refiere a las emociones y los sentimientos vinculados con un determinado objeto, el cual es vivenciado por la persona como agradable o desagradable. Esta carga emotiva es la que dota a las actitudes de su carácter motivacional. Por ejemplo, algunos limitados suelen encontrar agradables las labores manuales, mientras que otras tal actividad les resulta desagradable.

El componente reactivo es el que se refiere a la acción, incluye toda inclinación a actuar de cierta manera ante un hecho actitudinal; es decir, que si una persona mantiene una actitud favorable hacia un hecho particular, se sentirá dispuesta a aceptarlo, pero si la actitud es desfavorable, tenderá a rechazarlo. Por ejemplo, si una persona limitada está convencida por sus experiencias tenidas anteriormente, que las labores artesanales lo único que aportan son trabajos, fatigas y pérdidas, optará por dedicarse a vivir de la caridad pública.

A fin de exponer más concretamente la panorámica actitudinal, este apartado se subdivide de la siguiente manera:

Actitud de la sociedad hacia los limitados físicos; actitud de autoestima del minusválido; actitud del limitado físico ante los que comparten su condición de impedido; rol de los medios de comunicación social en la formación y cambio de actitudes hacia los minusválidos, y actitudes del minusválido hacia el trabajo productivo de tipo artesanal.

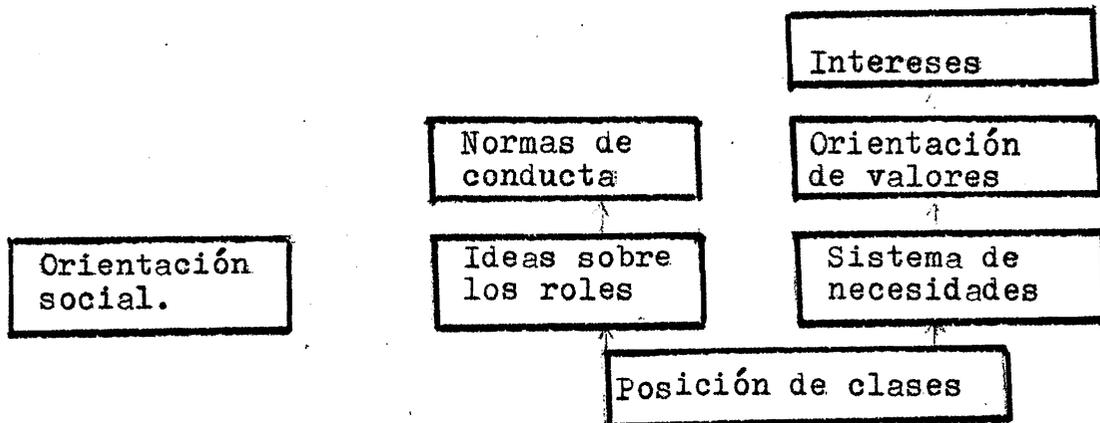
1.-Actitudes de la Sociedad hacia los minusválidos.

En el diario acontecer de nuestras comunidades, la actitud discriminativa hacia los minusválidos, parece velada y disfrazada de diversas maneras, entre ellas, dice Rojo Vivot (1986), la indiferencia ha sido siempre la puerta que ha permitido el paso a los demás aberrantes y flagrantes atentados contra los principios sustentados por la declaración Universal de los Derechos Humanos. Estas actitudes se basan en argumentos universalmente aceptados; como es el principio de las ciencias sociales, donde la mayoría es lo que importa. - Este principio es aceptado por la sociedad, como lógico y objetivo. De ahí que se considere insignificante un 10% de personas minusválidas, en comparación con un 90% de personas normales. Este fenómeno se origina en la carencia de valores humanos que sufre la sociedad. Según Marx citado por Platonov(1983), los hombres dan a los objetos y fenómenos que satisfacen una necesidad, un nombre especial, "bienes" que en la práctica le son útiles. En nuestro caso el minusválido es un

hombre no productivo y por lo tanto no cae dentro de la categoría de "bienes" de la sociedad.

Para Platonov(1985), la actitud social ejerce su influencia en la conducta y en la actividad a través de una serie de funciones que en su conjunto operan "como indicador práctico de la conexión del (objeto) con las necesidades del hombre", tal es el caso de la influencia negativa que ejerce la sociedad hacia la población minusválida, como producto de una tendencia que subyace previamente en los patrones culturales de la sociedad. Es más la sociedad a través de sus mecanismos se encarga de ubicar al minusválido en una posición marginada en la cual no puede por sí mismo incorporarse a la sociedad productiva por carecer de los medios de producción y por ende no puede desarrollar ningún papel en la organización social del trabajo.

A efecto de visualizar el esquema social de la posición de clases se presenta el siguiente esquema:



A este principio deshumanizado agréguese la tímida legislación que en nuestro país propugna por el empleo de dos minusválidos por cada cien empleados u operarios. Al respecto dice Ibarra y otros (1986), que desafortunadamente, la legislación muestra, en este aspecto, es letra muerta. Después de muchos años, la experiencia ha demostrado que es en gran parte el medio, es decir, la comunidad la que determina el efecto de una deficiencia o incapacidad sobre la vida de una persona. Para las Naciones Unidas (1983b), una persona es minusválida cuando se le niegan las oportunidades de que se dispone en la comunidad, entre otras oportunidades de educación, empleo, vivienda, seguridad financiera y personal, participación en grupos sociales y políticos, actividades religiosas, relaciones íntimas sexuales, acceso a instalaciones públicas, libertad de movimientos y otras. Es más, los prejuicios tradicionales en torno al minusválido se encuentran vigentes en nuestra sociedad a través del tiempo. Según estudios de las Naciones Unidas (1983b), la gente tiende a evitar el contacto y la relación personal con los impedidos, excluyéndolos de la vida social y cultural.

Algunas personas normales tildan a las personas con impedimentos físicos de parásitos, o bien consideran que el minusválido debe esforzarse al máximo para ser exactamente como aquellos. Esta actitud de los normales, deja a los minusválidos sólo con dos alternativas: competir en los términos

propuestos por los impedidos o retirarse por completo de la lucha para abandonarse a la pobreza. Con frecuencia, la población normal es indolente y sólo ve la incapacidad que causa el bastón blanco, las muletas, las ayudas auditivas y las sillas de ruedas; pero en ningún momento ve la persona y sus posibilidades y habilidades potenciales.

2.- Actitud de autoestima del minusválido.

La autoestima es un factor muy valioso en las personas. En opinión de Martín-Baró(1976) la imagen que nos formamos de nosotros mismos es adquirida del espejo de las demás personas, agregándole lo que nosotros pensamos o imaginamos que los demás piensan de nosotros. Pero esta imagen está condicionada por valores vigentes en la comunidad o grupo social en que nos encontramos. En cuanto al esquema de valoración dice dice Martín-Baró(1976) que el hombre se ha tornado un -- objeto de muy escaso valor. Esta devaluación es percibida por el pueblo y sobre este fondo conformarán su propia imagen. En este contexto se ubica la escala de autoestima de la población minusválida.

En este ámbito es fácil detectar cuan bajos son los niveles, cuando lo que reciben especularmente desde fuera es una imagen tan despreciada como depreciada, es de suponer que por este motivo son muchos los minusválidos que se ven a sí mismos como una cosa inútil y sin valor; ese desprecio de

sus propias posibilidades, es uno de los sentimientos que llevan al minusválido a recelar de cualquier persona que con buenas intenciones quiera ayudarles, y por tal motivo a la postre él mismo se margina de sus amigos y de la sociedad.

3.- Actitud del minusválido ante los que comparten su condición de impedido.

Por lo expuesto anteriormente, es fácil comprender la actitud de algunos minusválidos que evitan ser vistos por el público para no ser objeto de una falsa conmiseración, críticas o burla. También se da el hecho de que algunas personas incapacitadas evitan voluntaria o involuntariamente, a los que tienen problemas similares. Esta actitud de fuga inconsciente de la realidad, es motivado, en parte, por no querer aceptar su condición de tal y por temor a ser identificado como un impedido. Por otra parte, algunas personas impedidas se aferran a otras de su misma condición en busca de apoyo mutuo, creando un ghetto que muchas veces está vedado a las personas sin impedimentos, así como a las que padecen impedimentos de tipo diferente.

Otro aspecto que llama la atención es que muchos limitados que han logrado superar su crisis y han alcanzado un nivel socioeconómico aceptable, conciente o inconcientemente se han vuelto indiferentes ante el dolor y la miseria de sus hermanos de condición y la preocupación que muestran hacia aque-

llos es falsa, según opiniones vertidas por personas minusválidas encuestadas.

4.- Rol de los medios de comunicación social en la formación y cambio de actitudes hacia la población minusválida.

A través del tiempo, los medios de comunicación social han jugado un rol negativo en la formación de actitudes en la población no impedida respecto a la población minusválida. Al respecto, Rojo Vivot(1986) opina que existe una contradicción entre la ética que se presume sustentar y las actitudes diarias, ya que en muchos programas difundidos, al hacer referencias a la población minusválida, inconcientemente se propalan conceptos que anteponen la estética a la ética, menospreciando de esta manera la condición humana, dificultando así el cumplimiento del objetivo propuesto por las Naciones Unidas, ya mencionado: " igualdad e integración plenas". Aunque para muchos parezca de poca importancia la función informativa de los medios de comunicación social, sin embargo, es determinante tanto para arraigar como para desarraigar los prejuicios. Porque los medios de comunicación social lo que en realidad hacen es formar opinión. Si esta opinión es errada, es decir, que contribuya a sanjar las diferencias entre normales y minusválidos, jamás se logrará la plena integración de éstos a la sociedad y al trabajo. Los medios de com-

nicación en gran medida contribuyen a que el minusválido acepte su condición desvaloreizada.

5.- Actitudes del minusválido hacia el trabajo productivo.

Se podría presumir que las actitudes del minusválido hacia el trabajo productivo son la resultante de la confluencia de diversas causas, entre las que se podrían mencionar las tradiciones, los prejuicios, el sistema social y otros.

Referente a las tradiciones, se podría decir que la humanidad a través de las épocas ha observado principios, costumbres y creencias legadas por sus antepasados, las cuales han formado un todo con la religiosidad popular, mezcla de dogmas, magia y mitos. A través del tiempo estos factores han generado patrones culturales que repercuten en el modo de vivir del minusválido. A este hecho cultural añádase la proyección del sistema social imperante, altamente deshumanizado y mercantilista que muy poco ha hecho para el desarraigo de los prejuicios en contra de la población minusválida. Es natural que aunque la población normal no exteriorice este rechazo, el minusválido percibe una presión segregante hacia él, lo cual genera en el sujeto una conducta de auto-desprecio y desvalorización tanto de su persona como de todo aquello que éste sea capaz de realizar, específicamente en el plano del trabajo productivo hacia el cual se ha generado una

actitud negativa que la población no impedida la percibe como "rechazo" hacia toda actividad productiva; pero lo que en realidad sucede es que el limitado no encuentra apoyo en ese tipo de actividades, más los complejos de índole social y -- cultural, hacen que el limitado no busque su propia realización como persona, sino únicamente satisfacer sus necesidades básicas.

CAPITULO IV

HIPOTESIS Y DEFINICION DE VARIABLES

A.- HIPOTESIS GENERAL.

La aplicación de un programa de entrenamiento artesanal en adultos minusválidos comprendidos entre los veinte y los cuarenta años, del centro del Aparato Locomotor de de la ciudad de San Salvador, tiene relación con el cambio actitudinal hacia el trabajo productivo de tipo artesanal.

HIPOTESIS ESPECIFICA.

La aplicación de un programa de entrenamiento artesanal favorece un cambio actitudinal positivo en los adultos minusválidos del Centro del Aparato Locomotor, hacia las labores productivas de tipo artesanal.

B.- DEFINICIÓN Y CONTROL DE VARIABLES.

Las variables y controles en el presente trabajo, fueron las siguientes:

1.- Variable Independiente.

Esta variable estuvo constituida por un programa de entrenamiento artesanal.

Definición conceptual.

El programa de entrenamiento artesanal consiste en un proceso basado en una práctica dirigida para transformar la materia prima en objetos artísticos mediante el uso exclusivo de la mano.

Definición operacional.

Se entenderá por programa de entrenamiento artesanal la exposición de charlas, proyección de diapositivas, la presentación de objetos artesanales y las sesiones de prácticas con materia prima vegetal (palma), donde se dieron conocimientos teóricos hasta culminar con la práctica.

El control de esta variable se hizo procurando que cada una de las partes del programa se desarrollara en el tiempo establecido o sea tres semanas a dos sesiones diarias de cuarenticinco minutos. En las primeras sesiones se enfocó el aspecto teórico, en las subsecuentes, el aspecto práctico y las últimas sesiones fueron complementarias.

2.- Variable Dependiente.

Es el cambio de actitudes que generan los sujetos como consecuencia de la aplicación del programa de entrenamiento artesanal hacia las labores productivas de este tipo.

Se entenderá por cambio actitudinal de los sujetos minusválidos respecto a las labores productivas de tipo artesanal, la aceptación o el rechazo a estas actividades, por parte del minusválido, como resultado de la aplicación de un programa de entrenamiento artesanal.

El control de esta variable se hizo en base a la aplicación de una escala de actitudes que explora la aceptación o el rechazo del minusválido hacia las labores productivas de tipo artesanal. (vease anexo A)

3.- Variables intervinientes.

a).- De los sujetos.

i.- Nivel socioecómico. Estará determinado por los ingresos que perciben los sujetos minusválidos.

ii.- Estado psicopatológico evidente. Se entenderá como las patologías presentes y diagnosticadas tales como psicosis esquizofrénicas, psicosis afectivas, psicosis paranoides , síndromes cerebrales crónicos y trastornos de origen psicógeno.

Se controlará excluyendo los sujetos con problemas psicopatológicos.

iii.- Internos del Centro del Aparato Locomotor.

Se entenderá por internos del Centro del Aparato Locomotor a los pacientes que permanecen hospitalizados por prescripción médica o porque no les es posible continuar con un tratamiento ambulatorio.

Esta variable se controló constatando su calidad de interno mediante el expediente clínico.

iv.- Pacientes entrenables.

Se entenderá por entrenable aquel minusválido cuyo compromiso orgánico no es total sino parcial, pudiendo éste alcanzar la rehabilitación de un miembro que le permita desarrollar una actividad.

Esta variable se controló mediante la observación directa de cada sujeto, además la revisión del expediente para conocer su diagnóstica.

4.- Del ambiente.

- Interferencias en las sesiones de trabajo.

Esta variable se definió como la presencia de personas ajenas a las sesiones de trabajo.

Esta variable se controló cerrando las puertas del salón.

5.- Delos investigadores.

Suficiente dominio del programa administrado.

Esta variable se controló sometiendo a los investigadores a un entrenamiento previo.

6.- Secuencia temporal de actividades programadas.

Esta variable se definió como la movilidad de actividades a causa de la inestabilidad social que con frecuencia entorpece el normal funcionamiento de la población civil a causa de acciones de carácter político-militar.

Esta variable se controló posponiendo o trasladando a otras fechas las actividades programadas cuando por causas de fuerza mayor fueron suspendidas.

CAPITULO V

METODOLOGIA.

A.- Sujetos.

1.-Población.

La población en donde se realizó la investigación estuvo formada por un total de cuarenta y ocho sujetos internos en el Centro del Aparato Locomotor del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos en la ciudad de San Salvador, cuyas edades oscilaban entre los veinte y los cuarenta años. De esta población fueron seleccionados veintiseis sujetos para integrar la muestra que constituyó el 54.16 % de la población de pacientes internos.

2.-Muestra.

El tipo de muestreo que se utilizó fue muestreo dirigido con base en los criterios que a continuación se mencionan.

a).- Sujetos con edades comprendidas entre los veinte y los cuarenta años.

b).-Que se encontraran internos en el Centro del Aparato Locomotor.

c).- Que tuvieran sano al menos uno de sus miembros su-

periores y sin alteraciones el analizador visual, auditivo y el lenguaje impresivo y expresivo.

d).-Que su causa de invalidez fuera física y no psicopatológica.

B.- Instrumentos.

Los instrumentos aplicados para recoger la información fueron los siguientes:

1.- Instrumento de habilidades manuales.

La construcción del instrumento de habilidades manuales se basó en la concepción de Petrovsky (1987), según la cual la acción de las manos durante el trabajo se encuentra siempre bajo el control de la vista. Este autor afirma que en la actividad laboral se establecen múltiples vínculos entre los órganos del tacto, la vista y el sistema nervioso central.

Este instrumento constó de los siguientes ítems:

a).- Elaboración de bolas de igual tamaño.

b).- Dos ruedas de igual tamaño.

c).- Dos cilindros de igual tamaño.

d).- Objetos de uso doméstico.

e).- Figura humana.

2.- Escala de actitudes.

La construcción de este instrumento se basa en el principio que según Platonov (1983) la actitud social es una especie de programa anticipado que ejerce una función direccional de la conducta y la actividad, a través de una serie de funciones que en conjunto operan como indicadores prácticos de la conexión (del objeto) con las necesidades del hombre. Las cuales se acompañan de una vivencia afectiva que oscila entre posiciones opuestas entre lo agradable y lo desagradable.

El cuestionario administrado constó de veintidos items de los cuales diez están en sentido positivo y doce en sentido negativo. (Véase anexo B).

C.- Procedimiento.

En la presente investigación se efectuaron los siguientes pasos:

Paso 1.- Se hicieron las gestiones pertinentes ante el Director del Centro del Aparato Locomotor.

Paso 2.- Construcción de instrumentos:

a).- Instrumento de habilidades manuales.

b).- Instrumento, escala de actitudes.

(véase anexo A)

Paso 3.- Validación de la prueba de actitudes.

(véase anexo A)

Paso 4.- Escogitación de la muestra.

Para seleccionar los sujetos se usó un muestreo dirigido que consistió en:

a).-Revisar los expedientes y fichas de control de los pacientes correspondientes a los años 86 - 88 para tomar las generales y el diagnóstico.

b).- Tomando como base el diagnóstico de cada paciente se escogieron aquellos sujetos potencialmente entrenables. De este análisis se obtuvo un grupo de sujetos en número de 30.

Paso 5.- Aplicación de la prueba de habilidades manuales. Esta prueba se administró en forma individual y fuera del salón asignado para estas actividades. Con esta prueba se excluyeron 22 sujetos de una población inicial de 48 su-

jetos, quedando un grupo de 26 sujetos que vinieron a constituir la muestra de la investigación.

Paso 6.-Formación del grupo experimental y el grupo control.

Tomando como base los 26 sujetos de la muestra de la investigación se procedió a formar el grupo experimental y el grupo control. Para este efecto se anotaron los nombres de los 26 sujetos en papeletos, los cuales se depositaron en un recipiente, y se revolvieron para lograr una adecuada aliatorización. Seguidamente se procedió a extraer los papeletos con la consigna de colocar los impares a la derecha del investigador, y los pares a su izquierda. Habiéndose concluido la operación se tomó una moneda y se le asignó el lado cara de la moneda al grupo de la derecha y el lado corona al grupo de la izquierda. Seguidamente se tomó como criterio que el lado que cayera para arriba en el primer lanzamiento constituiría al grupo asignado, en grupo experimental. Se lanzó la moneda y cayó "cara", lo cual constituyó al grupo del lado derecho en grupo experimental y por consecuencia al grupo de la izquierda en grupo control.

Paso 7.- Administración de la prueba de actitudes al grupo experimental y al grupo de control. (Observación antes). Esta medida se hizo teniendo en cuenta que sus resultados ofrecen la posibilidad de conocer si los grupos independientemente del tratamiento experimental difieren entre sí más de lo que cabe esperar al azar.

Paso 8.- Tratamiento (Programa de entrenamiento artesanal). (Vease anexo C).

Esta actividad constó de cuatro partes:

- a) Dinámicas motivacionales, las cuales consistieron en juegos que se utilizan en las dinámicas de grupos de educación popular.
- b) Charlas sobre origen y proyecciones sociales de las artesanías.
- c) Presentación de diapositivas sobre procesos artesanales.
- d) Demostración práctica por artesanos nacionales, especializados.

Paso 9.- Administración de la prueba de actitudes al grupo experimental y al grupo control (observación después) Lo cual se hizo un día después de haber concluido el tratamiento.

D.- Diseño Experimental.

El trabajo realizado fue de carácter experimental, basado en diseños de dos grupos seleccionados al azar (grupo experimental y grupo control). Del tipo "antes -después" Luego de seleccionar al azar a ambos grupos se procedió a la administración de la prueba "antes" a estos mismos grupos. La siguiente actividad fue la aplicación del tratamiento (programa de entrenamiento artesanal), únicamente al grupo experimental. Finalmente se administró la prueba "después" a ambos grupos con el objeto de inferir si los cambios operados en las mediciones se debían a la efectividad de la variable independiente (programa de entrenamiento).

Esquema de diseño experimental "antes y después"

Grupo	Asignación	Observación (antes)	Tratamiento	Observación (después)
Experimental	Azar	O_1	X_1	O_2
Control	Azar	O_3	X_0	O_4

O_1
 O_3 = Observación antes (test)

X_1 = Tratamiento (programa de entrenamiento)

X_0 = No tratamiento.

O_2
 O_4 = Observación después (post-test)

CAPITULO VI

ANALISIS DE RESULTADOS

Para realizar el análisis de los resultados obtenidos se utilizó un método estadístico que compara simultáneamente la diferencia de puntajes arrojados por la prueba de actitudes, entre el grupo experimental y el grupo control, en función de establecer si existe alguna diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los puntajes obtenidos en la investigación. Este método estadístico se conoce como "diferencia de medias", la cual se utilizó porque se partió del supuesto de que la diferencia encontrada se debió única y exclusivamente al tratamiento utilizado (aplicación del programa). Además se utilizó esta prueba por haberse trabajado con una muestra pequeña de 26 sujetos. El procedimiento que se utilizó fue la prueba "t" de Student (diferencia de medias) con un nivel de significación de 0.05 (al utilizar este nivel se asumía que el 5% de los resultados pudieron deberse al azar). De hecho la dirección de la prueba fue unilateral por la razón de que lo que se buscaba era un cambio actitudinal después de la aplicación del programa.

Las hipótesis estadísticas consideradas fueron las siguientes:

HIPOTESIS NULA:

No existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de los sujetos del grupo experimental (a quienes se les aplicó el programa de entrenamiento artesanal) y el grupo control (a quienes no se les aplicó tratamiento alguno), en relación a favorecer un cambio actitudinal positivo hacia las labores productivas de tipo artesanal.

HIPOTESIS ALTERNA:

Existe diferencia significativa entre las medidas de los puntajes de los sujetos del grupo experimental (a quienes se les aplicó el programa de entrenamiento artesanal) y el grupo de control (a quienes no se les aplicó tratamiento alguno), en relación a favorecer un cambio actitudinal positivo hacia las labores productivas de tipo artesanal.

El análisis de los puntajes obtenidos en la administración de la prueba inicial, antes del tratamiento, se detalla en el cuadro número uno.

Cuadro No. 1

Resultados obtenidos en la prueba inicial de actitudes

Prueba	Media del grupo Experimental.	Media del grupo Control	"t" encontrada.	"T" de la tabla.
Actitudes	64.03	61.42	1.27	2.06

Se puede apreciar en el cuadro No. 1, los resultados obtenidos entre el grupo experimental y el grupo control después de haberle aplicado la prueba de actitudes. Dicha aplicación se hizo para determinar si los grupos experimental y control tenían diferencia alguna antes de que se iniciase el tratamiento, pudiéndose apreciar que ambos grupos muestran medias diferentes que no son estadísticamente significativas ya que la "t" encontrada de 1.27 es menor que la T de la tabla de 2.06. Estos datos nos demuestran que los grupos experimental y control eran básicamente equivalentes.

Después del tratamiento, es decir, aplicación del programa de entrenamiento artesanal al grupo experimental, se administró la prueba de actitudes, cuyos resultados pueden apreciarse en el cuadro No. 2.

Cuadro No. 2

Resultado obtenido en la prueba final de actitudes.

Prueba	Media del G. Experimental	Media del G. Control	"t" encontrada.	"T" de la tabla.
Actitudes	93.73	76.5	7.52	2.06

Se puede apreciar en el cuadro No. 2. que la media del grupo experimental en la prueba de actitudes es mucho mayor que la del grupo de control ($\bar{X} = 93.73$ > $\bar{X} = 76.5$). Dicha

diferencia es estadísticamente significativa, ya que la "t" encontrada de 7.52 es mayor que la "T" de la talla de 2.06 con estos resultados se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna en el sentido de que existe diferencia significativa entre las medias de los puntajes de los sujetos del grupo experimental y del grupo de control, por lo que el programa de entrenamiento artesanal aplicado fue efectivo para favorecer un cambio actitudinal positivo hacia las labores productivas de tipo artesanal. Esto lo podemos apreciar en el cuadro No. 3. Al analizar las respuestas de los sujetos en cada uno de los ítems del cuestionario de actitudes, se puede apreciar en el cuadro N° 3, la comparación tal como los puntajes y porcentajes del grupo experimental son superiores a los del grupo control.

Cuadro No. 3

Cuadro comparativo entre grupo experimental y grupo control en relación a los ítems del cuestionario.

<u>Grupo Experimental</u>			<u>Grupo Control.</u>		
Items	Puntaje	Sujetos en %	Items	Puntajes	Sujetos en %
1	35	53.84	1	30	38.46
2	45	69.23	2	35	53.84
3	50	76.92	3	40	61.53
4	30	46.15	4	30	46.15
5	35	53.84	5	30	46.15
6	50	76.92	6	40	61.53
7	55	84.61	7	40	61.53
8	50	76.92	8	30	46.15
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

CAPITULO VII

INTERPRETACION DE RESULTADOS.

Los resultados anteriores nos indican que un programa de entrenamiento artesanal resulta ser efectivo para que los minusválidos físicos cambien sus actitudes desfavorables hacia las labores productivas de tipo artesanal. Esto tiene una gran importancia para las instituciones que se dedican a entrenar personas minusválidas en el aprendizaje de un oficio, puesto que un programa como el aplicado en la presente investigación, puede ser la clave para lograr un cambio de de una actitud desfavorable a una actitud favorable para el aprendizaje.

Es probable que programas de entrenamiento con este tipo de sujetos hayan fracasado (tal como se planteó en el problema y marco teórico) por no haber tomado en consideración las disposiciones del minnsválido hacia el entrenamiento, ya que como es sabido, el limitado tiene una actitud de minusvalidez no sólo hacia sí mismo, sino que también a lo que le rodea, En consecuencia es imprscindible analizar las actitudes y tratar de modificarlas favorablemente, antes de emprender el entrenamiento en una tarea en particular, tal como se comprobó en la presente investigación.

El fundamento teórico del programa aplicado se basa en la idea de Yaroshevsky (1986), quien opina que lo que se ha de cambiar y renovar no es la estructura de la vida social sino las reacciones de las personas, sus complejos e inclinaciones, procurando de esta manera que el hombre sea material dispuesto para asimilar los conocimientos que a través de estos programas se imparten llevándolos a la práctica. Es aquí donde los programas juegan un rol importante para cambiar las actitudes de las personas más reacias a causa de su apego a los prejuicios. Sin embargo, al aceptarse la hipótesis de investigación en la que se tomó en cuenta el efecto del programa, se puede afirmar que una actividad de esta naturaleza bien orientada contribuye en gran manera al cambio actitudinal de la población limitada en relación al trabajo artesanal.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Partiendo de los resultados obtenidos y de los planteamientos teóricos, y de acuerdo al análisis e interpretación de los datos, se puede concluir y recomendar:

a).- Conclusiones.

1.- El análisis de los puntajes obtenidos indican que la implementación de programas de entrenamiento artesanal resultarían efectivos para el cambio actitudinal de los minusválidos, respecto a las labores productivas de tipo artesanal.

2.- Que los recursos utilizados en el desarrollo del programa (charlas, diapositivas, demostraciones prácticas, etc.) constituyeron un valioso recurso que permitió inferir que la adecuada orientación y motivación en el campo artesanal dió como resultado un notable cambio de actitud respecto a esas actividades.

3.- Que en la actualidad, la labor artesanal que se realiza en el Centro del Aparato Locomotor, no pasa de ser terapia ocupacional, sin despertar interés en los minusválidos internos.

b).- Recomendaciones.

1.- Que la implementación de programas de entrenamiento podrían ser de mucha utilidad para las instituciones que se dedican a dar trabajo a personas minusválidas, pues estos programas resultarían valiosos para lograr una mejor utilización de los recursos humanos y económicos, en beneficio de la población minusválida.

2.-Que el Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador asuma como tarea específica velar por la promoción del minusválido salvadoreño brindándole asistencia psicológica y asesoría en el plano laboral.

3.- Que en la promoción del minusválido, sea el niño minusválido el que reciba una mayor atención.

4.- Que el grupo familiar del cual forma parte el minusválido, también participe en la capacitación a fin de que el minusválido no se sienta aislado sino que participe de la actividad familiar.

R E F E R E N C I A S

- Actón, N. (1981) "Los Minusválidos en el Tercer Mundo" Re-
vista El Correo de La UNESCO.
- Badía, R. de J. (1975) Apuntes de clases para Salud Pública
en una visión integral. San Salvador El Sal-
vador, Mimiografiado.
- Buscaglia, L.F. (1975) " El Papel decisivo de la Familia en
la rehabilitación del niño minusválido" Re-
vista El Correo de la UNESCO.
- Comité de Expertos de la OMS (1981) Prevención de incapaci-
dades y Rehabilitación. Organización Mundial
de la Salud, Ginebra.
- Córdeva Linares, D.A. (1970) Centro de Medicina Física y Rea-
bilitación del ISSS. Tesis no publicada Uni-
versidad de El Salvador.
- Chans Caviglia, J.C. (1960) "Educación de Niños Insuficientes
mentales" Boletín del Instituto Interamerica-
no del Niño. Tomo XXXIV, No. 3. Uruguay.
- Chenivesse, M.L. (1957) Niños Irregulares y difíciles. Tesis
no publicada, Universidad de El Salvador.
- Davidoff, L.L. (1986) Introducción a la Psicología. México:
McGraw-Hill.

- Dawson, S. y Montalvo, J. (1983) Centro de Invalideces Múltiples. Tesis no publicada. Universidad Albert Einstein, El Salvador.
- Gras, J. A. (1978) Psicología Experimental. Un Enfoque metodológico, México: Editorial Trillas.
- Ibarra, A. y otros (1986) Vocational Rehabilitation in El Salvador. Programs and Prospects for Youth Disabilities. National Association of Partners of the Americas, Washington.
- Instituto Interamericano del Niño (1981) En el Año Internacional de los impedidos. Boletín del Instituto Interamericano del Niño. No. 217, OEA, Uruguay.
- Jaramillo Paredes, M. (1986) "El Artesano en la Sociedad Contemporánea" Revista CIDAP, Artesanías de América, Número extraordinario, 20-21, Ecuador.
- Krech, D. Crutchfield, R. y Ballachey, E. (1972) Psicología Social Madrid: Biblioteca Nueva.
- Latapí, P. (1985) "Perspectiva de la Educación de Adultos a la luz de la pobreza en América Latina en educación" Revista Interamericana de Desarrollo, OEA, No. 97, Año XXIX Washington.

- López y López, E. (1974) Vida afectiva del niño poliomielítico. Tesis no publicada. Universidad de El Salvador.
- Martín-Baró, I. (1983) Acción e Ideología: Psicología Social desde Centroamérica. San Salvador: UCA Editores.
- Martín-Baró, I. (1976) Problemas de psicología Social en América Latina. San Salvador: UCA, Editores.
- Martínez, M.L. (1982) "Problemas socioeconómicos que afectan la rehabilitación de minusválidos en el hemisferio" Revista Interamericana de Desarrollo Educativo. Año XXVI. No. 90, Washington.
- Meier, P. (1982) El Artesano Tradicional y su papel en la sociedad contemporánea de América, Cuenca, Ecuador: OEA.
- Ministerio de Educación (1982) Investigación Nacional sobre deficiencias, incapacidades e impedimentos en Educación Parvularia y Primer Ciclo de Educación Básica. El Salvador.
- Naciones Unidas (1983a) Acción en Favor de los impedidos. División de Información Económica y Social. Nueva York.

- Naciones Unidas (1983b) Programa de Acción Mundial para los Impedidos. Decenio de las Naciones Unidas para los impedidos, 1983 - 1992. Nueva York.
- Newcomb, T.M. Turner, R. and Converse, P. (1965) Social Psychology. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1981a) Boletín Informativo. vol. 17, No.1, Naciones Unidas.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1981b) Boletín Informativo, vol. 17, No.2. Naciones Unidas.
- Pérez de Zorzoli, B. (1986) Servicio de apoyo de la familia de los discapacitados" Boletín del Instituto Interamericano del Niño. No.226, OEA. Uruguay.
- Petrovski, A. (1987) Psicología General. Manual Didactico para los Institutos de psicología. San Salvador, El Salvador; Editorial Universitaria.
- Platonov, K.K. y otros (1983) Psicología Social, México: Editorial Cartago.
- Ramos Velásquez y Benavides Alvarez (1987) Actitudes del paciente parapléjico y su relación con el comportamiento en el proceso de rehabilitación, en el Centro del Aparato Locomotor. Tesis no publicada, Universidad de El Salvador.

- Rajo Vivot, A. (1986) "Rol de los medios de Comunicación Social y las personas con discapacidad" Boletín del Instituto Interamericano del Niño. No. 226, OEA, Uruguay.
- Rubinstein, S.I. (1967) Principios de Psicología General, México: Grijalbo.
- Sajón y Achard (1975) "Anteproyecto General de la Ley de Protección de los deficientes físicos y Mentales" Boletín del Instituto Interamericano del Niño. No. 194, OEA, Uruguay.
- Smirnov, A.A. y otros (1969) Psicología, México: Grijalbo.
- Spirkin, A. (1965) El Origen de la Conciencia Humana, Buenos Aires: Editorial Stilcograf.
- Wallin y otros (1977) El Niño Deficiente Físico, Mental y Emocional. Buenos Aires: Paidós.
- Whittaker, J.O. (1987) Psicología, México: Nueva Editorial Interamericana.
- Wood, P.N. (1980) "Apreciación de las consecuencias de las enfermedades. La clasificación Internacional de tipos de deficiencias, incapacidades y minusvalidez" Crónica de la OMS. vol. 34, No. 10, Ginebra.
- Yaroshevsky, M.G. (1986) La Psicología en el siglo XX, México: Grijalbo.

ESCALA DE ACTITUDES

Construcción y validación de la Escala de actitudes.

La escala de actitudes que se utilizó es la conocida como Escala de Likert; esta es un tipo de escala aditiva que corresponde a un nivel de medición ordinal, consistente en una serie de items o juicios ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El estímulo (item) que se presenta al sujeto representa la propiedad que el investigador está interesado y las respuestas son solicitadas en términos de grados de acuerdo o desacuerdo que el sujeto tenga con la sentencia en particular.

La construcción de la escala de Likert constó de las siguientes partes:

- Se construyó una serie de items relevantes en base a la información contenida en el marco teórico. El total de items fue de cincuentiseis.

- Los items fueron administrados a cuatro profesionales (un antropólogo, un etnógrafo, un sociólogo y un trabajador social) los cuales fueron seleccionados en base a su experiencia en el área de la cultura salvadoreña y en artesanías.

- Se asignaron puntajes a los items según la dirección positiva o negativa del item, luego se ponderaron las alternativas de las respuestas.

- Seguidamente se asignaron los puntajes totales a los su-

jetos de acuerdo al tipo de respuesta en cada ítem, la suma es algebraica. A priori sumimos que las personas con alto grado en la variable van a tener puntajes altos, mientras que las personas con una baja actividad manifestarían puntajes bajos.

- Luego se efectuó un análisis de ítems. Este se realizó de la siguiente manera: una vez computados los puntajes totales para los tres jueces, se procedió a ordenarlos de manera que el juez con el puntaje total más alto ocupó el primer lugar, el del puntaje menor a continuación, y finalmente se colocó el del puntaje más bajo.

Después de ordenados los puntajes de los jueces se operaron únicamente los cuartiles superiores e inferiores, el 25% de los sujetos con puntajes más elevados, y el 25% de los sujetos con puntajes más bajos. El 50% del centro se omitió.

A continuación se seleccionaron los ítems que discriminaron mejor por el test de la mediana, con el cual se determinó primero el valor de la mediana de cada ítem para los grupos alto y bajo combinados. Una vez calculados los valores promedios para cada ítem en los grupos ya mencionados se procedió a calcular el poder discriminativo de cada ítem según la fórmula siguiente:

$$t = \frac{D - M}{\sqrt{\frac{s^2_{M_1}}{N_1 - 1} + \frac{s^2_{M_2}}{N_2 - 1}}}$$

Donde: t = Test t de Student

DM = Diferencia entre medias ($M_1 - M_2$)

S^2 = variancia de muestra 1 y 2 respectivamente.

N = Cantidad de casos en cada una de las muestras.

Después de determinar el valor de la mediana de cada ítem para los dos grupos alto y bajo combinados, se procedió a dicotomizar los valores en una tabla 2×2 para cada ítem, de la siguiente forma:

	Grupo alto	Grupo bajo	
Número de puntajes por debajo de la mediana combinada.	A	B	A + B
Número de puntajes por encima de la mediana combinada.	C	D	C + D
	A + C	B + D	

Por ser la cantidad de casos en número de diez se utilizó la fórmula del test de Fisher:

$$p = \frac{(A + B)! (C + D)! (A + C)! (B + D)!}{N! A! B! C! D!}$$

Los ítems seleccionados, después de haber discriminado 34 ítems, fue de 22, que fueron aplicados a la muestra de investigación del Centro del Aparato Locomotor.

CUESTIONARIO DE ACTITUDES

Sexo: (M) (F)

Edad: _____ Escolaridad: _____

Procedencia: (Urbana) (Rural)

Voy hacerle una serie de preguntas relacionadas con su manera de opinar respecto al trabajo artesanal, se le pide completa sinceridad, pues esta prueba tiene como finalidad conocer lo que un minusválido piensa, respecto a esa actividad.

La forma de contestar a cada pregunta tiene cinco - posibilidades, así:

- | | |
|------------------------------------|----------|
| () Completamente de acuerdo | (C A) |
| () De acuerdo | (D A) |
| () Me es indiferente | (I) |
| () En desacuerdo | (E D) |
| () Completamente en desacuerdo | (C D) |

1- Cuando me dedico a hacer pequenos trabajos manuales - ese entrenamiento me ayuda a olvidarme de mis penas.

- () A- Completamente de acuerdo
- () B- De acuerdo
- () C- Me es indiferente
- () D- En desacuerdo
- () E- Completamente en desacuerdo.

2- De todos los oficios que he tenido conocimiento me atraen más las labores manuales.

- () A- Completamente de acuerdo
- () B- De acuerdo
- () C- Me es indiferente
- () D- En desacuerdo
- () E- Completamente en desacuerdo

3- Me gustaría aprender un trabajo artesanal porque los empleos son difíciles de conseguir.

- () A- Completamente de acuerdo
- () B- De acuerdo
- () C- Me es indiferente
- () D- En desacuerdo
- () E- Completamente en desacuerdo.

4- Me agradan los trabajos que requieren mucho cuidado y atención en los detalles.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo

5- Considero que las labores artesanales además de ser -- una distracción, producen ingresos económicos.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo

6- Siempre me han atraído los trabajos artesanales porque en casa puede uno tener su propio taller.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo

7- Las labores artesanales constituyen la solución para la pobreza de los limitados físicos.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo.

8- Todo producto artesanal se vende con facilidad.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo.

9- Considero que el entrenamiento artesanal debería ser impartido tanto al limitado como a su grupo familiar.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo

10- Considero que en los centros donde se rehabilitan im
pedidos se debería hacer conciencia que el trabajo -
es parte importante de la rehabilitación.

- () A- Completamente de acuerdo
- () B- De acuerdo
- () C- Me es indiferente
- () D- En desacuerdo
- () E- Completamente en desacuerdo.

11- Considero que el poseer destreza manual determina la
venta de los productos artesanales.

- () A- Completamente de acuerdo
- () B- De acuerdo
- () C- Me es indiferente
- () D- En desacuerdo
- () E- Completamente en desacuerdo

12- Cuando yo era cipote me gustaba hacer muñecos de tra
po, de madera, de barro y los venía.

- () A- Completamente de acuerdo
- () B- De acuerdo
- () C- Me es indiferente
- () D- En desacuerdo
- () E- Completamente en desacuerdo

13- Las experiencias que he tenido en trabajos artesanales han sido satisfactorias.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo

14- Más de alguna vez se me ha ocurrido dedicarme a las artesanías para ganarme la vida.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo

15- Me gustaría que las asociaciones que velan por el bienestar de los limitados promovieran la formación de talleres artesanales para éstos.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo.

16- Considero que si me propongo aprender un proceso artesanal lo lograré.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo

17- Ahora me doy cuenta de la importancia que tiene las labores artesanales.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo

18- La satisfacción más grande que podría sentir, sería - que el público demandara los productos y servicios de los limitados físicos.

-) A- Completamente de acuerdo
-) B- De acuerdo
-) C- Me es indiferente
-) D- En desacuerdo
-) E- Completamente en desacuerdo.

19- Me gustaría formar parte de una cooperativa artesana--
nal de limitados físicos.

- () A- Completamente de acuerdo
- () B- De acuerdo
- () C- Me es indiferente
- () D- En desacuerdo
- () E- Completamente en desacuerdo.

20- Si alguien me ofreciera enseñarme algún trabajo ma--
nual, yo no lo aceptaría porque me tiene más cuenta
la ayuda caritativa que recibo.

- () A- Completamente de acuerdo
- () B- De acuerdo
- () C- Me es indiferente
- () D- En desacuerdo
- () E- Completamente en desacuerdo

21- Considero que el minusválido debería estar dentro de
un hospital siendo atendido por los demás y no trabaja
jando.

- () A- Completamente de acuerdo
- () B- De acuerdo
- () C- Me es indiferente
- () D- En desacuerdo
- () E- Completamente en desacuerdo

22- Considero que las personas que viven de las artesanías son familias que viven pobremente.

- A- Completamente de acuerdo
- B- De acuerdo
- C- Me es indiferente
- D- En desacuerdo
- E- Completamente en desacuerdo.

PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO ARTESANAL

DESCRIPCION.

El desarrollo del presente programa pretende ofrecer mecanismos que motiven en las personas minusválidas nuevas expectativas en el campo del trabajo artesanal, pues es irrefutable que cada día se incrementa la pobreza entre la población impedida, ya que resulta sumamente imposible para la gran mayoría de estas -- personas, obtener un empleo o trabajo remunerado en la empresa pública y privada.

OBJETIVOS.

- Enseñar a la población minusválida a valorar las labores artesanales como parte esencial de la cultura salvadoreña.

- Concientizar a la población minusválida de la utilidad y los beneficios que reporte el trabajo artesanal.

- Generar inquietudes entre la población minusválida a fin de que se sientan motivados a poner en acción sus habilidades manuales, intelectuales y artísticas en las labores productivas de tipo artesanal.

METODOLOGIA.

En la aplicación del programa de entrenamiento artesanal se implementarán dos tipos de sesiones: sesiones de carácter -

teórico y sesiones de carácter práctico; en estas últimas, los facilitadores desarrollarán un entrenamiento personalizado con los sujetos participantes.

TECNICAS A EMPLEAR EN CADA SESION Y TIEMPO DE DURACION.

A fin de que los sujetos participen en cada una de las sesiones con naturalidad y libres de tensiones, antes de iniciarse cada actividad todos los sujetos participarán en una dinámica y técnicas de respiración; esto contribuirá naturalmente en el equilibrio psíquico de los sujetos.

PROCEDIMIENTO.

El programa de entrenamiento artesanal estará dividido en tres partes:

- Primera parte, aspecto teórico.
- Segunda Parte, aspecto teórico-práctico.
- Tercera parte, complementaria.

PRIMERA PARTE.

En este apartado se hará una breve panorámica sobre las artesanías en general y sus implicaciones socioeconómicas. El desarrollo de esta parte constará de los siguientes subtítulos:

-Conceptualización.

-Antecedentes de las labores artesanales en:

El viejo continente.

En Mesoamérica:

- Período prehispánico
- Período Colonial
- La actualidad
- Valor cultural de las artesanías
- Rol de las labores artesanales en el proceso de rehabilitación integral del minusválido.
- Futuro de las artesanías para la población minusválida de El Salvador.

SEGUNDA PARTE DEL PROGRAMA.

En esta parte del programa se hará una descripción detallada de algunas técnicas relacionadas con la elaboración de diversos objetos, entre ellos los de fibras vegetales. El desarrollo de esta parte comprenderá:

- Conocimiento y dominio de algunas técnicas en la elaboración de diversos productos.
- Conocimiento y dominio de algunas técnicas utilizadas para la preparación de la materia prima.
- Conocer el "punto de los materiales"

- Técnica del embalaje de piezas para el mercado.

TERCERA PARTE.

Esta parte comprenderá un complemento de las exposiciones en las cuales se dará una mayor información ampliando o profundizando aquellos temas que para los sujetos sean considerados de interés.

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DE LA PRUEBA DE ACTITUDES
EN EL GRUPO EXPERIMENTAL Y EN EL GRUPO CONTROL.
(ADMINISTRACION "ANTES")

Grupo Experimental		Grupo Control.	
<u>Sujetos</u>	<u>Puntajes</u>	<u>Sujetos</u>	<u>Puntajes</u>
1	50	1	53
2	52	2	54
3	58	3	58
4	60	4	60
5	62	5	60
6	62	6	61
7	63	7	61
8	66	8	61
9	68	9	62
10	69	10	67
11	71	11	69
12	74	12	69
13	75	13	69

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DEL GRUPO EXPERIMENTAL.

<u>Puntajes</u>	<u>f</u>	<u>X</u>	<u>fX</u>	<u>(X-\bar{X})</u>	<u>(X - \bar{X})²</u>	
75	80	1	77.5	77.5	13.47	181.44
70	75	2	72.5	145.0	8.47	71.74
65	70	3	67.5	202.5	3.03	9.18
60	65	3	62.5	187.5	-1.53	2.34
55	60	2	57.5	115.0	-6.53	42.64
50	55	2	52.5	105.0	-11.53	132.94
		<u>N= 13</u>	<u>832.5</u>			<u>440.28</u>

$$\bar{X} = 64.03.$$

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DEL GRUPO CONTROL.

Puntaje	f	X	fX	(X- \bar{X})	(X- \bar{X}) ²
68	2	69.5	139	8.08	65.28
65	2	66.5	133	5.08	25.80
62	0	63.5	-	2.08	4.32
59	6	60.5	363	-0.92	0.84
56	1	57.5	57.5	-3.92	15.36
53	1	54.5	54.5	-6.92	47.88
50	1	51.5	51.5	-9.92	98.40
	<u>N= 13</u>		<u>798.5</u>		<u>257.88</u>

$$\bar{X} = \frac{fX}{N} = \frac{798.5}{13} = \underline{\underline{61.42}}$$

Grupo	N	\bar{X}	$(X - \bar{X})^2$
Experimental	13	64.03	440.28
Control.	13	61.42	257.88

$$S_c: \sqrt{\frac{(X - \bar{X})^2 + (X - \bar{X})^2}{(N_1 - 1) + (N_1 - 1)}}$$

$$S_c: \sqrt{\frac{440.28 + 257.88}{12 + 12}}$$

$$S_c: \underline{\underline{5.39}}$$

$$ES_D: 5.39 \sqrt{\frac{N_1 + N_1}{N_2 \times N_2}}$$

$$ES_D: 5.39 \sqrt{\frac{13 + 13}{13 \times 13}}$$

$$ES_D: \underline{\underline{2.04}}$$

$$t = \frac{D}{ES_D} = \frac{\bar{X} - \bar{X}}{ES_D} = \frac{64.03 - 61.42}{2.04} = \underline{\underline{1.27}}$$

$$Gl. (N_1 - 1) + (N_2 - 1) = 24$$

$$t \text{ encontrada} = 1.27 ; T \text{ de la tabla} = 2.06$$

$$1.27 < 2.06$$

En base al análisis estadístico se puede decir que no existe diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control.

Procedimiento estadístico de la prueba de actitudes
(post-test) en el grupo experimental y el grupo control.

<u>Grupo Experimental</u>		<u>Grupo Control</u>	
Sujetos	Puntajes	Sujetos	Puntajes
1	84	1	62
2	85	2	67
3	90	3	68
4	91	4	73
5	94	4	76
6	94	6	77
7	94	7	78
8	96	8	78
9	96	9	78
10	97	10	79
11	98	11	82
12	99	12	85
13	102	13	87

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DEL GRUPO EXPERIMENTAL

<u>Puntajes</u>	<u>f</u>	<u>X</u>	<u>fX</u>	<u>(X - X)</u>	<u>(X - X)²</u>	
101	104	1	102.5	102.5	7.77	76.91
98	101	1	99.5	99.5	5.77	33.29
95	98	4	96.5	386.0	2.77	7.67
92	95	3	93.5	280.5	-0.23	0.05
89	92	2	90.5	181.0	-3.23	10.43
86	89	0	87.5	-	-6.23	38.81
83	86	2	84.5	169.0	-9.23	89.19
		<u>N = 13</u>		<u>Σ 1218.5</u>		<u>Σ 252.35</u>

$$\bar{X} = \frac{93.73}{13}$$

PROCEDIMIENTO ESTADISTICO DEL GRUPO CONTROL
(Post- test)

Puntajes	f	X	fX	(X-X)	(X -X) ²	
84	87	3	85.5	256.5	9	81
81	84	1	82.5	82.5	6	36
78	81	1	79.5	79.5	3	9
75	78	4	76.5	306.0	0	0
72	75	1	73.5	73.5	-3	9
69	72	0	70.5	-	-6	36
66	69	2	67.5	135.0	-9	81
63	66	0	64.5	-	-12	144
60	63	1	61.5	61.5	-15	225

$$N = 13$$

$$\Sigma 994.5$$

$$\Sigma 621$$

$$\bar{X} = \frac{\Sigma fX}{N} = \frac{994.5}{13} = 76.5$$

Grupo	N	\bar{X}	$(x - \bar{X})^2$
Experimental	13	93.73	252.35
Control	13	76.5	621

$$S_c = \sqrt{\frac{(x - \bar{X})^2 + (x - \bar{X})^2}{(N_1 - 1) + (N_1 - 1)}}$$

$$S_c = \sqrt{\frac{252.35 + 621}{12 + 12}}$$

$$S_c = \underline{\underline{6.03}}$$

$$ES_D = S_c \sqrt{\frac{N_2 + N_1}{N_2 \times N_1}}$$

$$ES_D = 6.03 \sqrt{\frac{13 + 13}{13 \times 13}}$$

$$ES_D = \underline{\underline{2.29}}$$

$$t = \frac{D}{ES_D} = \frac{\bar{X} - \bar{X}}{ES_D} = \frac{93.73 - 76.5}{2.29} = \underline{\underline{7.52}}$$

$$Gl. = (N_1 - 1) (N_2 - 1) = 24 \quad t \text{ encontrada } 7.52$$

T de la tabla 2.06

$$7.52 > 2.06$$

Se comprueba que existe diferencia estadísticamente significativa entre el grupo experimental y el grupo control.