

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA
Facultad de Ciencias y Humanidades

**BIBLIOTECA
DE LA
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA**

EFFECTOS DE LA FORMACION PROFESIONAL EN EL
AJUSTE PERSONAL, SOCIAL Y TOTAL DEL
MINUSVALIDO FISICO

VILMA BELARMINA DUQUE ARELLANOS

Trabajo de investigación presentado para optar
al grado académico de Licenciada en Psicología

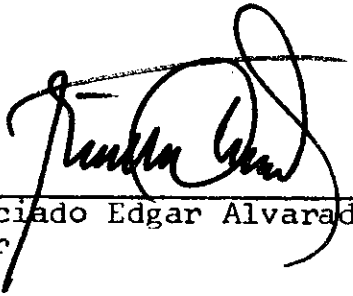
Guatemala

1981

EFFECTOS DE LA FORMACION PROFESIONAL EN EL
AJUSTE PERSONAL, SOCIAL Y TOTAL DEL
MINUSVALIDO FISICO

Vo. Bo.:

(f)


Licenciado Edgar Alvarado Gordillo
Asesor

Fecha de aprobación: 11 de julio de 1980.

RECONOCIMIENTO

Al presentar este trabajo deseo expresar mi reconocimiento a la Universidad del Valle de Guatemala, por toda la colaboración, ayuda y orientación recibida durante toda mi carrera.

A todos mis catedráticos, quienes me motivaron y guiaron en todo momento.

Y, muy especialmente, participo mi agradecimiento al Licenciado Edgar Alvarado, por su valiosa asesoría en la elaboración de esta tesis.

CONTENIDO

	Páginas
I. INTRODUCCION	1
II. MARCO TEORICO	7
A. Características de personalidad en el minusválido físico	7
B. Personalidad y Ajuste	14
C. Evolución de la concepción del hombre en el trabajo	23
D. Rehabilitación profesional de los minusválidos	26
E. Programas de rehabilitación profesional a minusválidos en el país	30
III. METODOLOGIA	36
A. Problema	36
B. Hipótesis	37
C. Variables	37
D. Diseño	38

	Páginas
E. Población y Muestra	39
F. Instrumento	42
G. Recolección y tratamiento de los datos	48
IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS	52
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	64
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68
ANEXOS	71
A. Concepto de minusválido y clasificación de la invalidez	71
B. Glosario de términos	74

LISTA DE CUADROS

- Cuadro No. 1 Población atendida por Instituciones que brindan servicios de rehabilitación y capacitación a minusválidos físicos en Guatemala (Año 1980).
- Cuadro No. 2 Datos sobresalientes de las personas que formaron parte del grupo experimental y del tipo de capacitación ocupacional que recibieron.
- Cuadro No. 3 Datos más sobresalientes de las personas que formaron parte del grupo control.
- Cuadro No. 4 Resultados del Test de Personalidad de California obtenidos por el grupo control en la primera aplicación.
- Cuadro No. 5 Resultados del Test de Personalidad de California obtenidos por el grupo experimental en la primera aplicación.
- Cuadro No. 6 Comparación de los resultados obtenidos en el grupo experimental y grupo control después de aplicar la prueba "t" a los puntos del Test de Personalidad de California: antes de la capacitación.
- Cuadro No. 7 Resultados del Test de Personalidad de California obtenidos por el grupo control en la segunda aplicación.
- Cuadro No. 8 Resultados del Test de Personalidad de California obtenidos por el grupo experimental en la segunda aplicación.
- Cuadro No. 9 Comparación de los resultados obtenidos en el grupo experimental y el grupo control después de aplicar la prueba "t" a los puntos del Test de Personalidad de California: en la segunda evaluación.

I. INTRODUCCION

"Facilitar el Ajuste Psicológico del inválido al mundo en que se encuentra, prepararle para ocupar en él su puesto, es encontrar los pedazos que faltan de un rompecabezas, proporcionándole ocasión de compensar la invalidez y de desarrollarse armoniosamente".

Van Roy Fabianne (1960:196)

El problema de la minusvalía aqueja a todos los países del mundo. En Guatemala se han hecho algunos esfuerzos para aliviar tan grave situación, a pesar de que carecemos de recursos económicos adecuados para atender efectivamente al individuo que por alguna causa ha quedado con limitaciones físicas.

Al abordar el problema del minusválido, interesa definir qué entendemos como tal. La Organización Internacional del Trabajo (1970:5) lo define como:

"Toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado se hallen realmente reducidas debido a una disminución de su capacidad física y mental".

Para los fines de esta investigación se tendrá en cuenta esta definición y se usaran indistintamente como sinónimos los términos: minusválido, incapacitado, inválido, disminuido, limi-

tado.

Lamentablemente Guatemala no cuenta con suficientes datos estadísticos que demuestren con todo detalle la magnitud del problema, por lo que, se recurre obligadamente a fuentes de organismos internacionales, para obtener la información necesaria, aunque aproximada.

La Organización Mundial de la Salud (1976:15) estima que el 17 por ciento de la población total de cualquier país en latinoamérica es minusválida. Como nuestra población es de seis millones y medio de habitantes, la cifra estimada de minusválidos es de un millón ciento cinco mil (1,105,000) personas, y si la referencia es a la población económicamente activa de dos millones de guatemaltecos (2,000,000), el porcentaje es de trescientos cuarenta mil (340,000) minusválidos. Esta población minusválida proviene, en su mayoría, de las clases sociales desfavorecidas, con bajo nivel de escolaridad y ninguna preparación para el trabajo, lo cual representa un verdadero problema de adaptación personal, con graves repercusiones económicas y sociales para el país.

Muchas son las causas que provocan la invalidez. Algunas se deben a pobreza, ignorancia, desnutrición o limitada asistencia médica. Otras son el resultado de accidentes de tránsito, de trabajo o del uso indiscriminado de las armas de fuego, cuyos efectos nocivos, dejan permanentes incapacidades en el afectado. El problema de la invalidez coloca al individuo

que la padece ante un estado de desintegración de sus condiciones físicas, psíquicas y sociales. Consecuentemente, aparece el desajuste tanto en el área personal como social. Unos minusválidos tienen éxito, se recuperan y se integran a la sociedad, otros, que constituyen la gran mayoría, se estancan, se bloquean y pasan a depender de la familia, del Estado o de la caridad pública.

Organismos como Naciones Unidas (1976:6) han reconocido que la Formación Profesional es una solución a los problemas de adaptación del minusválido. Postulan que el inválido físico tiene derecho a la seguridad económica y social y a un nivel de vida decoroso. Que tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a obtener y conservar un empleo y a ejercer una ocupación útil, productiva y remunerativa. Este constituye por consiguiente, el fin último de la capacitación a minusválidos. A la fecha existen en Guatemala algunas instituciones que brindan servicios de este tipo. Sin embargo, dada la gran población de inválidos, los servicios de capacitación profesional requieren de mayores recursos, mejores condiciones ambientales, reconocimiento del esfuerzo que realizan las entidades encargadas de estos servicios y fundamentalmente, la ruptura de los esquemas tradicionales de ayuda caritativa que todavía caracteriza a algunas de estas entidades. Es de esperar que si el minusválido físico no encuentra las condiciones propicias para superar el trauma ocasionado por

la invalidez, pase a engrosar el número de personas que la sociedad difícilmente logrará mantener en el futuro. Es necesario afrontar la realidad del inválido, no con criterios paternalistas, sino con conocimientos científicos que le permitan una mejor integración al medio económico y social.

Teniendo la vivencia de la problemática personal y social del minusválido físico, me decidí a la investigación de algunas de las formulas que podrían contribuir a que las personas afectadas por limitaciones físicas logaran una mejor integración a la sociedad.

El primer propósito fué encarar el conjunto de comportamiento del inválido y abordar todas las cuestiones originadas por la deficiencia física. Pronto advertí que la profundidad y amplitud del trabajo requería de mayores recursos materiales y técnicos. En consecuencia, se limitó la investigación al problema del ajuste personal, social y total del minusválido.

Se entiende por Ajuste la capacidad de armonizar las demandas internas y externas de la persona. Es decir, lograr la adecuación del individuo a través de la satisfacción de sus necesidades, sin entrar en conflicto con su grupo social.

Muchos son los factores que intervienen en el ajuste personal, social y total. Algunos de ellos son las relaciones satisfactorias que fundamentan los sentimientos de autoestima,

la pertenencia a un grupo y una ocupación que provea los mecanismos necesarios para la autorrealización y la utilización de los potenciales de una persona.

El presente estudio se centrará en la influencia de la formación en una ocupación como una de las variables que pueden influir en el ajuste personal, social y total del minusválido. Este estudio parte de la premisa de que a través de una ocupación el hombre intenta satisfacer sus necesidades de pertenencia y autorrealización. Lee Braude (1978:56) señala que el trabajo de un hombre es una de las partes más importantes de su identidad social y de su yo. Para muchas personas, el trabajo se transforma en un interés central de su vida. Influye en la vida mucho más allá de la simple referencia económica. Sin embargo, el modo como la persona considere su trabajo, las satisfacciones que le proporcione y sus aspiraciones dependen en gran parte de sus cualidades personales, del marco cultural y de la situación familiar. Se puede concluir que el trabajo proporciona un ingreso, ordena la actividad vital y otorga una fuente de identidad, asociación y experiencias significativas.

Para medir el ajuste personal, social y total, antes y después de la capacitación, se eligió el Test de Personalidad de California, cuya objetividad permite obtener datos comparables entre dos grupos de inválidos. La investigación se llevó a cabo con la colaboración de pacientes ambulatorios y per-

sonas minusválidas capacitadas en el Instituto Técnico de Capacitación y Productividad -INTECAP- quien a través de la Unidad de Minusválidos, presta servicios de capacitación a personas con limitaciones físicas.

La hipótesis que generó esta investigación queda formulada en los siguientes términos:

La Formación Profesional aumenta el puntaje de ajuste personal, social y total del minusválido físico.

Es la intención que este trabajo sirva de referencia para nuevas investigaciones que con criterios científicos, aporten datos que fundamenten los programas de rehabilitación de la población inválida guatemalteca.

II. MARCO TEORICO

A. Características de Personalidad en el minusválido físico

Es evidente que los minusválidos físicos son diferentes entre sí, en talla, peso, sexo, edad, vitalidad y carácter. Lo son también por la naturaleza y el grado de invalidez, el estado de su desarrollo en el momento que se presenta la invalidez y por las reacciones de quienes les rodean, que modifican las suyas. Sin embargo, todos ellos tienen un denominador común. Podría decirse que la vida presenta en cada uno de ellos, un mismo stress: el impedimento físico.

El minusválido físico es un individuo que, como consecuencia de una agresión física, enfermedad o accidente, ha quedado con una disminución de su capacidad para mantener y conservar un equilibrio satisfactorio con el medio en el que se desenvuelve. Las interrelaciones normales que constituyen fuentes de satisfacción y autoestima, quedan perturbadas o suprimidas. Las consecuencias psicológicas de esta condición son numerosas. Se debilitan las estructuras de la conducta, se trastornan sus costumbres y se afectan sus relaciones sociales y laborales. Así lo señalan los doctores Ferrari y Castellet (1973:411):

"El trastorno de las motivaciones, las reacciones emocionales y la capacidad de razonamiento aparecen en

primer lugar como manifestaciones o síntomas del desajuste ocurrido en la estructura psicosomática del individuo".

Señalan los mismos autores que no se ha podido demostrar ninguna relación específica entre los diferentes tipos de incapacidad y las reacciones de conducta que se producen en los pacientes. Se considera que dentro de la condición de invalidez, las características de las respuestas dependen de varios factores, entre ellos, la personalidad del individuo y de quienes le rodean (principalmente del grupo familiar), el momento en que apareció la invalidez y los patrones de conducta anteriores a la misma.

Los Dres. Ferrari y Castellet (1973:413-414) presentan algunas de las características de personalidad de quien ha sufrido invalidez, en base a las cuales se dará explicación a la conducta del minusválido físico. Señalan los autores, que en el período inmediato a la implantación del déficit, se produce un estado de crisis o choque, y como consecuencia, aparece depresión, sentimientos de culpa, excesiva dependencia, problemas sexuales y negación del déficit. Consideran que estas modalidades psicológicas son esencialmente reactivas y que cabe calificarlas como "normales" ante una situación de crisis. Sin embargo, si estas conductas persisten en el tiempo, cabría considerarlas como "anormales".

De esta manera podemos observar que se demarcan dos estados psíquicos en relación con la naturaleza y severidad de las expresiones del desajuste, que se producen como consecuencia de la invalidez:

1. El estado psicológico, en el cual se presentan las reacciones "normales" y explicables en función de la agresión representada por la invalidez.
2. El estado psicopatológico, que se presenta cuando los trastornos se fijan y aparecen problemas de conducta como: drogadicción, severa ansiedad, depresión u hostilidad, ideas o intento de suicidio, problemas psicosomáticos y otros.

A continuación se presentarán en detalle, las características del inválido a que se refieren el Dr. Ferrari y el Dr. Castellet (1973:417-419) y que, según la experiencia obtenida en la evaluación y casuística de minusválidos físicos, corresponden a la problemática que éstos enfrentan. Se mencionó anteriormente que la primera reacción ante la situación de invalidez es un estado de choque. A continuación, se verá qué significa.

1. El choque. Según los mismos autores (1973:414)

"Es una situación de crisis que ocurre cuando un individuo sufre la reducción de los mecanismos de integración en el medio".

El choque aparece entonces como un estado de bloqueo emocional, la capacidad de recuperación de este bloqueo dependerá de la personalidad, de las condiciones familiares y sociales del individuo antes de su invalidez, así como de la aceptación de este hecho como algo consumado e irreversible.

2. La depresión. Después del estado de choque, aparece la depresión reactiva, el inválido se compadece de sí mismo. Su depresión es la consecuencia de la pérdida de estímulos a los que antes respondía. Se trastorna su vida familiar, social y laboral. Esto se puede comparar con lo que sentiría una persona si repentinamente perdiera a un ser muy querido: sufriría muchísimo y se negaría a creerlo. Lo mismo ocurre con el inválido, ha perdido una parte muy querida de sí mismo, algo de sí mismo se ha muerto y el fenómeno es igual al estado de duelo, en el cual, se lamenta y se llora la pérdida del ser querido. Este período es natural y hasta necesario para que el paciente acepte su nueva condición general. Unos minusválidos lo lograrán, a otros les será difícil; el apoyo familiar y social les será imprescindible para la recuperación. Van Roy (1960:107), encontró que:

"la actitud adoptada respecto de una invalidez por quienes rodean al inválido, determina la de éste para con su propia invalidez".

No podremos comprender al minusválido físico si no lo consideramos en relación con la familia y con las influencias del

medio que le rodea, pues, en última instancia, éstas son el terreno en el que él se debe desarrollar y ajustar.

En relación al fenómeno de la depresión, la Licda. Sonia Aguilera Arankowsky (1972:55 v 107) en una investigación realizada sobre los aspectos psíquicos del paciente parapléjico, por medio del test de Rorschach, encontró que éste era el trastorno predominante. En segundo y tercer lugar aparecieron la irritabilidad y la represión. Concluyó la Licda. Aguilera en su investigación, que el escaso nivel cultural, la situación socioeconómica y el ambiente donde han vivido estas personas, desprovisto de los estímulos necesarios para su desarrollo personal, contribuyeron a que su reacción al trauma fuera negativa.

3. Sentimiento de culpa. El minusválido físico muchas veces ante la imposibilidad de aceptar su invalidez, interpreta su situación como resultado de alguna falta cometida. Este sentimiento sólo desaparecerá si cuenta con la ayuda de personal especializado durante algún tiempo. Lamentablemente en nuestro medio se carece de estos servicios, y la mayoría de las veces, este sentimiento de culpa se fija ocasionando así serios trastornos en el ajuste personal del minusválido físico.

4. Cólera y agresividad. La agresividad y la cólera aparecen frecuentemente en el minusválido. La agresividad no es más que una reacción contra la incapacidad. Tenso por una

actitud defensiva, el inválido puede tomar la delantera agresivamente e interpretar como ataque la menor alusión a su incapacidad. Esta agresión es manejable a través de tratamiento psicoterapéutico de apoyo, pero los casos más severos son de responsabilidad psiquiátrica.

5. La dependencia. La invalidez, al reducir las aptitudes del individuo, lo despoja de sus cualidades de madurez y lo somete a una condición de dependencia. el inválido reciente es un niño al que es necesario reeducar. Sin embargo, existe propensión a tratar al minusválido físico con lástima y a exigirle menos que a otros, a descargarlo de responsabilidades que podría asumir fácilmente, a favorecerlo o protegerlo exageradamente, con lo cual, se agrava el problema de dependencia. Se ha observado que el minusválido se siente feliz cuando se apela a sus capacidades individuales, cuando se le pide un servicio como a cualquier otra persona. La familia frecuentemente comete el grave error de sobreproteger al minusválido físico como una forma de compensación, ya que a veces ven en la invalidez una especie de castigo. Fabienne Van Roy (1960: 55) encontró en sus investigaciones de familias con niños lisiados, que alrededor del 50 por ciento de los padres reaccionaban mal ante la invalidez, sobreprotegiéndolos o rechazándolos. La Licda. Aguilera, anteriormente citada, encontró que el 42 por ciento de las familias de 20 casos estudiados rechazaron a los pacientes minusválidos, el 33 por ciento los rechazaron parcialmente y sólo el 25 por ciento los aceptaron. Estos datos son

realmente alarmantes. Reflejan un desconocimiento total del trato que debe dársele al minusválido físico.

6. Los problemas sexuales. La genitalidad no es más que una forma de expresión de la sexualidad y ésta, como tal, compromete al hombre en todas sus formas de relación. En el varón, la ausencia de la potencia sexual, agrega una pesada carga emocional. En la mujer, el problema es diferente, y se concentra en la apariencia física, y a veces, en la dificultad de procrear. En el inválido la apariencia inaceptable, la depresión, la ansiedad y la tensión se unen para perturbar el acto sexual, iniciándose círculos viciosos, luego difíciles de resolver. Se ha encontrado a través de la aplicación del test de frases incompletas de Sacks, citado por Allport (1970:197) que el inválido tiende a omitir las preguntas relacionadas con su sexualidad. Esto habla realmente de su bloqueo ante su propia sexualidad y de su influencia en el desajuste del individuo inválido.

7. Negación del déficit. La negación es interpretada como una reacción de defensa que permite al paciente superar el sentimiento de inferioridad, conservando la ilusión de la integridad de su personalidad. Esta situación de negación puede agravarse si la familia crea falsas esperanzas en torno a su curación.

Como se puede observar, el minusválido físico presenta serios problemas como resultado de la desorganización provo-

cada por la invalidez. En mi trabajo con grupos de inválidos y a través de la aplicación del Test de la Figura Humana, se ha encontrado que a nivel de esquema corporal existe en ellos una gran desorganización. En la mayoría aparecen amputaciones de miembros, figuras rígidas, sin expresión y sin ninguna sustentación, lo cual, dice mucho de la dinámica interna del minusválido. Por otro lado se ha observado que existe una gran tendencia por parte del minusválido físico a explotar la invalidez misma y utilizarla con fines **lucrativos** y manipulativos, lo cual, es propiciado por la familia, que todo el tiempo se muestra solícita, así como por la sociedad, que ve en el inválido a un ser incapaz de valerse por sí mismo y a un necesitado de la caridad pública.

Con demasiada frecuencia el minusválido físico se siente incapaz de triunfar en lo que emprende y es porque voluntariamente se le economiza esfuerzo, con el pretexto de que es débil o carece de destreza, en lugar de preparar su emancipación. Demasiada protección, en combinación con la gravedad de la invalidez, frecuentemente conducen al temor, al desaliento, a la torpeza y al fracaso del inválido, en su intento por ajustarse e incorporarse a la vida social y productiva.

B. Personalidad y ajuste

La personalidad es una entidad compleja que presenta múl-

tiples facetas y que incluye componente que son inconcientes. Sin embargo, en la personalidad hay elementos que son comunes a todos los seres humanos, es decir, que dependen de la dotación biológica y de las condiciones ambientales.

Nadie que esté familiarizado con los esfuerzos que se han llevado a cabo para descubrir los rasgos fundamentales de la personalidad, dirá que se ha alcanzado la meta. Sin embargo, los estudiosos de la personalidad han formulado algunas definiciones que nos ayudan a entender tan complejo fenómeno.

Schoen, citado por Allport (1970:63) define la personalidad como:

"Un sistema organizado, el todo en funcionamiento, o la unidad de hábitos, disposiciones y sentimientos que caracterizan a un miembro de un grupo como diferente de cualquier miembro del mismo".

Allport (1970:64) la define como:

"La organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente".

Estas definiciones hacen énfasis en que cada ser humano es diferente a los demás, cada quien tiene un modo peculiar de ser, de sentir y de pensar. Sin embargo, la personalidad conserva cierta estabilidad y generalidad, de lo contrario, resultaría imposible investigarla. En este sentido, Eysenck, citado por Yates (1977:58) afirma que pueden hacerse ciertas ob-

servaciones en relación con el comportamiento humano:

1. Que el comportamiento humano manifiesta cierto grado de generalidad.
2. Que los diferentes grados de generalidad se pueden establecer mediante pruebas que miden rasgos de la personalidad.
3. Que el comportamiento anormal no es cualitativamente diferente del comportamiento normal, sino que representa un extremo de un continuo que va de lo normal a lo anormal, sin ningún límite claramente discernible que los divida.

De esta forma la evaluación de la personalidad a través de los rasgos se hace posible, partiendo de la suposición de que la conducta de un individuo permanece coherente a través de muchos estímulos.

Kerlinger (1975:514) al referirse a la personalidad, señala que es el problema de medición más complejo que existe. No obstante, para los fines de medición, puede considerarse como la organización de los rasgos del individuo, entendiendo como rasgo, una característica de un individuo revelada por conductas recurrentes en diferentes situaciones.

Mckeachie Doyle (1970:385) menciona que los rasgos de personalidad pueden conceptuarse como una combinación de tendencias perceptivas, conceptuales, motivadoras y de acción

que dan lugar a una disposición general de la conducta. Por su parte Allport (1970:86) reporta que los rasgos no son observables en forma directa, sino inferidos. Sin tal inferencia no sería posible explicar la estabilidad y la coherencia de la conducta humana. Sin embargo, debemos tomar en cuenta que toda acción específica es producto de innumerables determinantes, no sólo de los rasgos, sino de presiones e influencias especiales.

Mischel (1973:324) al hablar de la personalidad, señala que debe tenerse en consideración que en la vida de muchas personas ocurren eventos impredecibles que escapan al control científico. Un accidente, una explosión, una pérdida, pueden alterar significativamente el curso entero de la vida de un individuo. Concluye el autor que las interrupciones en las conductas de papeles habituales y de las relaciones ambientales pueden alterar las normas de la personalidad y provocar serios desajustes.

En el caso del minusválido físico, su vida ha sido interrumpida bruscamente por factores impredecibles. Ocasionalmente puede sobresalir para compensar el déficit, pero por lo común, aprende a adaptarse al hecho de que sus condiciones físicas lo excluyen de ciertos tipos de actividades sociales y vocacionales, guardando resentimiento y sacrificando su ajuste personal y social.

Estudios realizados por Hinkle y Wolff, citados por Sarason (1978:386) sobre salud física, ajuste psicológico y ambiente social, parecen apoyar la opinión de que las personas con registros de salud deficiente, tienden a ver sus experiencias en la vida de una manera más exigente y cargada de conflictos que las personas con registros de salud relativamente buenos. Como consecuencia de la limitación o la deficiencia física aparece lo que Adler (1967:37-43) llama el sentimiento de inferioridad, lo cual, se traduce en todas las actividades vitales. En el inválido la limitación le suministra una excusa para ser pasivo, logrando con ello fomentar su dependencia. Desafortunadamente la familia y la misma sociedad de manera equivocada, refuerzan esos sentimientos, lo cual, tiene graves repercusiones en el reajuste indispensable para que el minusválido físico sea una persona capaz de valerse por sí mismo.

1. Concepto de ajuste personal. En términos generales, ajuste significa, según el Diccionario de la Lengua Española (1970:46):

"Hacer y poner una cosa de modo que case y venga junto con otra. Conformar, acomodar una cosa a otra, de suerte que no haya discrepancia entre ellas".

Otros autores (1972:149) en el Diccionario de Derecho Usual, lo definen como:

"La modificación de la conducta personal mediante la acomodación o adaptación para lograr relaciones de armonía y eficacia en un grupo social".

Thorndike (1975:397) señala que el ajuste es un término que se usa para indicar hasta qué punto el individuo ha logrado establecer la paz consigo mismo y con el mundo que le rodea. Según este criterio, se consideraría ajustado al individuo que puede aceptarse sin disgusto a sí mismo y al mundo que lo rodea, sin entrar en conflicto. Sarason (1978:386) considera que el ajuste es un proceso dinámico que depende de dos factores:

- a. Las características que el individuo aporta a las situaciones que enfrenta (sus habilidades, actitudes y condición física).
- b. Las características de tales situaciones (conflictos familiares, desastres naturales, etc.).

En este sentido el ajuste sería el resultado de armonizar las demandas internas y externas. Es decir, lograr la adecuación del individuo a través de la satisfacción de sus necesidades, sin entrar en conflicto con su grupo social.

Adler (1976:55) creía que las faltas de ajuste psicológico deberían examinarse esencialmente en función del papel que el individuo desempeña en la sociedad. El punto de vista de Rogers (1977:85) hace énfasis en algo diferente, postulando que

el mundo interior del individuo parece influir en su conducta de una manera más significativa que el estímulo exterior del medio ambiente. Rogers (1977:87) afirma que el ajuste óptimo se caracteriza por un bajo nivel de ansiedad, definiendo la ansiedad como un estado de incomodidad que resulta de incongruencias entre la percepción del yo y la experiencia total del individuo. En este sentido el ajuste entraña el autoco-nocimiento, la autorrealización y las relaciones sociales cada vez más maduras y significativas.

2. Conceptos de ajuste social y total. El ajuste social definido por Cabanellas (1972:149) es entendido como:

"La situación de armonía individual con un estado social determinado".

Señala que debe tenerse en cuenta que el ajuste no puede ser considerado como la mera adaptación reactiva, tal como la que pueden ejercer los animales y las plantas. Los ajustes del hombre contienen una gran medida de conducta creativa. El ajuste personal, al igual que el ajuste social, exige dominio y no sólo adaptación pasiva.

En relación al ajuste social el mismo autor señala que

"es todo tipo o género de relación entre personas, grupos, elementos culturales y complejos de cultura que son armoniosos y mutuamente satisfactorios para las personas y los grupos a que se refiere".

En este sentido la vida de un hombre es el ajuste de las rela-

ciones internas a las relaciones externas. La mayor dificultad consiste en que el ajuste social, tanto puede significar la conformidad pasiva, la reforma activa, como el cambio, la habituación, la subordinación, los modales recatados y otras actitudes voluntariosas o forzadas de acuerdo a los demás o a la situación establecida. En cierta medida el ajuste social debería responder a la satisfacción de las demandas de los miembros de una sociedad. No siempre sucede así. Puede darse el caso de que una sociedad conserve sistemas, creencias y valores que no llenan las necesidades del grupo y entonces se habla de crisis social o problema entre generaciones, lo cual, necesariamente llevaría a un desajuste social. Se considera que el ajuste social no puede desligarse de los sistemas imperantes en una sociedad ubicada en un tiempo y un espacio determinado. Podemos concluir que el ajuste social desempeña el papel de permitirnos la facilitación y la conservación más o menos armoniosa de nuestras relaciones con otras personas.

El ajuste total es la consecuencia del ajuste personal y social. Significa la armonía entre estos dos elementos.

Muchas son las variables que intervienen en el ajuste personal y social. Algunas de ellas son las relaciones satisfactorias que fundamentan los sentimientos de autoestima, el sentimiento de pertenencia a un grupo y otras. Frieda From (1960: 28) señala que la "satisfacción" y la "seguridad" son los grandes objetivos que el hombre persigue, entendiendo como satisfac-

ción, el resultado de las realizaciones en lo que tiene vinculación con la organización corporal, los procesos glandulares, la necesidad de satisfacción sexual, el sueño, la prevención del hambre y la integridad física. La seguridad se refiere a la realización de lo que se vincula con el acervo cultural de una persona, donde la palabra "cultural" se dirige a todo lo que es hecho por el hombre. Por lo tanto, seguridad significa la realización de los deseos de prestigio de una persona, es decir, la aceptación del grupo. En este sentido la seguridad también significa la capacidad de una persona para gozar exitosamente de sus poderes, destrezas y aptitudes.

3. Concepto de desajuste. Cabanellas (1972:149) define el desajuste como:

"Una situación que surge en un proceso sociológico por insuficiente adaptación, al no quedar resueltos los diversos problemas internos o externos".

Mira y López (1962:56) refiere que una secuencia de actos personales pueden considerarse ajustados, cuando tomando en cuenta las circunstancias que la motivaron y el ambiente en que se desarrolla, sería prevista y consentida sin esfuerzo por el grupo social en que se produjo, considerando desajustada la conducta que se sale de los patrones sociales. La falla principal de este criterio consiste en que un mismo tipo de comportamiento puede ser bien aceptado, e incluso apreciado, en determinado grupo socio-cultural, mientras que en

otro contexto socio-cultural se considera desajustada, según la óptica social con que se mire. Existen algunas dificultades para aplicar los criterios de desajuste. Una es la que plantea el relativismo cultural, es decir, lo que se califica como desajuste en una sociedad puede ser normal en otra; aún en la misma sociedad, lo que es normal en una época puede ser patológico en otra.

En la presente investigación se estudiará la relación que existe entre la formación profesional en una ocupación y el ajuste personal, social y total del minusválido físico antes y después de la formación, tomando en cuenta que la ocupación de un individuo no representa simplemente la manera de ganarse la vida, sino más bien un tipo de vida, un papel en la sociedad. Se reconoce que la ocupación desempeña un papel central en el ajuste total. Elegir un trabajo equivale a elegir un modo de vida.

C. Evolución de la concepción del hombre en el trabajo

El Trabajo o desempeño de una ocupación es una actividad personal, porque a través de una ocupación el hombre desarrolla su personalidad e influye en la vida y personalidad de los demás. El trabajo es una forma de hacerse a sí mismo y de hacer a los demás. En el trabajo el hombre siempre produce algo diferente, algo que pretende satisfacer una necesidad. Tenemos, además, que el trabajo constituye en gran parte una actividad social. Se trabaja con otros. En este sentido el

trabajo es una forma de convivencia y una escuela de formación social, constituyéndose así en una de las principales fuentes de ajuste.

Como lo señala Máximo Hernández (1975:47) a través de una ocupación el hombre intenta satisfacer necesidades básicas de:

- Autoconservación (satisfacción de necesidades biológicas)
- Autoafirmación (conocimiento de sí mismo, creación, desarrollo de habilidades)
- Contacto humano (amistad, compañía)
- Prestigio social (reconocimiento)

Sin embargo, estas necesidades no siempre se han visto satisfechas, ya que la concepción del trabajo ha sido diferente según la época y situación de un país.

A finales del siglo XVIII, tras el nacimiento de la máquina de vapor, se inicia una nueva concepción del trabajo. Comienza entonces un rápido proceso de industrialización, comúnmente conocido con el nombre de Revolución Industrial. Como consecuencia, grandes masas de campesinos, que hasta entonces habían mantenido un equilibrio básicamente satisfactorio en cuanto a condiciones de trabajo, comienzan a ser concentrados en las fábricas y en las minas, donde trabajaban en condiciones infrahumanas. El liberalismo concibe el trabajo como una mercancía más, y por tanto, sujeto a las mismas leyes económicas del mercado -oferta y demanda- lo que trae como conse-

cuencia una indiferencia absoluta por el ser humano y con ello, jornadas de trabajo indefinidas, explotación de mujeres y niños.

En la segunda mitad del siglo XIX, una serie de hechos vinieron a conmocionar al mundo laboral y económico existentes. Comienza entonces la segunda etapa de la era industrial. El liberalismo económico pierde vigor. Surgen las asociaciones y sindicatos obreros de defensa. Es entonces cuando las empresas y patronos comienzan a interesarse por buscar soluciones a los problemas humanos.

A finales del siglo XIX, F. W. Taylor en Estados Unidos de América realiza el primer ensayo sistemático de utilización racional del factor humano. El Taylorismo constituye la primera manifestación valiosa del deseo de mejorar la organización industrial y el trabajo por medios técnicos. El Taylorismo es la ciencia matemática aplicada a la organización del trabajo valiéndose del estudio de tiempos y movimientos. Sin embargo, alrededor de 1910, surgen en diversas empresas las primeras manifestaciones contra el sistema de Taylor, aduciendo que al planificarse los trabajos y dividirlos en tiempos, se reducía a cero el papel mental del obrero. Taylor ignoró el factor humano, trató al hombre como una máquina más.

La segunda etapa de la evolución del trabajo, que comienza alrededor de 1920, se caracteriza por una mayor atención a los aspectos personales y sociales del trabajo. Con los estudios de

Elton Mayo, psicólogo de la Universidad de Harvard, se empieza a estudiar la motivación laboral, la personalidad del trabajador, los incentivos en el trabajo, las relaciones interpersonales en la empresa, con el fin de conseguir que el trabajo sea una situación humana que ofrezca al hombre la posibilidad de realizar una positiva aportación a la sociedad y que le permita a la vez expresar y desarrollar sus capacidades y características personales.

Es en esta segunda etapa cuando surgen en la industria las llamadas Relaciones Humanas, y la preocupación por los distintos grupos de población trabajadora como: jóvenes, extranjeros, mujeres, minusválidos.

En materia de programas de formación profesional y colocación laboral de minusválidos, la Organización Internacional del Trabajo ha venido postulando desde entonces, los principios fundamentales que deben regirla. En base a estos principios, cada país ha llevado a cabo programas de capacitación que permitan la ubicación laboral de todas aquellas personas que han sufrido algún tipo de minusvalía.

D. Rehabilitación profesional de los minusválidos

La rehabilitación profesional significa la orientación y formación profesional necesarias para facilitar el empleo del individuo minusválido, en condiciones que aseguren su independencia económica y su bienestar. En lo esencial, la base de la rehabilitación profesional consiste en asegurar al minusvá-

lido que ha cumplido el proceso de adaptación funcional, una oportunidad de trabajo remunerado y permanente, sin la cual, la capacitación no tendría ningún sentido.

La Organización Internacional del Trabajo -OIT- (1974:40) en el segundo párrafo de la recomendación No. 99, señala que la rehabilitación profesional

"designa aquella parte del proceso continuo y coordinado de adaptación y readaptación que comprende el suministro de medios, especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva, para que los inválidos puedan obtener y conservar un empleo adecuado".

El objetivo fundamental de la rehabilitación profesional es la reintegración satisfactoria del minusválido al trabajo. Desde el punto de vista de la rehabilitación profesional, lo que importa es el efecto de las perspectivas o posibilidades de empleo del inválido. Concretamente, el factor primordial que más interesa desde este punto de vista es la desventaja profesional y no la invalidez.

Los doctores Ferrari y Castellet (1973:347) señalan que la rehabilitación profesional es:

"Ese conjunto de procedimientos aplicados al inválido y también al medio en que se debe desenvolver, para compensar la reducción de sus aptitudes operativas, reintegrándolo al más alto nivel de eficiencia física y psicológica compatible con su condición actual, para asegurarle finalmente una ocupación productiva y remunerada, con máximo rendimiento y satisfacción, pero siempre procurando la más completa integración con los no deficitarios".

Esta definición, si bien extensa, es clara y comprensiva, porque contiene todos los elementos esenciales y características de la rehabilitación profesional, entre los cuales es conveniente enfatizar los siguientes:

1. La rehabilitación profesional se aplica solamente al individuo en condición de invalidez.
2. La rehabilitación profesional no procura la supresión del defecto ni la curación de la enfermedad. Persigue en cambio la compensación de la insuficiencia determinada por el déficit, con el propósito de integrar nuevamente al minusválido a su medio económico y social.
3. La rehabilitación profesional es siempre un programa de trabajo y un objetivo, cuidadosamente proyectado, sobre una base estrictamente individual, y que se desarrolla mediante la coordinación de diferentes procedimientos.

En lo posible, el equipo técnico que interviene en la rehabilitación profesional debe tomar en cuenta los aspectos somáticos, psicológicos y sociales del sujeto.

Los siguientes principios de la formación profesional a minusválidos que propone la Organización Internacional del Trabajo (1974:50) constituyen los pilares del programa de rehabilitación profesional:

Si un minusválido puede colocarse en un empleo adecuado sin formación previa, la formación profesional no es necesaria.

Los principios, medidas y métodos de la formación de los trabajadores normales deben aplicarse a los minusválidos dentro de los límites en que las condiciones físicas y educativas lo permitan.

Siempre que sea posible, los minusválidos deberán recibir formación en las mismas condiciones que las personas válidas.

Se deben adoptar medidas especiales de formación profesional para los minusválidos cuando por naturaleza de su invalidez, no puedan ser formados junto con las demás personas válidas.

La formación profesional debe continuar hasta que el minusválido haya logrado la capacitación necesaria para trabajar normalmente en igualdad de condiciones con los demás trabajadores de la ocupación.

La formación representará una pérdida de tiempo, recursos y energía si no culmina en la colocación del minusválido en el ejercicio de la profesión para la cual ha sido formado o en otra semejante.

La formación profesional debe responder siempre a las necesidades del mercado de trabajo y de la economía del país.

E. Programas de rehabilitación profesional a minusválidos en el país.

A la fecha existen en Guatemala algunas instituciones que brindan servicios de rehabilitación profesional general y profesional a los minusválidos físicos. Entre ellos está el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, cuya cobertura de servicios de rehabilitación a minusválidos físicos llegó en 1980, a un número de 3,373 afiliados. El Centro de Rehabilitación -CERVO-, entidad privada que prestó servicios de capacitación ocupacional completa a un número de 42 minusválidos en el término del año. El Comité Pro Ciegos y Sordo mudos, prestó servicios de formación profesional a un número de 122 ciegos en el año 1980. La Asociación Guatemalteca de Rehabilitación de Lisiados, que capacitó en ocupaciones artesanales a un número de 54 minusválidos físicos en el transcurso del año pasado. El Centro de Recuperación No. 1, institución pública que atendió en 1980 a una población de 200 minusválidos físicos además de dar atención médica a cualquier limitado físico que lo requirió. La Unidad Ejecutora del Programa de Rehabilitación Profesional de Minusválidos Físicos, que forma parte del Instituto Técnico de Capacitación y Productividad -INTECAP- y que viene operando desde el año 1979, - prestó servicios de Formación Profesional en 1980, a un número de 190 minusválidos. Sin embargo, como ya se dijo anteriormente dada la gran población de inválidos, los servicios

de rehabilitación profesional requieren de mayores recursos, mejores condiciones ambientales, reconocimiento del esfuerzo que realizan las entidades encargadas de estos servicios y fundamentalmente de la ruptura de los esquemas tradicionales de ayuda caritativa. Los resultados anteriores se resumen en el cuadro siguiente:

Cuadro No. 1

Instituciones que brindan servicios de rehabilitación y capacitación a minusválidos físicos en Guatemala
(1981)

No.	Institución	Población atendida	
		cifras abs.	cifras rel.
1.	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-	3,373	85%
2.	Centro de Rehabilitación Vocacional -CERVOC-	42	1%
3.	Comité Pro Ciegos y Sordomudos	122	3%
4.	Asociación Guatemalteca de Rehabilitación de Lisiados	54	1%
5.	Centro de Recuperación No. 1	200	5%
6.	Instituto Técnico de Capacitación y Productividad - INTECAP -	190	5%
	TOTALES	3,981	100%

Fuente: Investigación personal con los Directores de los centros y entidades.

De todos los programas de rehabilitación profesional citados anteriormente, uno de los mejores organizados es el que desarrolla el INTECAP, por lo que se hará una breve descripción de sus objetivos, organización y metodología.

Los Objetivos del programa son:

-Desarrollar actividades relacionadas con la orientación, formación, capacitación y colocación de los recursos humanos minusválidos, con fines a su adaptación y readaptación a la actividad productiva, atendiendo sus limitaciones físicas, capacidad productiva, nivel educacional, necesidades y demás características y contribuir al aumento de la oferta de mano de obra calificada, cubriendo los principales grupos de ocupación, con miras a su colocación en los principales sectores de la economía, de tal manera que ello contribuya a una futura absorción de la población inválida en las diferentes ocupaciones.

Con el fin de cumplir con los objetivos ya enunciados se consideró que la Unidad operativa de este programa debería tener una estructura organizacional que contemplara las actividades de:

- Promoción, Reclutamiento, Selección y Orientación de minusválidos.
- Coordinación de Programas de Formación Profesional.
- Colocación y Seguimiento de los casos atendidos.

El proceso de selección y orientación del minusválido se inicia cuando la persona solicita los servicios de rehabilitación profesional a minusválidos que ofrece la institución, luego pasa por un proceso de evaluación personal, cuyo objetivo fundamental es determinar su capacidad funcional, psíquica y social. La evaluación de las aptitudes residuales del minusválido permite que éstas sean canalizadas positivamente, facilitando así su readaptación al medio económico y social. La evaluación es un riguroso análisis de toda la dimensión personal y familiar, cuyas bases han sido tomadas de las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo y de las experiencias recolectadas en Guatemala por otras instituciones así como de las necesidades generales de nuestra población minusválida. Este proceso de evaluación, selección y orientación del minusválido es realizado por un equipo multidisciplinario formado por un médico, un trabajador social y un psicólogo.

El médico, es el profesional encargado de evaluar tipo y causa de invalidez, estimar partes afectadas, precisar duración de la incapacidad, determinar si la enfermedad es progresiva, prescribir prótesis y órtesis, determinar antecedentes patológicos, informar sobre las contraindicaciones que deben tomarse en cuenta para capacitar al inválido, evaluar la capacidad funcional del minusválido, recomendar el tipo de jornada de trabajo, sugerir si es apto para capacitación profesional.

El trabajador social, evalúa y recolecta datos sobre: Identificación personal, situación del grupo familiar, tipo de relaciones familiares, situación económica, situación ocupacional, aspiraciones en cuanto a formación profesional, condición de vivienda a través de visitas familiares.

El psicólogo, es el profesional encargado de evaluar y recolectar datos sobre: Identificación personal, historia del aspirante y de su situación de invalidez, antecedentes escolares, historia laboral, situación económica, actitudes antes de su minusvalía, relaciones interpersonales, situación familiar, nivel de inteligencia, intereses y aptitudes, rasgos de personalidad.

Después del proceso de evaluación, los profesionales anteriormente citados, integrantes del equipo que interviene en el proceso de selección y orientación del minusválido, se reúnen para discutir el resultado de sus evaluaciones y decidir el tipo de capacitación recomendada para el caso en estudio.

Una vez que la persona ha sido integrada a la capacitación recomendada, el equipo multidisciplinario continúa con la evaluación de los logros obtenidos en el proceso de capacitación a fin de asegurar el éxito y corregir los problemas que se presenten en el caso específico.

Todo evento de rehabilitación profesional que a la fecha viene desarrollando la Unidad, contempla los siguientes aspectos

tos:

- Plan de estudios
- Objetivos de la formación
- Descripción y contenido temático del programa
- Duración en horas
- Número de participantes en el evento
- Requisitos del minusválido para su ingreso al programa
- Requisitos que debe reunir el instructor que impartirá el evento.
- Descripción de tareas a enseñar
- Información tecnológica correspondiente al oficio, etc.

Los eventos de rehabilitación profesional desarrollados por INTECAP, han abordado las siguientes ocupaciones:

- Asistente de Biblioteca
- Asistente de Laboratorio Fotográfico
- Corte y Confección
- Adiestramiento en servicio secretarial
- Adiestramiento en contabilidad



III. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

A. Problema

Partiendo del análisis de las investigaciones realizadas sobre las características psicológicas del minusválido físico se pudo observar que los distintos autores concuerdan en que la limitación física trae como consecuencia el desajuste en las áreas personal y social del individuo. Además se encontró que existen criterios bien estudiados y definidos sobre el ajuste personal y social en base a los cuales se han diseñado instrumentos de medición válidos y confiables. También se ha afirmado que la Formación Profesional constituye un buen sistema para mejorar el ajuste del individuo en general.

En consecuencia, el objetivo de la presente investigación es determinar el grado de ajuste o desajuste personal y social que puede darse en los minusválidos físicos después de haber participado en un programa de Formación Profesional.

Concretamente el problema se plantea con la siguiente interrogante:

¿Contribuye la Formación Profesional a aumentar o disminuir el puntaje de ajuste personal, social y total del minusválido físico?

B. Hipótesis

Con el propósito de dar respuesta a la interrogante planteada anteriormente se formulan las siguientes hipótesis para ser sometidas a prueba a un nivel de probabilidad de error de 0.05 de significación estadística.

Hipótesis General

La capacitación en una ocupación aumenta los puntajes de ajuste personal, social y total del minusválido físico. Para poder aceptar o rechazar la hipótesis planteada se formulará como hipótesis nula:

Ho. La capacitación ocupacional no aumenta el puntaje de ajuste personal, social y total del minusválido físico.

Siendo la hipótesis alternativa:

H1. La capacitación ocupacional aumenta el puntaje de ajuste personal, social y total del minusválido físico.

C. Variables

Se tomó como variable dependiente el ajuste personal, social y total y como variable independiente la capacitación en una ocupación. La investigación se centrará en la influencia de la formación en una ocupación sobre el ajuste personal, so-

cial y total del limitado físico. Partiendo de la premisa de que a través de una ocupación, el hombre intenta satisfacer sus necesidades de pertenencia y autorrealización, Lee Braude (1978:76) señala que la ocupación de un hombre es una de las partes más importantes de su identidad social y de su yo. Para muchas personas el trabajo se transforma en un interés central de la vida, influye en ella mucho más allá de la simple referencia económica. Una ocupación se convierte en la fuente de un ingreso, ordena la actividad vital, otorga identidad, asociación y experiencias significativas.

D. Diseño

Puesto que la investigación consiste en observar el efecto de la variable independiente (capacitación ocupacional) sobre la variable dependiente (ajuste personal, social y total), fue necesario trabajar con un diseño "ex post facto", que constituye uno de los esfuerzos más amplios con miras al diseño cuasi experimental; pues como señala Campbell y Stanley - (1973:85) este diseño designa los esfuerzos para simular la experimentación por medio de un proceso en el cual, un grupo que ha experimentado X (grupo experimental) se compara con otro que no lo ha hecho (grupo control) a fin de establecer el efecto de X, es decir:

$$\frac{X \quad 0}{\quad 0}$$

E. Población y Muestra

El presente estudio se realizó con los sujetos minusválidos físicos que acudieron a la entidad durante los primeros meses del año 1980, en demanda de capacitación ocupacional. Con esta población se logró integrar una muestra dividida en dos grupos de 10 sujetos cada uno. Un grupo llamado experimental, lo constituyeron personas inválidas que ingresaron a los cursos de capacitación ocupacional del Programa de Rehabilitación Profesional del INTECAP. El otro grupo llamado control, lo formaron personas minusválidas físicas que por estar todavía pendientes de terminar su rehabilitación física o por haberse presentado después de iniciados los cursos de capacitación no pudieron ingresar a los mismos. Como podrá observarse en el cuadro No. 2 que aparece en las páginas siguientes, las personas que formaron parte del grupo experimental no constituyen un grupo homogéneo en sus características personales; las edades van desde los dieciocho hasta los cuarenta y un años; el cuarenta por ciento de los casos son mujeres; el tipo de invalidez física solamente es común en el cincuenta por ciento de los casos. Existen diferencias en las causas que provocaron la invalidez. La prótesis y órtesis es común en el cincuenta por ciento de los casos; el grado de escolaridad es también variable, va desde el segundo grado de primaria hasta el nivel medio y los programas de capacitación ocupacional a que se sometieron también fueron variados según los resultados de la evaluación y orientación que se obtuvieron en cada caso.

En el cuadro No. 3 se registraron las características

C U A D R O N º 2

· DATOS MÁS SOBRESALIENTES DE LAS PERSONAS QUE FORMARON
 PARTE DEL GRUPO EXPERIMENTAL Y DEL TIPO DE CAPACITACION
 OCUPACIONAL QUE RECIBIERON

CASO	EDAD	SEXO	TIPO DE INVALIDEZ	CAUSA DE INVALIDEZ	PROTESIS U ORTESIS	ESCOLARIDAD	CAPACITACION OCUPACIONAL
1	26	F	Paraplejía	Adquirida por poliomielitis	Silla de ruedas.	6to, primaria.	Asistente de Biblioteca
2	26	M	Paraplejía	Adquirida por poliomielitis	Silla de ruedas.	Maestro de Educ. Primaria	Asistente de Biblioteca.
3	41	M	Cuadriparésico,	Adquirida por Guillian Barre		2do. Básico	Asistente de Biblioteca.
4.	27	M	Paraplejía	Adquirida por herida con arma de fuego	Silla de ruedas.	6to. primaria	Asistente de Biblioteca.
5	35	M	Amputación miembro inferior.	Adquirida por accidente de tránsito.	Prótesis y muleta,	4to. Primaria	Asistente de laboratorio fotográfico.
6	36	M	Amputado mano izquierda	Accidente por asalto	Miembro artificial	5to. Primaria	Asistente de laboratorio fotográfico.
7	18	F	Amputación miembro inferior izquierdo.	Adquirida por accidente de tránsito.	Prótesis	2do, Primaria	Corte y confección.
8	23	F	Paraplejía	Adquirida por poliomielitis	Silla de ruedas	3ro, Primaria	Corte y confección
9	29	F	Hemiplejía	Adquirida por poliomielitis	Muletas	Secretaria Comercial	Adiestramiento en servicios secretariales.
10	29	M	Paraplejía	Adquirida por accidente con arma de fuego	Silla de ruedas	Perito Contador	Adiestramiento en contabilidad.

FUENTE: Expedientes de los Archivos del Programa Adaptación y Readaptación de Minusválidos del INTECAP. .

C U A D R O N O 3

DATOS MÁS SOBRESALIENTES DE LAS PERSONAS QUE FORMARON
PARTE DEL GRUPO CONTROL

CASO	EDAD	SEXO	TIPO DE INVALIDEZ	CAUSA DE INVALIDEZ	ESCOLARIDAD	PROTESIS U ORTESIS
1	26	M	Paraplejía	Adquirida por herida con arma de fuego	4to. primaria	Silla de ruedas
2	58	M	Es. paraparesia miembros inferiores.	Adquirida por Esclerosis múltiple	6to. primaria	Muletas
3	31	M	Sección tendón rotuliano.	Adquirida por accidente de tránsito.	6to. primaria	Muletas
4	33	M	Hemiplejía izquierda	Adquirida por poliomielitis	6to. primaria	Muletas
5	23	M	Hemiplejía izquierda	Adquirida por traumatismo craneo-encefálico al momento del parto.	3er. básico	
6	24	M	Cuadriplejía	Adquirida por herida con arma de fuego.	6to. primaria	Silla de ruedas.
7	28	M	Paraplejía	Adquirida por herida con arma de fuego.	2do. primaria	Silla de ruedas.
8	19	M	Paraplejía	Adquirida por accidente común	3ero. primaria	Silla de ruedas.
9	26	M	Paraplejía	Adquirida por herida con arma de fuego.	6to. primaria	Silla de ruedas.
10	18	M	Parálisis cerebral	Adquirida por meningitis.	6to. primaria	

FUENTE: Expedientes de los Archivos del Programa Adaptación y readaptación de Minusválidos del INTECAP.

personales de los miembros que formaron el grupo control, pudiéndose observar que se trata también de un grupo heterogéneo en cuanto a edad, tipo de invalidez, causas que la provocaron, clase de prótesis u ortesis que usa y escolaridad alcanzada. Solamente son homogéneos en cuanto a sexo.

F. Instrumento

Para llevar a cabo la presente investigación, se utilizó el Test de Personalidad de California de L. Thorpe, W. Willis y Ernest Tiegs para adultos, revisión de 1953, instrumento que permitió medir el ajuste personal, social y total de los dos grupos de minusválidos físicos que formaron la muestra.

Explican los autores que los ítemes de este test son producto de las publicaciones de psicólogos e investigadores que sostenían más de 1,000 patrones o criterios de ajuste a situaciones específicas de la vida. Tomando en cuenta que estos investigadores no estaban de acuerdo en muchos aspectos de los criterios mencionados, se reunieron cinco psicólogos educativos y cinco psicólogos clínicos quienes tuvieron a su cargo juzgar los criterios o patrones de ajuste, a fin de eliminar lo menos deseable de cada uno. Luego se diseñaron ítemes que correspondieran a estos criterios; se sometieron a estudio y a un proceso de selección. Posteriormente se evaluaron de acuerdo con su grado de dificultad y propiedad de aplicación. Este último trabajo fue efectuado por un equipo de profesores, consejeros, directores, expertos en test y directores de personal; todos con

amplia experiencia en problemas de personalidad.

Por cuatro veces consecutivas los ítemes que iban sobreviviendo a cada aplicación y análisis de resultados, fueron administrados a nuevos grupos de sujetos para estudiar la claridad de los mismos, correlacionar los resultados de la prueba con las apreciaciones de observadores entrenados, agruparlos en 16 categorías, y luego reducirlos a las 12 categorías finales, estimando la significación relativa de los ítemes.

Los 15 ítemes seleccionados para cada uno de los 12 componentes o categorías del test, fueron administrados para la estandarización de la población, la obtención de las normas y el estudio de confiabilidades. El test finalmente fue organizado en componentes después de un análisis lógico y estadístico de resultados y tomando en cuenta la experiencia de todo el equipo de investigadores que participó en este trabajo.

Se puede afirmar que el test de Personalidad de California está organizado sobre el concepto de adaptación a la vida, razón por la cual fue seleccionado para que sirviera de instrumento de medida del fenómeno de ajuste en la presente investigación. Este test permite identificar y revelar importantes factores de la personalidad, por lo que es un instrumento que pertenece al grupo de pruebas que son empleadas para hacer que una persona revele indirectamente aspectos de su

personalidad, de tal manera que al calificar las respuestas del sujeto, se pueden inferir los factores de su adaptación personal, social y total.

Estructura del Test

Los ítemes del ajuste personal, 90 en total, constituyen la mitad del test y están destinados a medir la intensidad de los componentes de seguridad personal. Los 90 ítemes restantes son la otra mitad del test y están destinados a medir la intensidad de los componentes de seguridad social de un sujeto.

Los doce componentes del test toman sus nombres del modo de agrupar tendencias específicas de sentimiento, pensamiento y acto. Estos componentes y sus definiciones son:

Ajuste Personal

1. Autoseguridad. Puede decirse que un individuo es seguro de sí mismo cuando sus acciones indican que puede hacer cosas independientemente de los demás. Que depende de sí mismo en situaciones variadas y especialmente de su propia actividad. Es emocionalmente estable y responsable en su proceder.
2. Sentimiento de dignidad personal. Sentirse digno significa sentirse capaz, sentirse apreciado, respetado y

sentirse atractivo.

3. Sentimiento de libertad personal. Una persona disfruta de sentimientos de libertad cuando tiene una participación razonable en la determinación de su conducta y puede fijar los controles generales que gobiernan su vida.

4. Sentimiento de pertenecer. Existe este sentimiento si la persona disfruta del amor de su familia, de los buenos deseos de sus amigos y de su relación cordial con las personas en general.

5. Libertad de tendencias de evasión. La persona evasiva es aquella que sustituye los sucesos de la vida real por la alegría de un mundo de fantasía; es solitaria y sensitiva.

6. Libertad de síntomas nerviosos. Los síntomas nerviosos se manifiestan en una variedad de síntomas físicos, tales como la pérdida de apetito, frecuente tensión ocular, dificultad para dormir, tendencia crónica al cansancio. Estos síntomas físicos pueden ser expresiones de conflictos emocionales.

Ajuste social

7. Patrones sociales. El individuo que reconoce los patrones sociales deseables es aquel que comprende los derechos de los demás y aprecia la necesidad de subordinar sus deseos a las necesidades del grupo.

8. Habilidades sociales. La persona socialmente hábil demuestra simpatía por los demás, es útil y diplomática en su trato con amigos y extraños.
9. Libertad de tendencias antisociales. La persona antisocial es aquella que intenta conseguir su satisfacción personal en forma dañina e injusta para con otros. El ajuste normal se caracteriza por una razonable libertad de dichas tendencias.
10. Relaciones con la familia. Las mejores relaciones familiares se expresan con la seguridad de sentirse amado en el hogar y unido con los miembros de la familia.
11. Relaciones ocupacionales. La mejor adaptación a las relaciones ocupacionales se manifiesta a través de la felicidad en el trabajo que se ejecuta con interés y eficiencia. La persona siente que su contribución laboral es importante y esencial.
12. Relaciones con la comunidad. Las relaciones satisfactorias con la comunidad incluyen la mejor disposición de ser respetuoso de la ley y normas correspondientes al bienestar social.

Confiabilidad y validez

El Test de Personalidad de California se viene utilizando desde 1953 como un instrumento seguro dentro de la psi-

cología clínica en diferentes lugares de Estados Unidos y algunos países latinoamericanos.

Anastasi (1976:462) refiere que el Test de Personalidad de California posee muy buena elaboración técnica y ha estado sujeto a una amplia investigación y a una mejora continua. Ha servido de criterio para predecir delincuencia, resultados de la enseñanza media y universitaria, probabilidades de abandono de estudios, grados de socialización y otros.

Los autores del Test de Personalidad de California - (1953:5-8) reportan análisis estadísticos que comprenden coeficientes de confiabilidad para todos los componentes, datos sobre análisis de ítemes que indican que todos los ítemes son positivamente correlacionados con el punteo total de ajuste, correlaciones entre las secciones del test, datos sobre equivalencias de prueba paralela en grado de dificultad, fuerza discriminatoria y consistencia interna del instrumento.

Sin embargo debe tenerse presente que, en cualquier situación práctica se ha de considerar que los inventarios de ajuste son un recurso preliminar que ayudará a ubicar a un grupo de individuos que pueden tener problemas de ajuste o que pueden estar en conflicto con su medio. La evaluación final habrá de esperar siempre hasta que se haga un estudio

más personal e intensivo del individuo.

Normas

Las normas para evaluar los punteos del Test de Personalidad de California están contenidas en el Manual de dicho test, las cuales están expresadas en términos de rangos percentiles y fueron calculadas sobre la base de una muestra de 3,133 sujetos adultos estadounidenses, en los estados de: Florida, Illinois, Tennessee, Utah, Montana y California. Los sujetos de la muestra constituyeron una distribución normal en capacidad mental. La media del cociente intelectual para la muestra fue de 114.0 y la desviación estandar fue de 13.0. Las normas combinan los resultados de hombres y mujeres.

Preparación del instrumento

Para facilitar la presente investigación en cuanto al test de personalidad de California, se utilizó el mismo instrumento que Alvarado Gordillo (1973) aplicó en el estudio del ajuste personal, social y total de un grupo de estudiantes avanzados y profesionales egresados de la Universidad de San Carlos; ya que en dicha investigación se reportan resultados satisfactorios con este test.

G. Recolección de los datos

Aplicación del test. Para tener una idea objetiva de la autopercepción del sujeto sobre sus rasgos personales y sociales que determinarían el grado de ajuste, se empleó el Test de Personalidad de California. Cada sujeto recibió un folleto impreso conteniendo las 180 preguntas, la hoja de respuestas y las instrucciones acerca de su empleo. Debía cada sujeto elegir su respuesta contestando afirmativa o negativamente. La prueba en mención fue aplicada en forma individual a los integrantes del grupo experimental, antes de la capacitación en una ocupación y después de haberla concluido. Igual medición se efectuó al grupo control en los mismos períodos. La capacitación tuvo una duración aproximada de ocho meses. La primera evaluación se llevó a cabo en febrero de 1980. La segunda evaluación se realizó en septiembre del mismo año.

Evaluación del Test de Personalidad de California. Para evaluar las hojas de respuestas se utilizó una clave de respuestas. Al colocar la clave encima de la hoja de respuestas, se fueron contando las respuestas del sujeto que se podían apreciar en las perforaciones de la clave, dando un punto por cada respuesta correcta y sumando el total de cada componente separadamente. El punteo de cada componente del test fue el número subtotal de respuestas correctas dentro de las 15 probabilidades de cada uno. La falta de respuesta a un ítem fue considerada como respuesta incorrecta. Al sumar

los puntos obtenidos por el sujeto en cada uno de los 12 componentes del test, se obtuvo el punteo para cada uno de los componentes. Sumados los punteos de los seis primeros componentes del test, se obtuvo el punteo de ajuste personal. Sumados los punteos del sujeto en los otros seis componentes restantes, se obtuvo el punteo de ajuste social. Y, finalmente, sumados los punteos obtenidos por el sujeto en el ajuste personal y en el ajuste social, se obtuvo el punteo de ajuste total.

H. Análisis estadístico

Después de obtener los datos a través del Test de Personalidad de California, en la primera y segunda evaluación, se procedió al análisis estadístico de los resultados. Se aplicó la prueba "t" de Student para determinar el grado de significación estadística entre los grupos y poder aceptar o rechazar la hipótesis planteada.

Inicialmente se aplicó la prueba "t" a los datos obtenidos en la primera evaluación, con el fin de determinar si los grupos eran homogéneos, o bien, si eran diferentes "significativamente" antes de la capacitación. Después se aplicó la prueba "t" a los datos obtenidos en la segunda evaluación para determinar si existía diferencia significativa entre el grupo experimental y el grupo control

Para hacer este análisis se aplicó la Prueba "t" de Student, formula estadística que permite hacer comparaciones entre grupos y determinar similitudes o diferencias entre ellos.

IV. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los punteos obtenidos en la primera evaluación de ajuste por medio del Test de Personalidad de California fueron convertidos en percentiles para apreciar mejor la ubicación de cada caso en relación al grupo.* En los cuadros 4 y 5 se presentan los punteos de la primera evaluación efectuada al grupo experimental y al grupo control. Puede apreciarse que los puntajes son similares en los dos grupos. Sin embargo, para obtener datos más confiables se aplicó la prueba "t" de Student a los punteos burdos. Los datos resultantes se presentan en el cuadro No. 6

De la comparación de los resultados obtenidos en el grupo experimental y el grupo control después de aplicar la prueba "t" a los punteos del Test de Personalidad de California - antes de la capacitación, puede deducirse que no existe diferencia significativa entre los grupos en el momento de iniciarse la capacitación. Esto nos demuestra la homogeneidad de los grupos en la variable dependiente, factor base para poder medir los efectos de la capacitación en el grupo experimental.

* Según Normas Norteamericanas

Cuadro No. 4

Resultados del Test de Personalidad de California obtenidos
por el grupo control en la primera aplicación
(punteos expresados en rangos percentiles)

Caso No.	Ajuste																Ajuste total
	1A	1B	1C	1D	1E	1F	personal	2A	2B	2C	2D	2E	2F	social	social		
Caso No. 1	30	30	60	10	20	20	5	20	30	10	10	10	10	10	10	10	
Caso No. 2	80	50	20	20	90	60	40	20	70	30	30	40	20	30	30	40	
Caso No. 3	40	50	10	10	40	20	20	40	60	50	20	40	10	30	30	20	
Caso No. 4	20	40	5	20	10	2	5	40	20	10	5	10	60	5	5	5	
Caso No. 5	40	30	10	20	40	50	30	30	50	10	5	10	20	10	10	20	
Caso No. 6	5	20	40	40	40	10	20	40	40	40	40	20	20	30	30	20	
Caso No. 7	30	30	50	40	50	10	30	30	50	50	5	10	20	20	20	20	
Caso No. 8	20	50	40	20	60	2	20	10	40	40	20	60	10	20	20	20	
Caso No. 9	30	10	10	5	20	5	10	30	30	40	5	70	20	20	20	10	
Caso No.10	5	40	30	20	20	2	10	20	30	10	20	10	30	10	10	10	

1A : Autoseguridad

1B : Sentimientos de dignidad personal

1C : Sentimientos de libertad personal

1D : Sentimientos de pertenencia

1E : Libertad de tendencias de evasión

1F : Libertad de síntomas nerviosos

2A : Patrones sociales

2B : Hábitos sociales

2C : Libertad de tendencias antisociales

2D : Relaciones con la familia

2E : Relaciones ocupacionales

2F : Relaciones con la comunidad

Cuadro No. 5

Resultados del Test de Personalidad de California obtenidos
 por el grupo experimental en la primera aplicación
 (puntos expresados en rangos percentiles)

	Ajuste										Ajuste total				
	1A	1B	1C	1D	1E	1F	personal	2A	2B	2C		2D	2E	2F	social
Caso No. 1	80	80	40	20	90	40	60	60	70	30	80	70	40	60	60
Caso No. 2	30	30	5	5	30	70	10	40	20	30	5	50	30	20	20
Caso No. 3	40	10	10	20	60	20	20	30	50	10	60	20	5	20	20
Caso No. 4	5	20	10	1	90	20	10	5	20	70	20	20	10	20	10
Caso No. 5	70	40	10	20	40	20	20	40	60	50	50	10	2	30	30
Caso No. 6	5	20	5	2	80	70	10	20	10	80	10	20	10	10	10
Caso No. 7	80	70	20	20	40	40	40	30	70	20	40	30	20	30	40
Caso No. 8	20	90	5	30	20	10	10	50	60	5	40	20	20	10	10
Caso No. 9	70	30	30	10	60	30	30	60	70	40	50	30	20	40	40
Caso No. 10	80	95	40	70	80	95	90	30	80	20	50	60	20	40	70

Cuadro No. 6

Comparación de los resultados obtenidos en el grupo experimental y grupo control después de aplicar la prueba "t" a los punteos del Test de Personalidad de California: antes de la capacitación

	"t" observada	"t" crítica
Ajuste personal	1.59	2.11
Ajuste social	1.72	2.11
Ajuste total	1.68	2.11

Terminada la capacitación en el grupo experimental, se procedió a la segunda evaluación por medio del Test de Personalidad de California, tanto del grupo experimental como del grupo control.

En los Cuadros 7 y 8 podemos apreciar los resultados de la segunda evaluación, los cuales, fueron convertidos en percentiles según las normas norteamericanas del test, siempre para apreciar mejor la ubicación de cada caso en relación al grupo y para observar más claramente la tendencia del grupo en relación al ajuste. Seguidamente a los punteos burdos se les aplicó la prueba "t" de Student, para poder comparar los resultados de ajuste en ambos grupos. Los resultados obtenidos se presentan en el Cuadro No. 9

En el Cuadro No. 9 puede notarse que la "t" observada

Cuadro No. 7

Resultados del Test de Personalidad de California obtenidos
 por el grupo control en la segunda aplicación
 (punteos expresados en rangos percentiles)

	Ajuste										Ajuste social total	Ajuste total		
	LA	LB	IC	LD	LE	IF	personal	2A	2B	2C			2D	2E
Caso No. 1	98	10	30	20	30	40	20	70	30	30	40	20	30	40
Caso No. 2	80	50	20	20	60	50	40	50	80	90	30	10	40	50
Caso No. 3	50	50	5	10	50	40	40	50	50	5	10	10	20	20
Caso No. 4	20	50	5	20	10	20	50	30	30	5	10	50	20	20
Caso No. 5	40	10	10	30	40	60	30	40	60	5	20	30	20	20
Caso No. 6	20	20	30	20	40	20	20	50	40	50	30	10	30	20
Caso No. 7	40	30	40	40	40	20	30	50	70	5	20	20	20	30
Caso No. 8	30	50	30	10	60	10	20	10	30	20	50	10	20	20
Caso No. 9	30	30	5	5	10	10	5	30	30	5	10	10	10	10
Caso No.10	5	50	2	30	1	5	5	30	1	5	20	20	5	5

Cuadro No. 3

Resultados del Test de Personalidad de California obtenidos
por el grupo experimental en la segunda aplicación
(punteos expresados en rangos percentiles)

	Ajuste personal										Ajuste social		Ajuste total	
	1A	1B	1C	1D	1E	1F	2A	2B	2C	2D	2E	2F		Ajuste social
Caso No. 1	90	80	60	30	90	50	80	60	80	40	80	40	70	70
Caso No. 2	30	40	5	10	40	80	20	50	30	30	5	70	30	30
Caso No. 3	20	10	30	40	60	20	20	80	30	1	90	20	20	20
Caso No. 4	50	80	40	30	90	5	40	60	50	80	30	70	20	50
Caso No. 5	80	50	20	20	40	30	30	40	70	50	60	40	40	40
Caso No. 6	30	50	10	5	90	70	30	40	30	80	20	50	30	30
Caso No. 7	80	70	30	30	40	50	50	40	80	30	50	50	40	40
Caso No. 8	20	90	5	50	40	10	30	60	70	10	30	50	40	30
Caso No. 9	80	40	40	20	80	40	40	80	70	40	50	50	50	50
Caso No. 10	80	98	50	70	90	95	95	40	80	30	50	70	60	80

en el ajuste personal, social y total es mayor que la "t" crítica a un nivel de 0.05 de significación con 17 grados de libertad. Esto nos indica que la capacitación en una ocupación aumenta el puntaje de ajuste, siendo más significativa la "t" obtenida a través de los puntajes que miden el ajuste social. Este resultado guarda coherencia con los fundamentos teóricos postulados al inicio de esta investigación, en donde se señala que por medio de la capacitación en una ocupación, el ser humano intenta satisfacer sus necesidades de autoestima, pertenencia, seguridad y realización personal.

Cuadro No. 9

Comparación de los resultados obtenidos en el grupo experimental y el grupo control después de aplicar la prueba "t" a los punteos del Test de Personalidad de California, en la segunda evaluación

	"t" observada	"t" crítica
Ajuste personal	2.61	2.11
Ajuste social	3.75	2.11
Ajuste total	3.21	2.11

Según Tabla III de R.A. Fischer y F. Yates, citada por Downie y Heath.

Las pruebas estadísticas nos demuestran que existe diferencia significativa entre los punteos obtenidos por el grupo experimental y el grupo control en la segunda evalua-

ción del ajuste. Sin embargo, al observar los puntajes percentiles obtenidos por el grupo control en su primera y segunda evaluación, puede notarse aumento en los puntajes de los siguientes factores, concentrándose el mayor número de casos en los componentes de autoseguridad, libertad de síntomas nerviosos y relaciones ocupacionales:

Ajuste personal

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| - Autoseguridad | 50 por ciento de los casos |
| - Sentimientos de dignidad personal | 40 por ciento de los casos |
| - Libertad de síntomas nerviosos | 30 por ciento de los casos |

Ajuste social

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| - Patrones sociales | 40 por ciento de los casos |
| - Hábitos sociales | 40 por ciento de los casos |
| - Libertad de tendencias antisociales | 30 por ciento de los casos |
| - Relaciones con la familia | 40 por ciento de los casos |
| - Relaciones ocupacionales | 50 por ciento de los casos |
| - Relaciones con la comunidad | 40 por ciento de los casos |

El aumento en el puntaje de autoseguridad puede ser causado por el hecho de que los sujetos han sido tomados en cuenta, han sido atendidos, se habrán sentido útiles. El efecto de variables como tiempo transcurrido entre la primera y segunda evaluación o el conocimiento del test,

también podrían ser la causa de este aumento. Sin embargo, el elevado puntaje que mide libertad de síntomas nerviosos nos está indicando que los síntomas nerviosos aumentaron en el grupo control, lo cual, revela problemas de ajuste. Este aumento puede tener como causa: la falta de atención sostenida durante la investigación, o bien problemas ocasionados por la invalidez, de tipo familiar, económico o social.

El aumento en el factor que mide relaciones ocupacionales puede ser el resultado de expectativas personales, originadas por el hecho de ser tomados en cuenta para los programas de formación profesional.

Al revisar los puntajes de ajuste de la primera y segunda evaluación efectuada al grupo experimental, se observa que el mayor número de los casos manifestaron aumento en los componentes: Relaciones ocupacionales (90%) y patrones sociales (80%) pero además se observa aumento en los factores que miden:

Ajuste personal

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------|
| - Autoseguridad | 50 por ciento de los casos |
| - Sentimientos de dignidad personal | 50 por ciento de los casos |
| - Sentimientos de libertad personal | 50 por ciento de los casos |
| - Libertad de tendencias de evasión | 50 por ciento de los casos |

- Libertad de síntomas nerviosos 40 por ciento de los casos

Ajuste social

- Patrones sociales 80 por ciento de los casos
- Hábitos sociales 60 por ciento de los casos
- Libertad de tendencias antisociales 50 por ciento de los casos
- Relaciones con la familia 40 por ciento de los casos
- Relaciones ocupacionales 90 por ciento de los casos
- Relaciones con la comunidad 40 por ciento de los casos

Los factores que miden patrones sociales y relaciones ocupacionales se encuentran íntimamente relacionados con la habilidad para relacionarse en grupo. Esta habilidad fue ejercitada durante el programa de capacitación ocupacional, como parte del programa de la misma capacitación profesional. También puede notarse que el 40 por ciento de los casos del grupo experimental, manifestó aumento en el factor que mide libertad de síntomas nerviosos y aunque esta cifra es menor que la demostrada por el grupo control, siempre es alta y está indicando que la capacitación por sí sola, no es suficiente para aliviar o disminuir estos síntomas.

Limitaciones

En el análisis e interpretación de los resultados obte-

nidos en la presente investigación debe tenerse en cuenta que la muestra fue integrada sobre la base de las personas que acudieron al Instituto Técnico de Capacitación y Productividad -INTECAP- en demanda de capacitación. Como esta población interesada en los programas de capacitación era en ese momento muy limitada, no fue posible integrar grupos más grandes y homogéneos respecto a edad, sexo, escolaridad y limitación física. Además en el grupo control dos sujetos no habían completado su rehabilitación física. Sin embargo a pesar de todas estas limitaciones de los grupos control y experimental, se considera que estas variables que no fueron controladas afectan en alguna forma, pero no invalidan la confiabilidad de los resultados obtenidos.

Lo mismo puede decirse respecto al instrumento, del cual en el momento de su aplicación se observó que en un 50% de los casos se presentaron dificultades en la comprensión de algunas preguntas, posiblemente debido al bajo nivel de escolaridad de los mismos sujetos y también a causa de que este test no ha sido sometido todavía, a un proceso de adaptación y validación para la población guatemalteca. Hay que aclarar además que la aplicación del instrumento se realizó en forma individual, razón por la cual no fue posible hacer la medición en una sola fecha, pero en cambio, se logró controlar bastante las condiciones del ambiente, en el momento del exámen.

También la diversidad de programas de capacitación a que se sometieron los sujetos del grupo experimental, podrían influir en sus resultados de ajuste, no obstante que en cada caso, antes de iniciar el programa de capacitación correspondiente, se brindó un tratamiento de orientación profesional dejándole elegir aquella ocupación que más se ajustó a sus capacidades físicas, aptitudes, intereses y situación socio-económica.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

1. De la revisión bibliográfica del tema se puede concluir que los diferentes autores concuerdan en afirmar que la limitación física en las personas trae como consecuencia problemas de desajuste personal y social.
2. La capacitación es una variable que contribuye a mejorar el ajuste del minusválido físico. Sin embargo no se pueden sacar conclusiones definitivas de la presente investigación, ya que existen otras variables no controladas que pueden estar influyendo en los resultados. Aunque si es posible inferir que la capacitación influye positivamente en el ajuste personal, social y total del minusválido físico.
3. El aumento de los puntajes de ajuste del grupo experimental en los componentes que miden patrones sociales y relaciones ocupacionales, confirma que la capacitación es una variable importante para el ajuste social y, como consecuencia, para el ajuste total del minusválido.
4. El ajuste personal, social y total es importante para la rehabilitación e integración social del minusválido físico porque le permite utilizar mejor su potencial,

así como aceptar y superar su situación de invalidez.

5. El Test de Personalidad de California, revisión 1953, está diseñado sobre criterios bien definidos de ajuste personal y social y ha resultado ser un instrumento válido y confiable en los estudios realizados por diferentes autores. En la presente investigación, a pesar de las limitaciones señaladas en el capítulo anterior, permitió observar resultados satisfactorios en cuanto a la medición del ajuste personal, social y total.

6. Para poder inferir con más confiabilidad sobre los resultados obtenidos en la presente investigación, se hace necesario repetir la experiencia con una muestra más grande, homogénea y un modelo experimental que permita el control de otras variables.

7. Dadas las cifras de población minusválida que existen en Guatemala y los beneficios que se obtienen en el ajuste del minusválido, los cuales, inciden en la productividad, en mejores relaciones familiares, en un estatus psicológico más satisfactorio, en mejores relaciones sociales, etc. Se hace necesario incrementar los programas de capacitación hacia nuevos oficios, aumentando la cobertura de participantes.

B. Recomendaciones

1. Que se estudie el fenómeno del ajuste en una muestra

más grande, controlando las variables que puedan afectar, tales como: historia del sujeto, problemas familiares, situación socio-económica, nivel educativo. **Variables** que en la presente investigación no fueron tomadas en cuenta.

2. Que se dé especial atención a la familia del minusválido por ser ésta la base fundamental sobre la que descansa la rehabilitación del minusválido físico. Padres, maestros, empresarios y demás personas que se relacionan en una u otra forma con minusválidos, deben tener presente que éstos pueden ser elementos útiles en la sociedad. Es necesario evitar la sobreprotección o el rechazo, pues ambas actitudes son negativas para el ajuste total del minusválido físico.

3. Que se mejoren los servicios de capacitación, asistencia médica y ayuda psicológica a los minusválidos por medio de la coordinación interinstitucional.

4. Que los organismos encargados de la formación profesional a minusválidos capaciten a su personal técnico-operativo responsable de diseñar y ejecutar planes y programas de formación profesional para minusválidos.

5. Que se elaboren programas de educación orientados a informar a los padres de familia y a la sociedad en general, acerca de la prevención de accidentes, enfermeda-

des y afecciones que se conocen como causantes de limitaciones físicas en la población minusválida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Adler, Alfred. Psicología del individuo. Argentina, Editorial Paidós, 1967.
- Aguilera Arankowsky, Sonia Aída. Factores que influyen en la rehabilitación psíquica del parapléjico. Tesis previa a obtener el grado de Licenciada en Psicología. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, 1972.
- Alvarado Gordillo, Edgar Guillermo. Estudio del ajuste personal, social y total de un grupo de estudiantes avanzados y profesionales egresados de la Universidad de San Carlos. Tesis previa a obtener el grado de Licenciado en Psicología, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1973.
- Allport W., Gordon. Psicología de la personalidad. Argentina, Editorial Paidós, 1970.
- Anastasi, Anne. Tests psicológicos. España, Ed. Aguilar, 1976.
- Cabanelas, Guillermo. Diccionario de derecho usual, Tomo I. Argentina, Ed. Heliasta, 1972.
- Campbell, Donald y Stanley, Julian. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación. Argentina, Editorial Amorrortú, 1973.
- Doyle, McKeachie. Psicología. Estados Unidos, Ed. Fondo Educativo Interamericano, S.A., 1970.
- Downie, N.M. y Heath, R.W. Métodos estadísticos aplicados. México, Ed. Harla, 1975.
- Ferrari Forcade, A. y F. de Castellet. Fisiatría. Uruguay, Ed. Delta, 1973.
- From Reichneman, Frieda. Principios de psicoterapia intensiva. Argentina, Editorial Paidós, 1960.
- Hernández Fernández, Máximo. La psicología del trabajo. Madrid, Ed. Index, 1975.
- Kerlinger, N., Fred. Investigación del comportamiento: técnicas y metodología. México, Editorial Interamericana, 1975.
-

- Lee, Braude. Sociología del trabajo. Argentina, Editorial Omnia, 1978.
- Mira y López, E. Psiquiatría. Argentina, Editorial El Ate-
neo, 1962.
- Mischel, Walter. Personalidad y evaluación. México, Edito-
rial Trillas, 1973.
- Naciones Unidas. Artículo 7o. de la Ampliación de la Decla-
ración de los Derechos de los Impedidos. Estados
Unidos, 1976.
- Oficina Internacional del Trabajo. Principios fundamentales
de la readaptación profesional de los inválidos.
Suiza, Ed. OIT, 1974.
- Organización Internacional del Trabajo. Fundamentos de la
rehabilitación profesional de los inválidos. Suiza,
1970.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional
del Trabajo. Estudio comparativo sobre legislación,
organización y administración de servicios de reha-
bilitación para inválidos. Estados Unidos, 1976.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. Plan Nacional de Sa-
lud. México, 1974.
- Plutchik, Robert. Investigación experimental. México, Ed.
Harla, 1974.
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española.
España, Ed. Espasa Calpe, 1970.
- Rogers R., Carl. El proceso de convertirse en persona. Ar-
gentina, Editorial Paidós, 1977.
- Sarason G., Irwing. Personalidad: un enfoque objetivo.
México, Ed. Limusa, 1978.
- Thorndike L., Robert y Hagen, Elizabeth. Test y técnicas de
medición y educación. México, Editorial Trillas,
1975.

Thorpe, Louis, P. Clark, Willis W. Tiegs, Ernest. California Test of Personality Level Adult Form AA. USA, published by California Test Bureau A Division of Mc Graw Hill Book Company, 1953.

Thorpe, Louis, P. Clark, Willis W., Tiegs, Ernest. Manual California Test of Personality California. USA, published by California Test Bureau A Division of Mc Graw Hill Book Company, 1953.

Van Roy, Fabianne. El niño impedido. Argentina, Editorial Kapelusz, 1960.

Yates J., Anbrey. Terapia del comportamiento. México, Editorial Trillas, 1977.

ANEXO A

Concepto de minusválido y clasificación de la invalidez

1. Concepto de minusválido y clasificación de la invalidez.

Al abordar el problema del inválido, interesa definir qué entendemos como tal.

El término minusválido es sinónimo de: lisiado, incapacitado, inhabilitado, inválido, disminuido, discapacitado, limitado, etc. En el presente trabajo estos términos serán utilizados indistintamente.

La Organización Internacional del Trabajo (1970:5) define incapacitado como:

"El término que designa a toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar un empleo adecuado se hallen realmente reducidas, debido a una disminución de su capacidad física y mental".

o bien como

"Una expresión cuantitativa de la disminución de las capacidades del individuo".

2. Clasificación general de invalidez (1974)

- a. Invalidez psicológica
- b. Invalidez social
- c. Invalidez física

- a. Invalidez psicológica
 - 1) Deficiencia mental
 - 2) Trastornos conductuales permanentes
 - 3) Fármaco dependencia

- b. Invalidez social
 - 1) Menores con deficiencia permanente de la familia
 - 2) Menores infractores
 - 3) Alcoholismo

- c. Invalidez física
 - 1) Del aparato músculo esquelético: deformaciones congénitas, amputaciones, artropatías, secuelas de lesiones óseas.
 - 2) Del sistema nervioso: parálisis, epilepsias, afasia, dislexia.
 - 3) De la audición: sordera, hipoacusia.
 - 4) Del aparato fonoarticular: dislalia, pérdida o alteraciones de la voz.
 - 5) De la visión: ceguera total o parcial, debilidad visual.
 - 6) Del aparato cardiovascular: insuficiencia miocárdica crónica, insuficiencia coronaria, insuficiencia vascular periférica.
 - 7) Del aparato genitourinario: vejiga neurogénica, estados intersexuales, insuficiencia renal crónica, extrofia vesical.
 - 8) Del aparato respiratorio: insuficiencia respira-

toria crónica.

9) Del aparato digestivo: intestino neurogénico, malformaciones anorrectales, colostomía consecutiva al tratamiento de diversas enfermedades.

10) Del sistema endocrino: diabetes mellitus, hipotiroidismo congénito.

11) De la piel: lepra, secuelas de quemaduras, cicatrices deformantes, deformaciones congénitas, alteraciones del control corporal.

ANEXO B

Glosario de Términos

1. Amputación

Eliminación quirúrgica de un miembro del cuerpo, realizado cuando existen daños o enfermedades sin esperanzas de recuperación. Los accidentes industriales y de carretera son las principales causas, pero también puede ser necesario amputar a causa de enfermedades como la gangrena, el cáncer, la congelación o endurecimiento de las arterias.

2. Capacitación

Acción de impartir sistemáticamente un conjunto de habilidades y conocimientos profesionales que configuran una ocupación determinada.

3. Centro de capacitación

Conjunto de medios físicos, técnicos y humanos que conforman la base operacional para las acciones de Formación Profesional en su jurisdicción.

4. Confiabilidad

Consistencia de las puntuaciones obtenidas por los mismos individuos en distintas ocasiones en una misma prueba, o en formas paralelas de ella.

5. Cuadriplejía

Parálisis de las cuatro extremidades, causada por lesión traumática o enfermedades de las neuronas de la médula

espinal, a la altura del cuello. Las causas más corrientes son accidentes de automóvil y de tráfico, caídas en las que la cabeza es lanzada hacia adelante después de una deceleración del cuerpo y heridas de guerra.

6. Empleo

Cualquier tipo de trabajo remunerativo que se realiza.

7. Empresa

Organización o sociedad constituida con el fin de desarrollar una actividad económica con fines de lucro.

8. Entrenamiento

La adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y conducta requerida por un individuo con el objeto de ejecutar en forma adecuada una tarea específica.

9. Esclerosis Múltiple

Enfermedad del sistema nervioso. Afecta muchas partes del sistema nervioso, y a menudo se caracteriza por recaídas y recuperaciones parciales. Con frecuencia afecta la médula espinal, provocando períodos de parálisis facial y a veces del tronco y los brazos. También pueden producirse entumecimientos, picores y trastornos sensoriales. El nombre de la enfermedad se deriva del tejido esclerótico que se forma en la vaina mielinica que recubre las fibras nerviosas del cerebro y la médula espinal. Aún se desconocen las causas básicas que la producen.

10. Especialidad

Conjunto de ocupaciones técnicamente afines, que componen una rama de la técnica, y que exigen conocimientos,

aptitudes y destrezas análogas o similares.

11. Evento

Se refiere a una acción de Formación Profesional, principalmente a los de corta duración y que no corresponden a un itinerario de formación.

12. Formación Profesional

Conjunto de acciones para preparar la mano de obra de los tres sectores económicos en todo el país, sistemáticamente y en forma integral y completa a los requerimientos de los puestos de trabajo calificados y semicalificados y a la vida responsable del ciudadano.

13. Hemiplejía

Parálisis de un lado del cuerpo, generalmente a consecuencia de un ataque de apoplejía. Puede deberse a daños en el cerebro (en el lado contrario al paralizado), - ocasionados por una trombosis, embolia o hemorragia cerebral o más raramente, a una herida en la cabeza o a un tumor cerebral.

14. Incapacitado

Persona permanentemente lesionada física o mentalmente, lo cual le dificulta la posibilidad de obtener y conservar un empleo adecuado.

15. Lisiado

Quien padece una lesión física permanente.

16. Mercado de trabajo

Interacción entre la oferta y la demanda de mano de obra.

17. Parálisis Cerebral

Conjunto de trastornos caracterizados por disfunciones en los nervios y músculos, debido a daños en la zona del cerebro que controla y coordina la actividad muscular. Según la localización de la lesión pueden producirse diversos trastornos. Los más corrientes son espasticidad, atetosis y flaccidez, y a veces hay dificultad en el lenguaje. El desarrollo defectuoso de las células cerebrales antes del nacimiento, lesiones durante el parto, un accidente o una enfermedad infecciosa, pueden provocar parálisis cerebral. Los efectos son permanentes y se necesita un tratamiento constante.

18. Paraplejía

Parálisis total o parcial de las dos piernas. La paraplejía puede deberse a una herida o una enfermedad que afecta a la médula espinal. Por debajo del nivel de la lesión, se produce parálisis locomotora y pérdida de sensibilidad. Pueden quedar afectadas las funciones de la vejiga y del intestino.

19. Participante

Persona **sujeto** del proceso de Formación Profesional. Su finalidad en este, es adquirir o mejorar las habilidades y/o conocimientos requeridos para el desempeño de una ocupación determinada.

20. Persona de Capacitación

Incluye a instructores y maestros de enseñanza profesional. También puede incluir a personal administrativo ligado a las instituciones y Programas de Formación.

21. Poliomielitis

Enfermedad virica que afecta a las neuronas anteriores de la médula espinal y el tronco encefálico, causando parálisis de los músculos. El virus de la polio no tiene un patrón fijo de ataque. En algunos casos, puede provocar una parálisis muscular parcial o completa.

22. Productividad

Relación entre lo producido y lo invertido en la producción.

23. Programa de Formación

Documento constituido por: estructura ocupacional (itinerarios de formación), plan de estudios, programa analítico, listado de dotación y descripción de instalaciones.

24. Puesto de trabajo

Conjunto definido de tareas, deberes y responsabilidades que, conjuntamente con ciertas condiciones como horario, local, salario, etc., constituyen la labor regular de un trabajador.