



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología Carrera de Psicología Clínica

Autoeficacia en personas con discapacidad visual de dos instituciones de la provincia del Azuay

Trabajo de titulación previo a la obtención del
Título de Psicólogo/a Clínico/a

Autores:

Luis Enrique Clavijo Castillo
C.I: 0107232522
Correo electrónico: Kike.cc1997@gmail.com

Jessica Teresa Cruz Dután
C.I 0105633739
Correo electrónico: jessycruzd97@outlook.com

Directora:

Mgt. Sandra Eugenia Lima Castro
C.I 0703976274

Cuenca- Ecuador
19 de noviembre de 2019



Resumen

El presente estudio tiene como objetivo describir los niveles de autoeficacia en personas con discapacidad visual, basándonos en el enfoque de la teoría social cognitiva de Albert Bandura (1977), quien da énfasis a la variable de estudio, autoeficacia, la cual influye en la cognición y el comportamiento del individuo. Para realizar este estudio se utilizó un enfoque cuantitativo de diseño no experimental, de corto transversal y de alcance descriptivo. El estudio involucró a 35 personas con discapacidad visual, 25 hombre y 10 mujeres, con edades de entre 19 y 66 años, integrantes de dos instituciones de la provincia del Azuay. Los datos fueron recogidos a través de una ficha sociodemográfica y la aplicación de la Escala de Autoeficacia Generalizada para el Contexto Ecuatoriano (Bueno-Pacheco, Lima-Castro, Peña-Contreras, Cedillo-Quizhpe, y Aguilar-Sizer, 2017). Los resultados del estudio revelan que el nivel de autoeficacia en nuestra población tiene una media de 33.91, puntaje que indica que la autoeficacia se presenta con niveles altos.

Palabras claves: Autoeficacia. Discapacidad visual. Teoría social cognitiva.

Abstract

The purpose of this study is to describe the levels of self-efficacy in people with disability base on Albert Bandura´s social cognitive theory approach. Albert bandura (1977), who emphasizes the study variable, self-efficacy, which influences the cognition and behavior of the individual. To carry out this study a quantitative approach of non-experimental design, of short transversal and descriptive scope was used. The study involved 35 people with visual disabilities, 25 men and 10 women, aged between 19 and 66, members of two institutions in the province of Azuay. The data were collected through a sociodemographic record and the application of the Generalized self-efficacy scale for the Ecuadorian context (Bueno-Pacheco, Lima-Castro, Peña-Contreras, Cedillo-Quizhpe, y Aguilar-Sizer, 2017). The results of the study reveal that the levels of self-efficacy in our population has an average of 33.91, a score that indicates that the self-efficacy is presented with high levels.

Keywords: Self-efficacy. Visual impairment. Cognitive social theory.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen	1
Abstract	2
Fundamentación teórica	8
Metodología	14
Presentación y análisis de resultados	16
Características de los participantes	16
Conclusiones	24
Recomendaciones y Limitaciones	26
Referencias Bibliográficas:	27
Anexos	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes	16
Tabla 2. Nivel de autoeficacia según sexo.....	18
Tabla 3. Nivel de autoeficacia con respecto a la actual situación laboral.....	21
Tabla 4. Nivel de autoeficacia respecto a si maneja o no escritura braille.	22

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de autoeficacia general	17
Figura 2. Nivel de autoeficacia según el estado civil	19
Figura 3. Nivel de autoeficacia según el nivel de estudios alcanzados	20
Figura 4. Nivel de autoeficacia de acuerdo a los ingresos económicos.....	21
Figura 5. Nivel de autoeficacia según la causa de la discapacidad.....	22



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Luis Enrique Clavijo Castillo en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Autoeficacia en personas con discapacidad visual de dos instituciones de la provincia del Azuay”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de noviembre de 2019

Luis Enrique Clavijo Castillo

C.I: 0107232522

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Jessica Teresa Cruz Dután en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación “Autoeficacia en personas con discapacidad visual de dos instituciones de la provincia del Azuay”, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 19 de noviembre de 2019



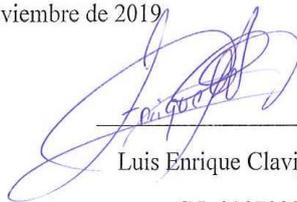
Jessica Teresa Cruz Dután

C.I: 0105633739

Cláusula de Propiedad Intelectual

Luis Enrique Clavijo Castillo, autor del trabajo de titulación “Autoeficacia en personas con discapacidad visual de dos instituciones de la provincia del Azuay”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 19 de noviembre de 2019



Luis Enrique Clavijo Castillo

C.I: 0107232522

Cláusula de Propiedad Intelectual

Jessica Teresa Cruz Dután, autora del trabajo de titulación “Autoeficacia en personas con discapacidad visual de dos instituciones de la provincia del Azuay”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 19 de noviembre de 2019



Jessica Teresa Cruz Dután

C.I: 0105765424

Fundamentación teórica

En el transcurso de la historia la discapacidad se ha entendido desde diferentes perspectivas, según las creencias y circunstancias de cada época. Hasta principios del siglo XIX, se creía que esta condición era un sinónimo de anormalidad, en muchas ocasiones relacionada con lo sagrado, por lo tanto, era percibida como un castigo, posteriormente, se empieza a estudiar la discapacidad desde un modelo médico, basado en las causas y la forma de manifestación física o funcional, es decir, se toma en cuenta al individuo desde la pérdida o anormalidad de una función o estructura, ya sea adquirida o congénita (Alcívar y Arteaga, 2018). Es hasta finales del siglo pasado que esta condición es tomada desde una perspectiva social destinada a fomentar la comprensión y la inclusión de este grupo prioritario tomando en cuenta sus derechos, de modo que se reconoce la diversidad y se enfoca en la dignidad y respeto de los individuos (Alcívar y Arteaga, 2018).

Es así, que mediante el enfoque social las personas con discapacidad son consideradas como sujetos inherentes a una libertad humana, política y social, estas libertades son necesarias para que cada individuo se desarrolle acertadamente en varios ámbitos de la vida, las personas con discapacidad no pueden ser percibidas por los demás miembros de la comunidad como un problema de la sociedad, por lo contrario, deben ser considerados como sujetos con derechos y libertades, generando un ambiente inclusivo para la interacción entre todos (Quinn y Degener, 2002).

Según Len Barton, (2009), quien también estudia la discapacidad desde la perspectiva social, hace mención a la importancia de las condiciones y relaciones donde se desenvuelve el individuo, puesto que dichas variables determinarán el nivel de estima y posición social del sujeto con discapacidad en su ambiente, por su parte y como un conocimiento base. La Unión de Discapacitados Físicos contra la Segregación afirmó que es la sociedad la que incapacita al individuo con deficiencias, pues aísla y excluye al sujeto de la participación dentro de la misma (Union of the Physically Impaired Against Segregation, 1976).

Actualmente, la discapacidad es estudiada desde una propuesta integradora, el modelo biopsicosocial analiza al individuo con discapacidad como un sistema que influye y es influido por los demás sistemas que lo rodean (Vanegas y Gil, 2007). Es así, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la discapacidad como las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de participación de una persona, que se refleja en la interacción

de las características del sujeto y las características del medio en el que vive, demostrando la importancia de comprender a la discapacidad como un fenómeno interactuante (Organización Mundial de la Salud, 2018).

El modelo social propone que la comprensión de la discapacidad es obstaculizada por barreras sociales (inadecuadas estructuras físicas, información errónea, falta de apoyo social y actitudes negativas de los demás individuos), que si bien en la actualidad la sociedad quiere superarlas, en muchas ocasiones son estas las que impiden que los individuos con discapacidad puedan integrarse a la comunidad de forma segura, impidiendo también que el resto de la población pueda comprender y fomentar el apoyo a todo individuo, sin importar las diferencias individuales (Martínez, 2013).

Por lo expuesto se puede considerar que ha existido un avance en la conceptualización de la discapacidad, que es más bien teórico, ya que en la práctica profesional aún es evidente las deficiencias para lograr la equidad social de personas con esta condición; las personas con discapacidad, sus familias e investigadores en este campo han encontrado obstáculos, donde es notoria la dificultad de la población en el acceso a la comunicación e información, además de la inadecuada estructura física, por lo que es evidente la falta de participación de las personas con discapacidad dentro de la sociedad (Alcívar y Arteaga. 2018).

La discapacidad como una condición es un tema de creciente importancia en la actualidad, que se encuentra respaldada en la normativa legal, la cual pretende garantizar la plena inclusión de la población referida (Constitución de la República del Ecuador, 2008), sin embargo, en la vida cotidiana, diversas circunstancias que se dan dentro de la sociedad, como la falta de información, la infraestructura inadecuada para personas con discapacidad, distintos estratos sociales, la dificultad al ingreso a una educación inclusiva, conflictos en la obtención de un empleo y otros factores sociodemográficos influirían en la percepción de la persona con discapacidad acerca de si es capaz de realizar una actividad o alcanzar un objetivo.

Actualmente en el Ecuador, la Dirección Nacional de Discapacidades [DND], clasifica a la discapacidad en: auditiva, física, intelectual, lenguaje, psicosocial y visual. La discapacidad visual en Ecuador se presenta en 54.284 personas, de las cuales 3.715 individuos se encuentran localizadas en la provincia del Azuay, la población referida presenta grados de discapacidad visual que van desde 30 al 100% (Dirección Nacional de Discapacidades, 2019).

La discapacidad visual es una alteración en la percepción de estímulos luminosos por parte del sistema visual, para medir el correcto funcionamiento de esta función se utiliza la agudeza visual (AV), definida como la capacidad de resolución espacial; el valor adecuado sería 20/20 en la notación de Snellen, siendo el numerador de la prueba la distancia de observación (20 pies) y el denominador la agudeza visual de la persona en relación a la media; la OMS considera discapacidad visual cuando la persona tiene una AV desde 20/60, la cual puede llegar a una AV de 20/400, lo cual se considera ceguera (Céspedes, 2012). El 80 % de estímulos percibidos por el ser humano son de tipo luminoso, por lo que las personas con discapacidad visual suelen presentar dificultades en diversas áreas (salud, psicológica, social, productiva), que por consiguiente afecta directamente al bienestar de cada individuo, y es la autoeficacia la encargada de mantener la estabilidad de cada sujeto en su área de desenvolvimiento (Céspedes, 2012).

Por lo tanto, la autoeficacia es considerada un indicador esencial del bienestar integral de cada individuo, puesto que un nivel alto de autoeficacia está relacionado con una mejor calidad de vida en toda la sociedad (Pérez, García, Morales y Morales, 2017). Según García, Villatoro y Sahagún (2015), la autoeficacia es una variable cognitiva indispensable para que las personas con discapacidad desarrollen actividades en su vida cotidiana, lleguen a alcanzar metas y puedan sentirse mayormente incluidas en la sociedad.

Bandura (1989) desarrolla la teoría social cognitiva con la finalidad de mejorar la comprensión dinámica de las características del ser humano, esta teoría afirma que los procesos cognitivos, los cuales son autorreflexivos y autorreguladores, determinan el funcionamiento psicosocial del individuo. Es decir, la conducta del ser humano dentro del entorno está moldeada por mediadores cognitivos, debido a que el sujeto analiza y evalúa una situación con base en experiencias previas propias o de otros (autorreflexión) y dirige una conducta futura la que se representa cognitivamente en el presente (autorregulación) (Vielma y Salas, 2010).

Dentro de este proceso cognitivo se generan las creencias de autoeficacia, constituyéndose en una herramienta entendida como la percepción que tiene cada individuo sobre sus capacidades para realizar o no una acción o interacción en específico, de esto dependerá posteriormente su actuar con los demás y su manejo o reducción de un comportamiento, es decir, dichas creencias guiarán la dirección que tome cada individuo según sus capacidades (Bandura, 1993). La autoeficacia además de determinar el inicio de un comportamiento de afrontamiento ante cualquier situación, también establece cuánto trabajo realizará el individuo

en relación al objetivo a alcanzar y cuánto tiempo utilizará frente a obstáculos y situaciones aversivas (Bandura, 1977).

La autoeficacia influye positiva o negativamente en la vida cotidiana de todo individuo, es así que, para medir su importancia se toma en cuenta el factor afectivo (emociones, sentimientos, etc.), el factor cognitivo (ideas, pensamientos, etc.) y el factor conductual (conductas y comportamientos), todo englobado en un solo ser humano que interactúa en el medio social en el que se encuentra, y que a partir de dicha relación podrá forjar sus creencias objetivas de posesión de autoeficacia para cumplir todo objetivo propuesto (Velásquez, 2009).

La autoeficacia proviene de cuatro fuentes que determinan la percepción adecuada o inadecuada en cada individuo: a) experiencias de dominio, b) experiencias vicarias, c) persuasión social y d) experiencias afectivas; la experiencia de dominio es definida como la capacidad que tiene la persona para dominar una actividad real, esto fortalecerá o debilitará la percepción de autoeficacia; las experiencias vicarias, por su parte están relacionadas al modelado, por lo que el sujeto considera se basa en la observación de la acción y las consecuencias de otros, la persuasión social entendida como el convencimiento del sujeto de tener o no capacidad para lograr un propósito, está basado en lo que terceros manifiesten; por último, las experiencias afectivas, impresionan al individuo dependiendo si son positivas o negativas (Cobarrubias y Mendoza, 2013).

Por otro lado, González, Valdivia, Zagalaz y Romero (2015) proponen que la autoeficacia debe ser comprendida desde tres dimensiones: la primera dimensión es el nivel de logro de ejecución esperado del individuo al realizar un comportamiento ante una situación; la segunda dimensión corresponde a la fuerza o energía que utiliza el sujeto para alcanzar lo deseado, la cual influye en el éxito o no de la tarea; finalmente, la tercera dimensión es la generalidad, que hace referencia a las actividades que el individuo domina y por tal razón, se cree eficaz en las mismas.

En la actualidad la autoeficacia es considerada un elemento esencial en la dimensión positiva de la vida, esto se debe a que la calidad de vida tiene una relación significativa con el nivel de autoeficacia, por lo cual, esta variable es un predictor crucial del nivel de calidad de vida; esto se explica debido a que un nivel alto de autoeficacia generará en el sujeto mayor resistencia al estrés, una mejor adaptación a las demandas propias y del medio, así como una mayor

capacidad para ajustarse a la vivencia con una condición específica, y por lo tanto, un mayor bienestar general (Avendaño y Barra, 2008).

Se considera que desde la infancia se establecen acciones que desarrollan nuestra eficacia para la realización de cualquier actividad y por lo tanto provocan bienestar en el individuo. En este desarrollo podemos encontrar factores sociales y factores de crianza por parte de los cuidadores (Merino, 2010). Por tal motivo, según la persona va creciendo la autoeficacia evoluciona y los factores antes mencionados entran en acción para mantener o reducir el nivel de autoeficacia, posteriormente esta capacidad se impregna dentro de cada individuo, guiando su actuar, manteniendo sus emociones en orden, generando nuevas posibilidades con el medio, y en ocasiones también puede presentarse que el bajo nivel de autoeficacia actué como un elemento que interviene e impide generar una vida plena para el sujeto (Merino, 2010).

Según Cobarrubias y Mendoza (2013), la autoeficacia se maneja a través de la selección de conductas, el esfuerzo y la persistencia, los pensamientos y reacciones emocionales, la producción y predicción de la conducta; todos estos mecanismos están determinados por las historias personales únicas de cada individuo, las cuales lo llevan a actuar de una manera determinada para alcanzar una meta o superar una situación adversa, es decir, existen una serie de variables inmersas, las cuales incrementan o reducen el nivel de autoeficacia y por lo tanto influyen en el comportamiento del sujeto.

La variable autoeficacia puede variar según características propias del individuo, asimismo, en una persona con discapacidad, existen peculiaridades que pueden influir en la autoeficacia como el tipo de discapacidad, la funcionalidad que el sujeto posee, la ayuda recibida por terceros y el momento vital en que se adquirió la discapacidad (García et al., 2015; Suriá, Villegas y Rosser, 2017).

Estudios previos han analizado las variables autoeficacia y discapacidad, encontrando que: los puntajes de autoeficacia tienden a presentarse hacia los niveles altos en este tipo de población y que el nivel de autoeficacia percibida está influenciado por el ajuste a la discapacidad (Méndez-Ulrich, Prats-Basset, Yagüe y Sanz, 2016). Se encuentra también que la competencia percibida por los individuos se relaciona con un nivel alto de autoeficacia, y que esto a la vez genera conductas promotoras de salud mental en esta población (García et al., 2015). Además, se evidenció que el apoyo recibido por terceros impulsa el incremento de

autoeficacia, fomentando su auto inclusión en la sociedad (Tejero-González, Vega-Marcos, Vaquero-Maestre y Ruiz-Barquín, 2016).

En relación a la etapa en la que se adquirió la discapacidad se encontró que el nivel de autoeficacia es mayor en personas que adquirieron la discapacidad desde el nacimiento, (Suriá et al., 2017). Cuando se hace referencia al aspecto laboral y la economía, se encontró que las personas con discapacidad que reciben un ingreso económico estable tienen mejores condiciones de calidad de vida y se ajustan adecuadamente a su discapacidad, por lo que se incrementa las opciones de elección, elevando así su autoeficacia (Botero y Londoño, 2013).

En función de la revisión de la literatura encontrada, podemos considerar que en una persona con discapacidad el nivel de autoeficacia está determinado por la forma de relacionarse con su medio y consigo mismo; por tanto, los niveles bajos de autoeficacia causan dificultades en los individuos, ya que ocasionará conflictos en su bienestar mental y por tanto la calidad de vida disminuirá (Merino, 2010). A pesar de que la autoeficacia en el individuo es un indicador significativo de la salud, y por lo tanto es un tema de importancia, es evidente que en nuestro contexto existen escasas investigaciones sobre discapacidad y autoeficacia, y específicamente en personas con discapacidad visual, por lo que la presente investigación pretende analizar este tema con la finalidad de promover medidas de prevención e intervención sobre esta población.

De acuerdo a lo señalado se formuló la siguiente pregunta que ha encauzado la presente investigación: ¿cuál es el nivel de Autoeficacia presente en las personas con discapacidad visual de dos instituciones de la provincia del Azuay? Esta pregunta de investigación se vinculó directamente con los objetivos del estudio. El objetivo general del trabajo fue describir la autoeficacia de las personas adultas con discapacidad visual en dos instituciones de la provincia del Azuay, mientras tanto como objetivos específicos se estableció determinar el nivel de autoeficacia en personas adultas con discapacidad visual, e, identificar los niveles de autoeficacia de las personas con discapacidad visual de acuerdo al sexo, escolaridad, estatus socioeconómico y la edad de adquisición de la discapacidad.

Metodología

La presente investigación corresponde a un enfoque cuantitativo, puesto que se cuantificó de forma sistematizada y organizada la variable autoeficacia para determinar el nivel de dicha variable en la población estudiada, por su parte el diseño fue no experimental debido a que no se manipuló las variables, y de corte transversal porque se realizó el levantamiento de datos en una sola ocasión en un corto periodo de tiempo, finalmente, el alcance del estudio fue descriptivo porque se caracterizó la autoeficacia en personas con discapacidad visual en función del análisis de la información obtenida.

El estudio se realizó con toda la población, puesto que es un grupo poco numeroso y de difícil acceso en nuestro medio. La población estuvo constituida por 35 personas con discapacidad visual asistentes a la Sociedad de personas no videntes del Azuay (SONVA) del cantón Cuenca y la Asociación Casa de Luz y Esperanza para el Ciego (CALEPSI) del cantón Gualaceo, de los cuales 10 son mujeres y 25 hombres. Se incluyó a personas que hayan firmado el consentimiento informado y presenten una discapacidad visual entre 75% y 100%, mientras que se excluyó a personas que además de tener discapacidad visual tengan otro tipo de discapacidad, personas que, tras dar el consentimiento para realizar la investigación, se niegan a seguir en el proceso y personas menores a 18 años de edad.

Procedimiento y análisis de datos

El procedimiento de la recolección de los datos se realizó en los meses de mayo y junio del 2019, inicialmente se contactó a la Sociedad de personas no videntes del Azuay (SONVA) del cantón Cuenca y la Asociación casa de luz y esperanza para el ciego (CALEPSI) del cantón Gualaceo, en donde se dio a conocer los objetivos de la investigación y el procedimiento a realizarse para obtener facilidades para el respectivo acceso a los potenciales participantes del estudio. Posteriormente, las instituciones facilitaron el espacio para la aplicación de los instrumentos, cuando las personas con discapacidad no podían acudir a las instalaciones de dichas instituciones se acordó una visita domiciliaria. Cabe resaltar que la mayoría de los participantes fueron contactados de esta manera ya que se encontraban dispersos en la provincia del Azuay.

En primer lugar, se dio lectura y entrega del consentimiento informado, además, se entregó un documento escrito en braille con más información de la finalidad de la investigación, para fomentar la inclusión de la población estudiada, posteriormente se procedió a la aplicación de

la ficha sociodemográfica y de la escala de Autoeficacia General para el contexto ecuatoriano. En un inicio, se planteó aplicar los instrumentos en escritura braille, sin embargo, a pesar del conocimiento de este sistema, la mayoría de personas con discapacidad visual preferían que el investigador dé lectura al instrumento, ya que manifestaban que la utilización del sistema braille no se daba cotidianamente, por lo tanto, el tiempo requerido sería muy extenso.

Los instrumentos utilizados para la recolección de información fueron una ficha sociodemográfica y la escala de autoeficacia generalizada adaptada para el contexto ecuatoriano (Bueno-Pacheco et al., 2017). La ficha sociodemográfica incluyó datos como: sexo, edad, estado civil, grado de discapacidad, estatus económico, nivel educativo, ocupación, conocimiento de escritura braille y edad en la que se adquirió la discapacidad. La escala de Autoeficacia General para el contexto ecuatoriano (Bueno-Pacheco et al., 2017) se utilizó para identificar el nivel de autoeficacia en la población estudiada, para la obtención de resultados se procedió a sumar los puntajes de los ítems para reportar medidas de tendencia central, debido a que el instrumento no posee baremos, la escala consta de 10 ítems que se valoran a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos, el Alpha de Cronbach está entre (0.76 y 0.9), encontrando un valor similar en el presente estudio, el cual fue de 0.80.

Para la migración, procesamiento y análisis de datos se generó un código numérico para cada participante, posteriormente se creó una base de datos utilizando el software Statistical Package for Social Science [SPSS], con el cual se realizó las pruebas de estadística descriptiva, obteniendo medidas de tendencia central y frecuencias, con los datos obtenidos en la ficha sociodemográfica y la escala de autoeficacia generalizada adaptada para el contexto ecuatoriano, con lo que se logró la caracterización de la población y la descripción de la variable autoeficacia.

Esta investigación se basó en los aspectos éticos planteados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (2013) y la Asociación Americana de Psicología (2017), los cuales fueron: respetar el anonimato de los participantes, utilizar un consentimiento informado para el derecho de voluntariedad, la comprensión del objetivo y el procedimiento a realizarse en el estudio, además, se verificó que los participantes comprendieron en su totalidad la información entregada, también al ser la población un grupo vulnerable la investigación se justifica ya que responde a una necesidad de este grupo específico, el cual se beneficiará de los conocimientos del estudio.

Presentación y análisis de resultados

En el siguiente apartado se presentarán los resultados en función a los objetivos establecidos en el estudio.

Características de los participantes

La población de la investigación estuvo compuesta de 35 participantes, de los cuales 25 fueron hombres y 10 mujeres, con edades entre 19 años y 66 años, siendo la media de 43 años de edad. Con respecto, al estado civil 14 participantes están solteros, 14 casados, 5 divorciados, 1 en unión libre y 1 es viudo. El porcentaje de discapacidad visual asignada de los participantes tiene una media 82.31. De los 35 participantes, 22 reciben ingresos inferiores al salario básico unificado (SBU), 7 igual al SBU y 6 personas superior al SBU. De los participantes estudiados, 17 personas mantienen trabajo, mientras que 18 no lo tienen. Ver tabla 1.

Tabla 1.

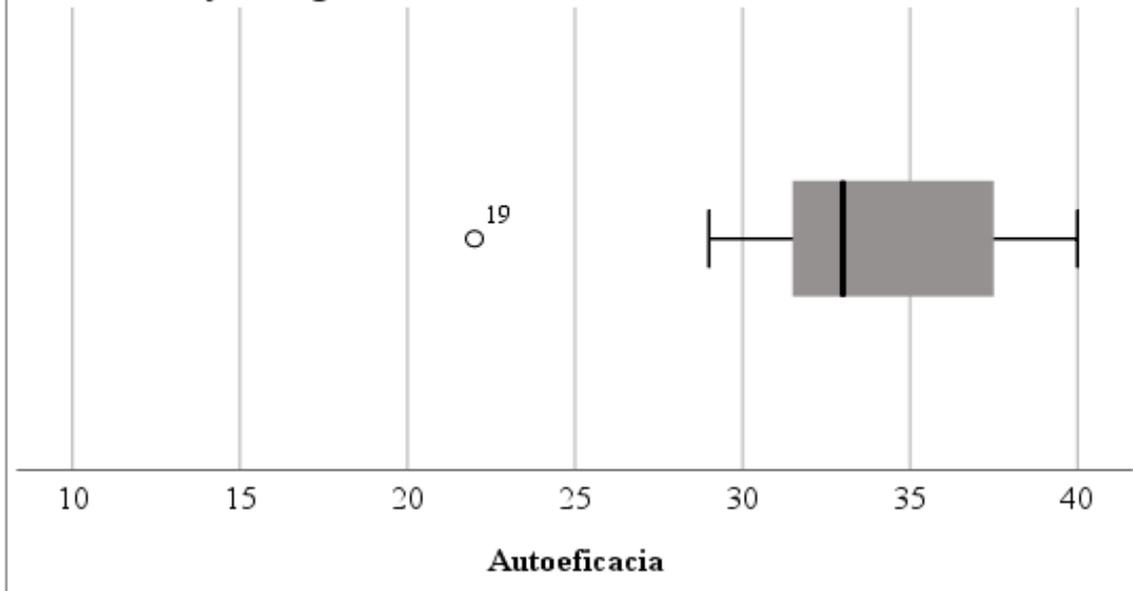
Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	25	71.4
	Mujer	10	28.6
Estado civil	Soltero	14	40.0
	Casado	14	40.0
	Viudo	1	2.9
	Divorciado	5	14.3
	Unión libre	1	2.9
Nivel de estudios	Sin estudios	1	2.9
	Primaria	14	40.0
	Secundaria	13	37.1
	Estudios universitarios	7	20.0
Trabaja actualmente	Si	17	48.6
	No	18	51.4

Ingresos económicos mensuales	Inferior al salario básico	22	62.9
	Salario básico	7	20.0
	Superior al salario básico	8	17.1
Manejo de escritura braille	Si	24	68.6
	No	11	31.4
Causa de la discapacidad	Congénita	8	22.9
	Adquirida	27	77.1
	Mínimo	Máximo	Media
Edad	19	66	43.37
Porcentaje de discapacidad	75	100	82.31

Resultado 1. Nivel de autoeficacia en personas adultas con discapacidad visual

Los participantes presentaron puntajes de autoeficacia general entre 22 y 40, con una media equivalente a 34.08 y una desviación estándar de 4.49, lo que implica que los datos tuvieron un comportamiento homogéneo, en el grafico se puede observar además que existe una tendencia a los valores altos de la escala, lo que determina la existencia de niveles altos de autoeficacia, ver figura 1. Estos resultados coinciden con estudios realizados en personas con discapacidad visual, que indican que la población estudiada presentó niveles altos de autoeficacia general (Méndez-Ulrich et al., 2016).

Figura 1.
Nivel de autoeficacia general


Resultado 2. Nivel de autoeficacia de las personas con discapacidad visual de acuerdo el sexo de los participantes.

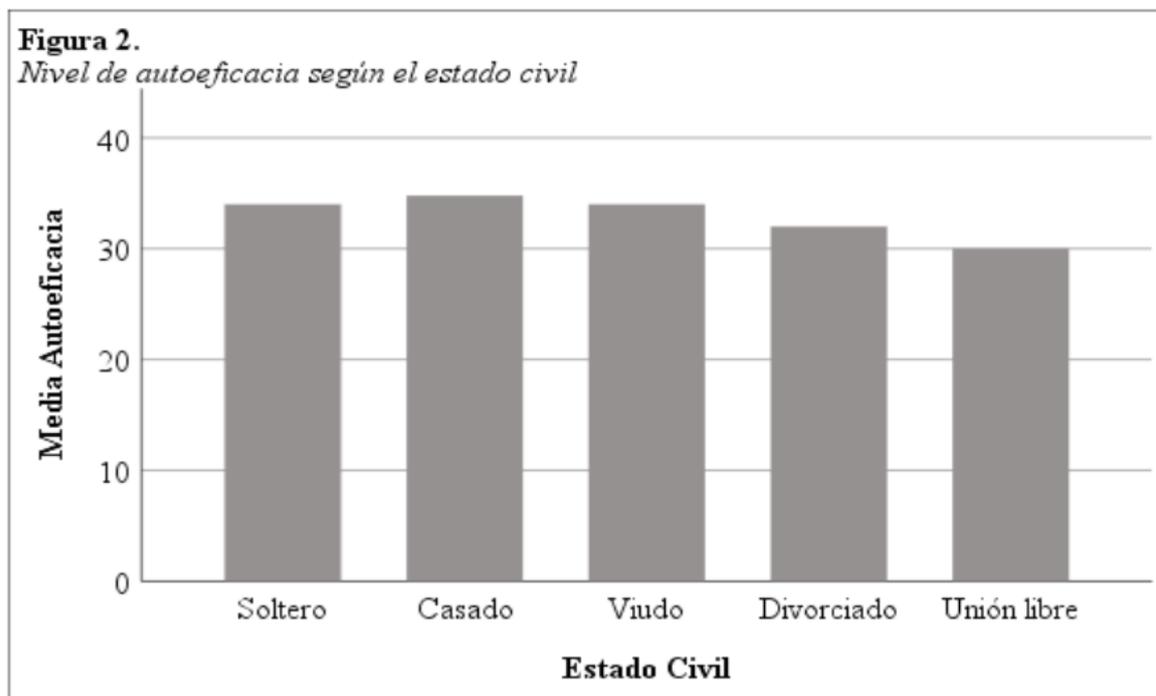
En cuanto al nivel de autoeficacia según el sexo se pudo encontrar que los hombres tienen una media de 34.76 y las mujeres presentaron una media de 31.80, los dos grupos presentan una tendencia hacia los valores altos de autoeficacia, sin embargo, los hombres tendrían una media más alta de la variable, ver tabla 1. Estos resultados discrepan con un estudio donde la diferencia de la variable autoeficacia de acuerdo al sexo de los individuos es casi nula (Méndez-Ulrich et al., 2016).

Tabla 2.
Nivel de autoeficacia según sexo.

		Autoeficacia	
Sexo	Hombre	Media	34.76
		Desviación estándar	3.65
	Mujer	Media	31.80
		Desviación estándar	4.61

Resultado 3. Nivel de autoeficacia de las personas con discapacidad visual en relación al estado civil.

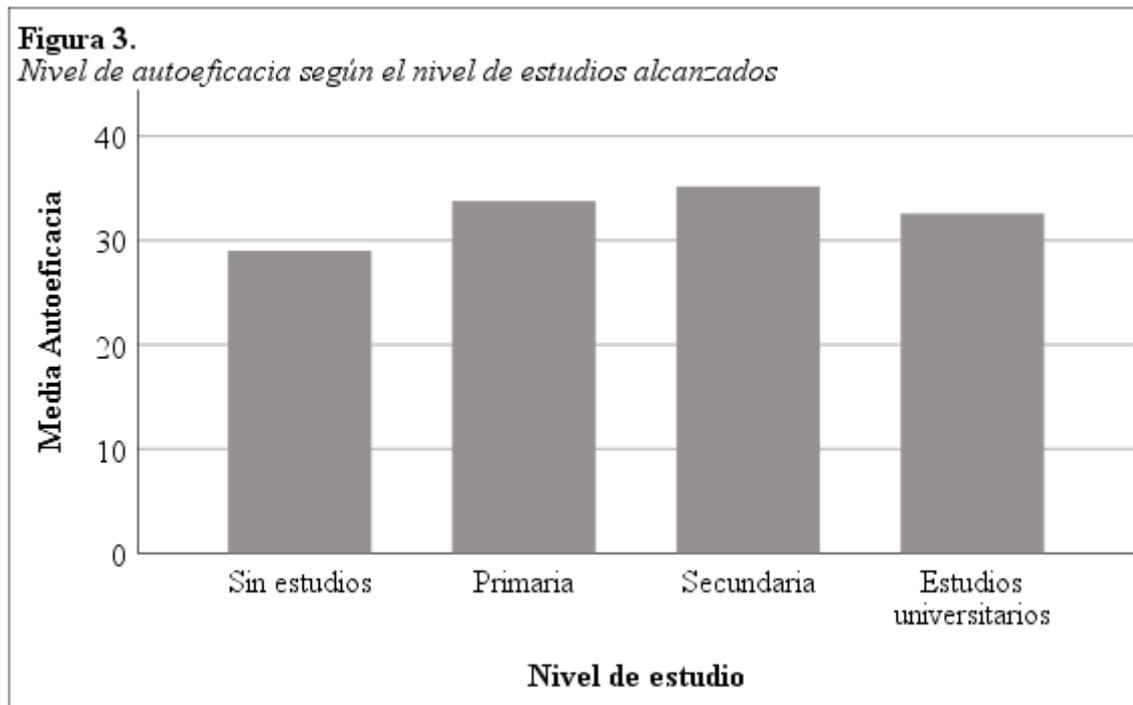
Respecto a la autoeficacia y el estado civil, las personas con discapacidad visual en unión libre tienen una media de 30, lo que indicaría que el puntaje de autoeficacia en esta población es menor a la de los demás, mientras que las personas casadas, son las que tienen un mayor nivel de autoeficacia con una media de 34,79, ver figura 2. Debido a la falta de estudios acerca de autoeficacia en la población con discapacidad no se pudo contrastar esta información, sin embargo, podemos señalar un estudio en el cual se utilizó la variable calidad de vida, la cual está directamente asociada a la autoeficacia, los resultados afirman que las personas con discapacidad que están casadas tienen una menor calidad de vida y que las personas en unión libre tienen una menor calidad de vida (Cardona, Agudelo, Restrepo, Sánchez y Segura, 2014).



Resultado 4. Nivel de autoeficacia de las personas con discapacidad visual según el nivel de estudios.

Con relación al nivel de autoeficacia según el nivel de estudios alcanzados se encontró que las personas con discapacidad visual que no tienen estudios tienden a informar puntajes menores de autoeficacia, mientras que las personas con estudios secundarios presentan los puntajes de autoeficacia más elevados, ver figura 3. Por la falta de estudios sobre autoeficacia

y nivel de estudios en personas con discapacidad, estos resultados no pueden ser discutidos, sin embargo, una investigación que analiza el nivel de autoeficacia en personas adultas mayores, se encontró que las personas con un mayor nivel de estudios demostraban un nivel más alto de autoeficacia (Serra y Irizarry-Robles, 2015)



Resultado 5. Nivel de autoeficacia de las personas con discapacidad visual con respecto a la situación laboral.

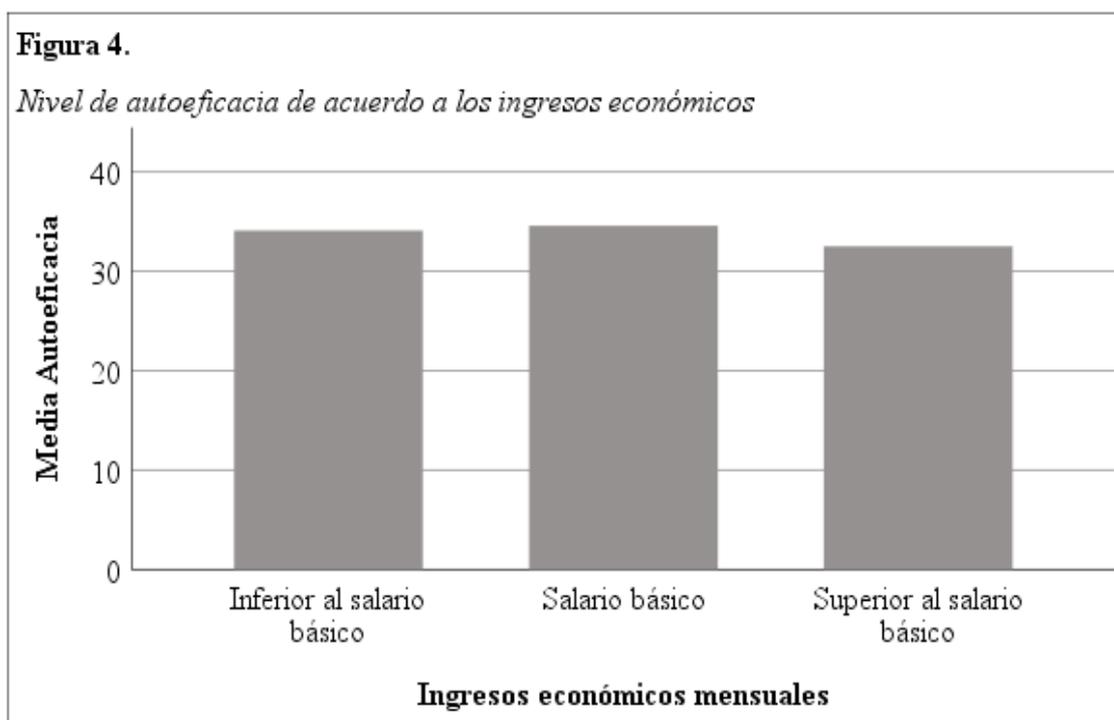
Con respecto a la actual situación laboral en las personas con discapacidad visual, se pudo encontrar que las personas que se encuentran trabajando actualmente tienen una media más alta con respecto a las personas que no se encuentran trabajando, ver tabla 3. Estos resultados coinciden con otro estudio que señala que la situación laboral al ser negativa puede afectar a los niveles de autoeficacia que las personas con discapacidad (Alcover y Pérez, 2011).

Tabla 3.*Nivel de autoeficacia con respecto a la actual situación laboral*

		Autoeficacia
Trabaja actualmente	Media	34.53
	Desviación estándar	3.66
No trabaja	Media	33.33
	Desviación estándar	4.52

Resultado 6. Nivel de autoeficacia de las personas con discapacidad visual de acuerdo a ingresos económicos.

Referente al nivel de autoeficacia según los ingresos económicos se encontró que las personas que tienen ingresos iguales al salario básico tienen mayor nivel de autoeficacia, sin embargo, no existe grandes diferencias del nivel de autoeficacia según este dato sociodemográfico, ver figura 4. Cabe mencionar que la mayoría de la población del presente estudio recibe un bono gubernamental. La teoría afirma que este ingreso económico estable podría estar favoreciendo de forma indirecta la autoeficacia de las personas con discapacidad, ya que los individuos tendrían mayores opciones de elección, lo que genera un sentido de competencia y confianza (Botero y Londoño, 2013).



Resultado 7. Nivel de autoeficacia de las personas con discapacidad visual en función al manejo de escritura braille.

Considerando el manejo de escritura braille y el nivel de autoeficacia los resultados indican que tanto las personas que manejan y las que no manejan escritura braille tienen una media similar indicando el mismo nivel de autoeficacia, ver tabla 4. Debido a la falta de estudios en esta temática no se pudo discutir los resultados obtenidos.

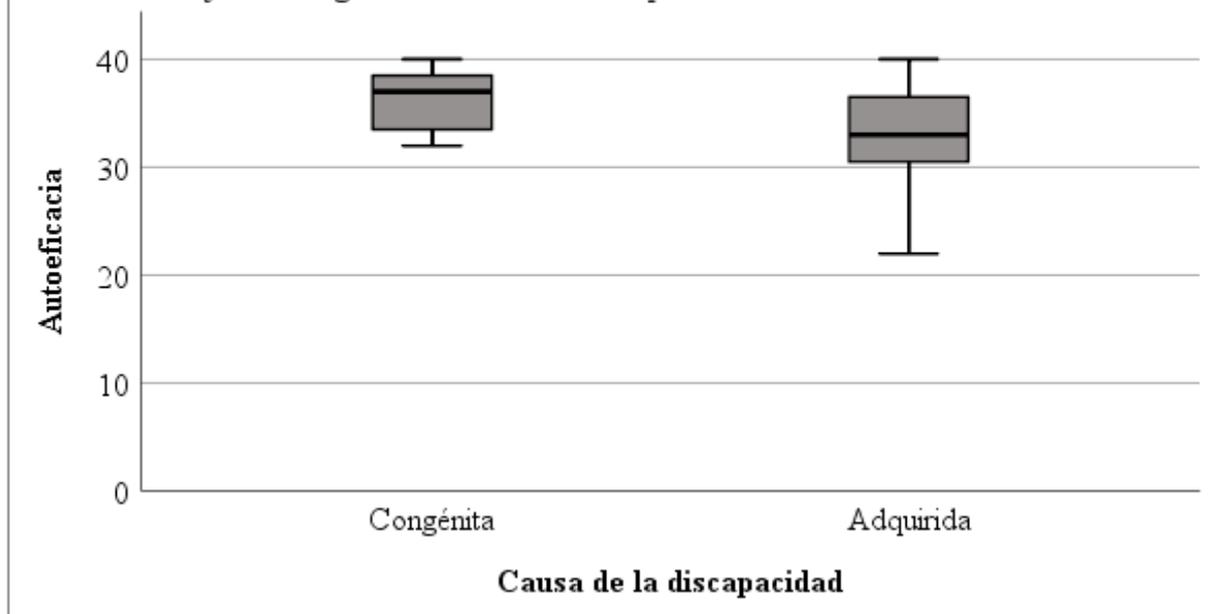
Tabla 4.

Nivel de autoeficacia respecto a si maneja o no escritura braille.

		Autoeficacia	
Manejo de escritura braille	Si	Media	33.67
		Desviación estándar	4.43
	No	Media	34.45
		Desviación estándar	3.70

Resultado 8. Nivel de autoeficacia de las personas con discapacidad visual según la causa de la discapacidad.

En cuanto al nivel de autoeficacia según la causa de la discapacidad visual, se encontró que las personas con discapacidad visual congénita informan una media de 36.25, además, se puede evidenciar que los datos se agrupan dentro de los niveles altos encontrándose entre 32 y 40 puntos, mientras que, en las personas con discapacidad visual adquirida, la media es de 33.22 y los datos se encuentran entre 22 y 40 puntos, ver figura 5. Lo que discrepa con otro estudio realizado en personas con discapacidad que señalan que no existe una diferencia en cuanto a la causa de la discapacidad y el nivel de autoeficacia, indicando valores similares de diferencia mínima (Suriá et al., 2017).

Figura 5.*Nivel de autoeficacia según la causa de la discapacidad*

Conclusiones

El objetivo general del trabajo fue describir la autoeficacia de las personas adultas con discapacidad visual en dos instituciones de la provincia del Azuay, mientras tanto como objetivos específicos se estableció determinar el nivel de autoeficacia en personas adultas con discapacidad visual, e, identificar los niveles de autoeficacia de las personas con discapacidad visual de acuerdo al sexo, escolaridad, estatus socioeconómico y la edad de adquisición de la discapacidad

Al analizar el nivel de autoeficacia general en personas con discapacidad visual se evidenció que la media obtenida en los participantes se encontraba ubicada hacia los valores altos, lo que indicaría que la mayoría de la población estudiada tienen altos puntajes de autoeficacia general.

Con respecto al sexo y el nivel de autoeficacia en la población estudiada, los resultados muestran que los hombres presentaron puntajes altos en la media de autoeficacia, mientras que la media de autoeficacia de las mujeres se encontraba tres puntos por debajo que la de los hombres, indicando una ligera diferencia en el nivel de autoeficacia general.

En relación al estado civil se encontró que las personas que se encontraban divorciadas presentaban niveles más bajos de autoeficacia, puesto que su media era menor con respecto a los demás participantes, mientras que las personas casadas presentaron niveles altos de autoeficacia.

Con respecto al nivel de autoeficacia según el nivel de estudios se evidenció que las personas con discapacidad visual que alcanzaron estudios secundarios presentan los puntajes más altos de autoeficacia, superando a las personas que no tienen estudios o no los completaron e incluso a los puntajes obtenidos por las personas con discapacidad visual que tienen estudios universitarios.

En relación a la situación laboral los resultados concluyeron que las personas con discapacidad visual que mantienen un trabajo actualmente presentan un nivel alto de autoeficacia, también se pudo encontrar que las personas con discapacidad que no se encuentran trabajando presentan también puntajes altos de autoeficacia, pero estos son inferiores en comparación con el anterior grupo mencionado.

Los ingresos percibidos por las personas con discapacidad visual participantes del estudio mediante el bono gubernamental permiten a estos individuos presentar niveles altos de



autoeficacia según los ingresos económicos, lo que impediría obtener una diferencia en el nivel de autoeficacia y la variable sociodemográfica estudiada.

Con respecto al manejo de escritura braille y el nivel de autoeficacia mediante los resultados obtenidos se puede concluir que tanto las personas que conocen escritura braille y las que no tienen un alto nivel de autoeficacia.

En la causa de la discapacidad y el nivel de autoeficacia se encontró que las personas con discapacidad visual congénita tuvieron puntajes mayores de autoeficacia, puesto que los resultados estaban ubicados y agrupados en los valores más altos, por el contrario, las personas con discapacidad visual adquirida, los resultados se encontraban más dispersos y en puntajes más bajos con respecto a su media.



Recomendaciones y Limitaciones

Se recomienda que en futuras investigaciones se pueda realizar estudios comparativos del nivel de autoeficacia entre personas con discapacidad y sin discapacidad, además de comparación entre diferentes tipos de discapacidad. También en consecuencia, de que la autoeficacia está asociada a la calidad de vida se recomienda tomar en cuenta esta variable en la realización de próximos estudios en personas con discapacidad.

En cuanto a las limitaciones de la investigación se debe tener en cuenta que los resultados obtenidos no pueden ser generalizados, puesto que la población con la cual se trabajó es poco numerosa, ya que fue difícil acceder a los participantes, quienes se encontraban dispersos, impidiendo la aplicación grupal que en un principio se planteó.

Referencias Bibliográficas:

- Alcívar, D. y Arteaga, H. (2018). Discapacidad: Un reto para la inclusión participativa y la igualdad. *Dominio de las Ciencias*, 4 (1), 28-43. doi: 10.23857/pocaip
- Alcover, C. y Pérez, V. (2011). Trabajadores con discapacidad: problemas, retos y principios de actuación en salud ocupacional. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 206-223. doi: 10.4321/S0465-546X2011000500013
- American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Asamblea Médica Mundial. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado de <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacionetica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
- Avedaño, M. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172. doi: 10.4067/S0718-48082008000200002
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *Stanford University*, 44 (9), 1175-1184. Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1989AP.pdf>
- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational psychologist*, 28(2), 1 17-148. doi: 10.1207/s15326985ep2802_3
- Barton, Len. (2009). Estudios sobre discapacidad y la búsqueda de la inclusividad. Observaciones. *Revista de educación*, 362, 137-152. doi: 10.4438/1988-592X-0034-8082-RE
- Botero, P. y Londoño, C. (2013). Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 16 (2), 125-137. doi: 10.41718/ACP.2013.16.2.12
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizhpe, C. y Aguilar-Sizer, M. (2017). Adaptación al Español de la Escala de Autoeficacia General para su Uso en el

- Contexto Ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 48(3), 5-17. doi: 10.21865/RIDEP48.3.01
- Cardona, D., Agudelo, A., Restrepo, L., Sánchez, L. y Segura, Á. (2014). Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011. *CES Salud Pública*, 5(1), 137-146. Recuperado de http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3176
- Céspedes, V. (2012). Causas de discapacidad visual en campaña de prevención de ceguera, fundación boliviana de oftalmología 2012. *Revista Médica y Científica "Luz y Vida"*, 3 (1), 27-30. Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3720>
- Cobarrubias, C. y Mendoza, M (2013). La teoría de la autoeficacia y el desempeño docente: caso de Chile. *Revista Estudios Hemisféricos y Polares*, 4 (2), 107-123. Recuperado de <http://www.revistaestudioshemisfericosypolares.cl/articulos/048-Covarrubias%20Lira-Autoeficacia%20Desempeno%20Docente%20Chile.pdf>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Sección sexta personas con discapacidad. Ecuador. Ecuador. Recuperado de: https://www.oas.org/juridico/MLA/sp/ecu/sp_ecu-int-text-const.pdf?fbclid=IwAR2m6S6CLi293X4Egxd9_jrUUkymYVWr7xRl4xf31Pl4Qd9z6jYtkVJP8E [consultado octubre 2018].
- Dirección Nacional de Discapacidades [DND]. (2019). *Discapacidad. Ecuador*. Recuperado de: <https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-discapacidades/>
- García, C., Villatoro, K. y Sahagún, M. (2015). Asistencia personal en la autoeficacia, calidad de vida y estilo de afrontamiento en personas con diversidad funcional de origen físico. *Búsqueda*, 2 (14), 7-18. doi: 10.21892/01239813.55
- González, G., Valdivia, P., Zagalaz, M. y Romero, S. (2015). La autoconfianza y el control del estrés en futbolistas: revisión de estudios. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 10 (1), 95-101. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311132628012.pdf>
- Martínez, B. (2013). Pobreza, discapacidad y derechos humanos. *Revista Española de Discapacidad*, 1(1), 9-32. doi: 10.5569/23405104.01.01.01>

- Méndez-Ulrich, J., Prats-Basset, L., Yagüe, F. y Sanz, A. (2016). Percepción de control, afrontamiento y ajuste psicológico a la discapacidad visual. *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*, 22 (2), 55-61. doi: 10.1016/j.anyes.2016.09.002
- Merino, E. (2010). La expectativa de autoeficacia: su influencia y relevancia en el desarrollo personal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1), 371-377. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832326039.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Discapacidad*. Ginebra. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/> [consultado octubre 2018]
- Pérez, J., García, B., Morales, F. y Morales, A. (2017). Rehabilitación de las actividades de la vida diaria en personas con discapacidad intelectual. España. SCINPOFER.
- Quinn, G. y Degener, T. (2002). *Derechos Humanos y discapacidad*. Nueva York: Publicaciones de Naciones Unidas. Recuperado de https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/10_Derechos_humanos_y_discapacidad.pdf
- Serra, J. y Irizarry-Robles, C. (2015). Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 125-134. doi: 10.14718/ACP.2015.18.1.12
- Suriá, R., Villegas, E. y Rosser, A. (2017). Empoderamiento en estudiantes universitarios con discapacidad en función de la tipología, funcionalidad y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 5 (1), 63-75. doi: 10.5569/2340-5104.05.01.04
- Tejero-González, C., Vega-Marcos, R., Vaquero-Maestre, M. y Ruiz-Barquín, R. (2016). Satisfacción con la vida y autoeficacia en jugadores de baloncesto en silla de ruedas. *Revista de Psicología del Deporte*, 25 (1), 51-56. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2351/235143645007.pdf>
- Union of the Physically Impaired Against Segregation [UPIAS]. (1976). *Fundamental Principles of Disability*. London. Recuperado de: <https://enabledisability.wordpress.com/category/upias/>



Vanegas, J. y Gil, L. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 51-61. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a04.pdf>

Velásquez, A. (2009). Self-efficacy: approaches and definitions. *Psicogente*, 12 (21), 231-235. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552353017.pdf>

Vielma, E, y Salas, L. (2010). Aportes de las teorías de Vygotsky, Piaget, Bandura y Bruner. Paralelismo en sus posiciones en relación con el desarrollo. *Educere*, 3 (9), 30-37. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/356/35630907.pdf>

ANEXOS**Instrumentos****Sección 1. Datos sociodemográficos**

Marque con una cruz la respuesta correspondiente

P1. Sexo1. **Hombre**
2. **Mujer****P2. ¿Cuántos años cumplidos tiene?****P3. Estado Civil**

0.	Soltero	<input type="checkbox"/>
1.	Casado	<input type="checkbox"/>
2.	Viudo	<input type="checkbox"/>
3.	Divorciado	<input type="checkbox"/>
4.	Unión libre	<input type="checkbox"/>

P4. ¿Con quién vive?.....
.....**P5. ¿Cuál es su nivel de estudio más alto que alcanzo?**

0	Sin estudios	<input type="checkbox"/>
1	Primaria	<input type="checkbox"/>
2	Secundaria	<input type="checkbox"/>
3	Estudios universitarios	<input type="checkbox"/>
4	Otros	<input type="checkbox"/>

P6. ¿Cómo se identifica según su cultura y costumbres?

1	Mestizo	<input type="checkbox"/>
2	Blanco	<input type="checkbox"/>
3	Afroecuatoriano	<input type="checkbox"/>
4	Indígena	<input type="checkbox"/>
5	Otro	<input type="checkbox"/>

P7. ¿Cuáles son los ingresos económicos mensuales que recibe?

1.	Inferior a 375 dólares	<input type="checkbox"/>
2.	375 dólares	<input type="checkbox"/>
3.	668 dólares	<input type="checkbox"/>
4.	750 dólares	<input type="checkbox"/>
5.	1.125 dólares	<input type="checkbox"/>
6.	Mayor a 1125 dólares	<input type="checkbox"/>



P8. Su vivienda es

0	Prestada	
1	Arrendada	
2	Propia	
3	Otras	

P9. ¿Trabaja actualmente?

0. No **1. Si**

En el caso de que la respuesta sea negativa pregunte ¿Por qué?

.....
.....

P10. ¿Cuál es la enfermedad o problema que causó su discapacidad visual?

.....
.....
.....

P11. ¿Tiene CARNÉ DE DISCAPACIDAD emitido por el CONADIS y/o MINISTERIO DE SALUD?

0. No **1. Si**

P12. ¿Qué porcentaje de discapacidad visual le asignaron?

P13. ¿A qué edad se originó su discapacidad visual? años.

P14. Además de padecer de una discapacidad visual ¿Padece algún problema de salud?

0. No **1. Si**

En caso de responder Si exprese el nombre de su problema de salud.

.....
.....
.....

**Sección 2. Escala de Autoeficacia General para su uso en el contexto ecuatoriano.**

No hay respuestas correctas, ni incorrectas. A continuación, leeré cada una de las afirmaciones, y se marcará en un círculo el número que considere conveniente. Vamos a utilizar la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones:

1	2	3	4
Completamente falso	Algunas veces falso	Algunas veces cierto	Completamente cierto

1	A pesar de los obstáculos yo puedo encontrar las maneras de obtener lo que quiero	1	2	3	4
2	Yo enfrento problemas graves si me esfuerzo lo suficiente	1	2	3	4
3	Es fácil mantenerme en mis metas hasta alcanzarlas	1	2	3	4
4	Me siento seguro de poder enfrentar eficazmente situaciones inesperadas	1	2	3	4
5	Gracias a mis cualidades personales yo puedo enfrentar situaciones inesperadas	1	2	3	4
6	Yo puedo mantener la calma cuando estoy en problemas porque confío en mis habilidades para enfrentarlos	1	2	3	4
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	1	2	3	4
8	Yo puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	1	2	3	4
9	En una situación difícil, generalmente se me ocurre lo que debo hacer	1	2	3	4
10	Cuando me enfrento a un problema, generalmente encuentro varias soluciones	1	2	3	4

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Autoeficacia en personas con discapacidad visual de dos instituciones de la provincia del Azuay

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador principal	Cruz Dután Jessica Teresa Clavijo Castillo Luis Enrique	0105633739 0107232522	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará a personas con discapacidad visual de dos instituciones de la provincia del Azuay. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

La autoeficacia es la percepción que tiene un individuo de sí mismo acerca de su capacidad para cumplir cualquier meta en su vida, por consiguiente, si existen bajos niveles de autoeficacia esto disminuirá el bienestar integral del sujeto. En personas en condición de discapacidad visual, la autoeficacia puede verse influida por el medio poco inclusivo en donde se relacionan. Por lo que el presente estudio está destinado a identificar la autoeficacia en adultos con discapacidad visual buscando de esta manera garantizar la inclusión que la población referida merece, y a la vez intenta llenar el vacío de conocimiento acerca de estas temáticas, el cual es necesario como guía para implementar programas de prevención e intervención y para futuras investigaciones. Usted fue considerado participe en este estudio debido a que es una persona adulta en condición de discapacidad visual severa integrante de una institución de la provincia del Azuay.

Objetivo del estudio

El objetivo de la investigación es realizar una descripción del nivel de autoeficacia que tienen las personas con discapacidad visual de 2 instituciones de la provincia del Azuay.

Descripción de los procedimientos

Primero, se contactará con cada individuo de ambas instituciones donde se realizará el estudio. La población total estará integrada por 40 personas con discapacidad visual de la provincia del Azuay. Después, se entregará el consentimiento informado el cual estará traducido a escritura braille, en caso de que desconozcan esta escritura braille se les leerá el consentimiento informado, dándoles el tiempo necesario para elegir o no su participación en la investigación. En caso de que la persona haya aceptado participar se procederá a entregar la ficha sociodemográfica y La Escala de Ansiedad Generalizada para su uso en el contexto ecuatoriano, las cuales estarán traducidas a escritura braille, si las personas desconocen la escritura el investigador 1 leerá los ítems a cada participante, para que este responda y el mismo investigador registre las respuestas, de esta forma el investigador 2 podrá revisar el proceso para evitar errores en el mismo.

Riesgos y beneficios

Esta investigación tiene como riesgo principal que el participante se vea afectado emocionalmente por las preguntas que incluyen en el instrumento, pues tiene la finalidad de indagar sobre la percepción de autoeficacia que tienen las personas con discapacidad visual. Los riesgos serán reducidos por la objetividad de la investigación, la finalidad que persigue y la confidencialidad que cuidadosamente serán tratados por los investigadores.

Los beneficiarios no serán beneficiados de forma directa, debido a que no se desarrollarán programas de promoción de la importancia de la autoeficacia, sin embargo, la información obtenida en este estudio ayudara a mejorar la comprensión de la importancia de la autoeficacia en personas que presenten discapacidad, y fomentara la creación de programas que fomenten el conocimiento y fortalecimiento de esta temática.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Otras opciones si no participa en el estudio
Usted tiene la libertad de participar o no en el estudio, pues esta investigación se rige a normas éticas, las cuales se basan en la importancia de respetar la voluntariedad y anonimato de los individuos.
Derechos de los participantes
Usted tiene derecho a: <ol style="list-style-type: none"> 1) Recibir la información del estudio de forma clara; 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio; 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad); 10) Que se respete su intimidad (privacidad); 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes; 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
Información de contacto
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame a los siguientes teléfonos: 0990814098; 0987089752, que pertenece a Cruz Dután Jessica Teresa; Clavijo Castillo Luis Enrique o envíe un correo electrónico a jessica.cruzd97@ucuenca.edu.ec ; enrique.clavijo25@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado (lectura por parte de los investigadores)
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	Firma del testigo	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec
--

Comité de Bioética en
Investigación del Área de
la Salud
Universidad de Cuenca
APROBADO

Fecha: 06 MAY 2019