

**AUTOEFICACIA DE PERSONAS CON Y SIN CEGUERA DE LA CIUDAD DE
BOGOTÁ: ESTUDIO COMPARATIVO**



AUTORES

**MICHEL ANDREA ALFONSO ROJAS
PAULA ANDREA CASALLAS CONSUEGRA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BOGOTÁ D.C
DICIEMBRE, 2020**

**AUTOEFICACIA DE PERSONAS CON Y SIN CEGUERA DE LA CIUDAD DE
BOGOTÁ: ESTUDIO COMPARATIVO**



AUTORES

**MICHEL ANDREA ALFONSO ROJAS
PAULA ANDREA CASALLAS CONSUEGRA**

DOCENTE ASESOR

ANGELA MARÍA POLANCO BARRETO

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BOGOTÁ D.C
DICIEMBRE, 2020**

Tabla de contenido

Introducción	8
Capítulo 1. Descripción General del Proyecto	10
1.1 Problema de investigación	10
1.2 Objetivos	10
1.2.1 Objetivo general	10
1.2.2 Objetivos específicos	10
1.3 Justificación	11
Capítulo 2. Marco de Referencia	13
2.1 Normatividad en torno a la población con diversidad funcional	13
2.2 Diversidad funcional	16
2.2.1 Tipos de diversidad funcional.	19
2.2.1.1 Diversidad funcional visual.	21
2.3 Autoeficacia	27
2.3.1 Autoeficacia general	29
2.4 Programas dirigidos a población con diversidad funcional en relación a la autoeficacia.	30
Capítulo 3. Marco Metodológico	32
3.1 Enfoque	32
3.2 Tipo de estudio	32
3.3 Población	32
3.3.1 Criterios de inclusión.	33
3.3.2 Criterios de exclusión.	33
3.4 Procedimiento	33
3.5 Técnicas e Instrumentos para la recolección de información	34

3.5.1 Escala de Autoeficacia Generalizada (Baessler y Schwarzer, 1993) adaptada por Juárez y Contreras (2008).	34
3.6 Técnicas e Instrumentos para el análisis de la información.	36
3.7 Consideraciones éticas	36
Capítulo 4. Análisis de Resultados	40
4.1 Características sociodemográficas	40
4.1.1 Distribución por edad	40
4.1.2 Distribución por género	41
4.1.3 Distribución por nivel de escolaridad	41
4.1.4 Distribución por estrato socioeconómico	42
4.1.5 Distribución por ocupación	43
4.1.6 Distribución por tipo de familia	44
4.1.7 Distribución por origen de la diversidad funcional visual	45
4.1.8 Distribución por pertenencia a una fundación, centro, asociación, etc.	46
4.1.9 Distribución por el tiempo desde que adquirió la DFV	48
4.2 Resultados de autoeficacia	49
4.2.1 Autoeficacia en personas con ceguera y sin ceguera	49
Discusión y conclusiones	54
Referencias	57

Índice de tablas

Tabla 1. Cronograma de las fases de la investigación.....	33
Tabla 2. Prueba T de muestras independientes para comparar la autoeficacia entre ambos grupos.....	51
Tabla 3. Prueba T de muestras independientes, comprobación de hipótesis.....	52

Índice de figuras

Figura 1. Distribución por edad de las personas con y sin ceguera.....	40
Figura 2. Distribución por género de las personas con y sin ceguera.....	41
Figura 3. Distribución por nivel de escolaridad de las personas con y sin ceguera.....	42
Figura 4. Distribución por estrato socioeconómico de las personas con y sin ceguera.....	42
Figura 5. Distribución por ocupación de las personas con y sin ceguera.....	43
Figura 6. Distribución por tipo de familia de las personas con y sin ceguera.....	44
Figura 7. Distribución por origen de la diversidad funcional visual.....	45
Figura 8. Distribución por pertenencia a una fundación, centro, etc., de las personas con y sin ceguera.....	46
Figura 9. Distribución por pertenencia a una fundación, centro, etc., de las personas con diversidad funcional visual.....	47
Figura 10. Distribución por tiempo transcurrido a partir de la adquisición de la ceguera.....	48
Figura 11. Prueba de normalidad de los datos.....	49
Figura 12. Prueba de igualdad de varianza de las muestras.....	50
Figura 13. Gráfica de cajas a partir de la prueba T-Student de muestras independientes para comparar la autoeficacia en ambos grupos.....	52

Índice de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado.....	65
Anexo 2. Escala de Autoeficacia Generalizada (Schwarzer y Jerusalem, 1995) adaptada por Juárez y Contreras (2008).....	67

Introducción

La diversidad es un aspecto característico del ser humano, lo que implica que existe una variedad de formas en las que cada uno se reconoce, acepta, respeta y valora entre sí, esto se debe a las diferencias que las personas tienen en cuanto a su ubicación geográfica, condiciones socioeconómicas, orígenes étnicos, manifestaciones culturales, orientación e identidad sexual, o respecto a las diferencias en sus capacidades sensoriales, motoras y cognitivas que los llevan a desenvolverse de determinada manera; por lo tanto, dichas particularidades deberían significar una aceptación e inclusión completa de la diversidad (Romero y Urrego, 2015). Sin embargo, en la actualidad la inclusión es un tema que aún le queda mucho camino por recorrer, como lo indica la OMS (2011), a nivel mundial las personas con alguna diversidad funcional tienen resultados deficientes en diferentes ámbitos ya sea en lo académico, económico o laboral, aunque no por razones de falta de capacidades, sino como consecuencia de las barreras que obstaculizan el acceso a los servicios indispensables para vivir en una sociedad, tales como la educación, la salud, la información, el trabajo, etc. (Salas, 2016).

Por ende, en muchas ocasiones esto puede afectar su autoeficacia, la cual es definida como la confianza en las propias capacidades para llevar a cabo tareas con éxito, y así conseguir el resultado esperado (Bandura, 1997 citado en Tsuji et al., 2019). De esta manera, el impacto que la autoeficacia tiene es de especial relevancia en el rendimiento académico y la permanencia escolar, el desarrollo socioemocional, el compromiso en el trabajo, la motivación y el logro, la adaptación a los cambios, la persistencia, el nivel de participación en situaciones de riesgo y el afrontamiento de adversidades (Palacios, 2015; Borzone, 2017; Beatriz, 2017; Cuevas, Vang, Chen, y Saladin, 2019; Ferrari, Nunes y Marín, 2017).

Teniendo en cuenta la importancia de esta variable en las diferentes áreas, se consideró relevante estudiar su comportamiento en la diversidad funcional visual (DFV), puesto que las investigaciones realizadas en torno a esto han sido escasas y no han apuntado directamente a su descripción; además de que, según el censo (2018) esta población representa aproximadamente 62.17% de las personas con discapacidad en

Colombia (Parra, 2020), considerando que especialmente Bogotá ocupa el tercer lugar con mayor número de personas con DFV con un 10,56% (Fundación Colombiana para la Discapacidad Visual, 2010 citado en Rodríguez y Sánchez, 2018).

Además, atendiendo al concepto de inclusión definida como la respuesta positiva a la diversidad de los individuos, la cual constituye una oportunidad de enriquecimiento del entorno a través de su participación en los diferentes contextos (UNESCO, 2005 citado en Mogollón y Falla, 2014), es relevante el papel de la autoeficacia en este proceso, ya que permite el reconocimiento de las capacidades y potencialidades de la población para su visibilización e inclusión en la sociedad.

Es por ello que generar un acercamiento a la comprensión de este conocimiento, permitió impactar en la aproximación a las necesidades de esta población derivadas del nivel de autoeficacia que poseen; lo cual es gran de importancia para los participantes con ceguera del estudio, así como para los entornos en los que interactúa, al visibilizar dificultades solapadas por las barreras y estigmas en la sociedad, puesto que esto proporcionará un entendimiento más amplio de la condición de discapacidad y de las necesidades que deben ser cubiertas para mejorar el ejercicio de atención a la diversidad y contribuir al desarrollo integral de los individuos, y por lo tanto en su desenvolvimiento.

Así pues, siguiendo los propósitos mencionados, el presente trabajo de investigación se compone en primera instancia del planteamiento del problema, los objetivos y la respectiva justificación del objeto de estudio; seguido de esto se presenta la normatividad en relación a la población, así como las definiciones, características y clasificación de las variables desde lo más general hasta lo más particular; posteriormente se expone la metodología, especificando detalladamente el enfoque y tipo de estudio, población, muestra e instrumentos de recolección y análisis que se utilizaron; y por último se encuentran los resultados, conclusiones y recomendaciones derivadas del proceso investigativo.

Capítulo 1. Descripción General del Proyecto

1.1 Problema de investigación

En Colombia hay alrededor de 296.000 ciegos (Ministerio de Salud, 2016), que por diversas razones presentan dificultades en diferentes ámbitos como el académico, laboral, social, personal o familiar, que afectan su calidad de vida (Silveira, 2015); considerando que esta es un derecho y todas las personas deben recibir garantías para ello, más aún la población con discapacidad, en la sociedad se cuenta con múltiples limitaciones tales como problemas de movilidad, acceso a la información y prejuicios sociales, que interfieren en la participación efectiva y el desarrollo integral de los individuos (Pérez, s.f).

Por lo tanto, una de las características personales importantes para hacer frente a estas y otras dificultades, es la autoeficacia debido a que esta influye en la adaptación al entorno cambiante, así como en el reconocimiento de habilidades que determinan la motivación y el esfuerzo invertido en tareas diarias de múltiples ámbitos (Bandura, 1997 citado en Pareyra et al. 2018; Colom, 2012, citado por Alegre, 2014). Teniendo en cuenta las características de la población y la incidencia de la autoeficacia en los diferentes contextos, se llegó a la necesidad de identificar ¿cuál es la diferencia en la autoeficacia de personas con y sin ceguera de la ciudad de Bogotá?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la diferencia en la autoeficacia de personas con y sin ceguera de la ciudad de Bogotá.

1.2.2 Objetivos específicos

1). Evaluar la autoeficacia general de las personas con ceguera frente a situaciones estresantes, mediante el instrumento EAG.

2). Medir la autoeficacia general de las personas sin ceguera frente a situaciones estresantes, mediante el instrumento EAG.

3). Establecer un análisis comparativo entre personas con ceguera y sin ceguera, generando la descripción de las diferencias en el nivel de autoeficacia.

1.3 Justificación

Todos los seres humanos se enfrentan constantemente a una variedad de circunstancias de la vida que los incitan a tomar acciones dirigidas a afrontarlas y conseguir así sus objetivos (Covarrubias y Mendoza, 2016); esto se encuentra mediado por la autoeficacia, la cual es definida como la creencia que se tiene acerca de las propias capacidades y habilidades para actuar y resolver situaciones demandantes (Birkbeck, 2013 citado en Loayza, 2019). Siguiendo esta línea, García, Villatoro y Sahagún (2015), reconocen que la autoeficacia actúa como factor de adaptación, impacto funcional y proyección al futuro, donde resaltan la importancia de estudiar esta variable en la discapacidad, puesto que esta población se encuentra ante diversas barreras y aspectos discriminatorios, que pueden afectar la percepción de su capacidad para alcanzar metas o hacer frente a las situaciones.

Considerando esto, Pérez (2016) realizó una investigación para estimar las diferencias en las variables de autoestima, satisfacción vital y autoeficacia en una muestra de adolescentes (50% con discapacidad intelectual, 50% sin esta), frente a esta última variable utilizó la Escala de Autoeficacia Generalizada, donde una de sus principales conclusiones correspondió a que los jóvenes con el diagnóstico de dicha discapacidad obtuvieron una media menor que el otro grupo.

Por otro lado, Suría, Rosser y Villegas (2016) desarrollaron una investigación para identificar la relación entre rendimiento académico y empoderamiento, entendiendo este último como un constructo comprendido por “el sentido de competencia, de influencia y autoeficacia” (p. 2543); para ello, aplicaron la escala de Rogers, Chamberlin, Elison y Rogers a 123 individuos con diversos tipos de discapacidad, donde la puntuación menor la obtuvieron los de discapacidad motora y visual.

Además, se hace necesario resaltar que Albà y Flores (2015) en su investigación hicieron un breve acercamiento al presente fenómeno de estudio, donde hallaron que las personas con baja visión tenían menor autoeficacia que las de visión normal, pero mayor que las de visión casi normal, esto en función de las emociones, el nivel de esperanza, la depresión, el ajuste a la discapacidad y la calidad de vida.

Considerando lo anterior, según el DANE (2018), en Colombia se estima más de tres millones de personas con diversidad funcional (7.1%), en el cual el 62.17% corresponden a limitaciones visuales (Parra, 2020); donde a pesar de tener programas de inclusión, la mayor parte de esta población no culmina sus estudios pues la escolarización ha pasado de un 3% a un 8% (Calvo, 2007 citado en Hernández y Velásquez, 2016), y por otro lado, el 62% se encuentra sin empleo (Yepes, 2020). Teniendo en cuenta esto, la autoeficacia juega un papel importante para afrontar estas y otras adversidades, al dotar a las personas de motivación e influir en su desempeño, persistencia y bienestar en sus diferentes entornos de actuación (Ferrari et al., 2017).

Es por ello, que entre las diversas razones mencionadas tales como, la cantidad de población en situación de discapacidad, los estigmas o discriminaciones frente a esta, la importancia de la autoeficacia en las diferentes áreas de la vida, y agregando el vacío teórico en Colombia respecto al estudio de este constructo en el tipo de diversidad funcional en cuestión, es necesario evaluar el comportamiento de esta variable bajo la condición de ceguera y evidenciar si existen diferencias frente a individuos sin ceguera, dada la importancia que se ha venido resaltando. Esto se realizó a partir de la utilización de una escala que evaluó la autoeficacia, la cual se aplicó a un grupo de personas con ceguera y otro sin ceguera, considerándose pertinente llevar a cabo esta comparación, pues permitió contrastar lo mencionado por la literatura referente a que la condición de discapacidad podría afectar negativamente el nivel de autoeficacia en los individuos.

Todo lo anterior, con el fin último de generar un acercamiento a dicho conocimiento, que proporcione determinadas bases para programas o estudios posteriores.

Capítulo 2. Marco de Referencia

Actualmente, a nivel internacional según el DANE (2006), Colombia es uno de los países con el mayor número de personas con diversidad funcional; a pesar de ello se sabe que esta población hace parte de una sociedad que en muchas ocasiones no le presta la atención suficiente, “viven dentro de dificultades de movilidad, desplazamiento, de difícil acceso a sitios, discriminación, sobreprotección de sus familias o abandono por parte de ellas” (Romero y Urrego, 2015, p.15). Además de las diferentes barreras a las que se enfrenta esta población, sus potencialidades como seres humanos con habilidades y capacidades no han sido el foco de atención a lo largo del tiempo, lo que dificulta el desarrollo integral del individuo. Por lo anterior, Martín, Sarmiento y Coy (2013) afirman que “esto significa que las personas con diversidad funcional sí pueden contribuir y hacer parte de la sociedad, siempre y cuando se les otorgue la valoración y el respeto a su condición de personas diferentes” (p.198).

Es por ello que uno de los desafíos más grandes de la sociedad actual es la creación y promoción de políticas que permitan, fortalezcan y fomenten la inclusión (Martínez citado por Escarbajal et al., 2012, en Lorca, 2018), entendida como el proceso de atender y dar respuesta a la diversidad de necesidades, ya sean compartidas e individuales, teniendo en cuenta los estándares de calidad y equidad, a partir de prácticas inclusivas en los diferentes contextos que desarrollen cambios y estrategias en cuanto a contenidos, estructuras, etc., con el fin de abordar de manera pertinente y en su totalidad a lo que se denomina diversidad (MEN, 2012 citado en Martín et al., 2013; Unesco citado por Moliner, 2013, en Ramírez, 2017).

2.1 Normatividad en torno a la población con diversidad funcional

En consideración de lo anterior, existen leyes y normas por las cuales se rigen los procesos y exigibilidad de derechos para las personas con diversidad funcional, dentro de las cuales se pueden destacar como primera instancia la Constitución Política de Colombia (Asamblea Nacional Constituyente, 1991 en Rojas, Arboleda y Pinzón, 2018), la cual reconoce la igualdad de los seres humanos, el carácter inalienable de los derechos sin discriminación alguna de los mismos, y además, brinda protección especial

a personas que por su situación bien sea económica, social, física o mental hayan de estar en condición de recibirla.

Previo a las normativas más contemporáneas, en el país se han trabajado desde los años 80 lo referente a la población con diversidad funcional y la exigibilidad de sus derechos, como ejemplo de esto, el Ministerio de Protección Social de Colombia (2010) citado en Romero y Urrego (2015), dispuso el documento llamado “las normas integrales de la población con discapacidad en Colombia”, dentro del cual se evidencian decretos y leyes establecidas antes de la constitución del 91, tales como el decreto 2358 de 1981 en el que se coordina el Sistema Nacional de Rehabilitación, y la ley 50 de 1988 de coordinación de la política de educación, reeducación, readaptación y reubicación laboral.

De igual manera, el Congreso de la República en la ley 361 de 1997 decretó los mecanismos de integración social de los individuos en situación de discapacidad, en consideración de su dignidad y sus derechos para alcanzar su realización personal. Asimismo, en el año 2009 el Congreso de la República aprobó la ley 1346 declarada exigible por medio de la sentencia C293-10 por la corte constitucional, estableciendo con esta la no discriminación ni exclusión tomando tanto medidas como acciones positivas en pro de la garantía de derechos, todo esto adoptando lo concretado en el año 2006 durante la Asamblea General de las Naciones Unidas, tras la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Congreso de Colombia, 2009 en Rojas et al., 2018; Romero y Urrego 2015). Posterior a esto, en el año 2013 a través de la Ley Estatutaria 1618 se determinaron los preceptos para la garantía del goce y ejercicio pleno de los derechos de los individuos con discapacidad (Congreso de Colombia, 2013 citado por Rojas, et al., 2018).

Con respecto al estado de escolarización y a la educación para las personas con diversidad funcional y capacidades excepcionales, Rojas et al. (2018) citando al Congreso de Colombia (1994) resaltan la ley 115 en la que en el título III, capítulo 1, artículo 46 reconoce a cada individuo con limitaciones bien sean de tipo físico, sensorial, psíquico, cognoscitivo, emocional o capacidades intelectuales excepcionales dentro del

servicio público educativo, así pues expone la premisa de que indistintamente todos los planteles educativos deberán desarrollar y organizar acciones pedagógicas y terapéuticas, con el fin de garantizar el proceso de integración académica y social de los estudiantes; asimismo, la ley 30 de 1992 (Congreso de la República) la cual organiza el servicio de educación superior, se basa en los preceptos de equidad y desarrollo pleno del individuo sin distinción alguna. En concordancia con lo anteriormente señalado, a partir del decreto 3020 del año 2002 (Ministerio de Educación Nacional, 2002 en Rojas et al., 2018) se estableció que las instituciones educativas han de fijar dentro de las características expuestas a la planta docente y demás personal, el cual se encargará de atender a las necesidades de los estudiantes.

Siguiendo esta línea, la Presidencia de la República (1996) creó el Decreto 2082 en el cual se contempla que la atención de la población con discapacidad y talentos excepcionales, bien sea de carácter formal o informal, ha de ser prestada de manera directa o por medio de convenio por parte de instituciones educativas públicas y privadas. De igual forma, dentro del marco del Decreto 366 expedido por el Ministerio de Educación Nacional en el 2009, se establecen y organizan los servicios de apoyo pedagógico, en pro de la atención a la población con discapacidad y talentos excepcionales dentro de lo determinado por las concepciones de la educación inclusiva.

Dentro de la normatividad más reciente, se destaca el Decreto 1421 del 2017, mediante el cual “se reglamenta en el marco de la educación inclusiva la atención educativa a la población con discapacidad” (p.1), a partir de este documento se disponen las rutas y acciones a seguir para brindar dicha atención educativa en las instituciones del territorio, de igual forma se reconocen como agentes reguladores respecto a la protección y educación a sus familias, cuidadores, Ministerio de Educación Nacional, establecimientos educativos privados y públicos, como el INCI (Instituto, nacional para Ciegos), el INSOR (Instituto Nacional para Sordos) y el ICFES (Instituto para la Evaluación de la Educación).

Con relación al anterior decreto, se resalta que para efecto de las instituciones educativas se deben adoptar procesos y cambios como los currículos flexibles, el diseño

universal del aprendizaje, la consideración del plan individual de ajustes razonables, entre otros, debido a que al ser implementados estos procesos a cabalidad y de manera objetiva, impulsan al logro de metas dentro del marco de la inclusión, generando así la disminución de la brecha en accesibilidad y calidad en educación para la cual se han establecido las normatividades.

Por último, es importante mencionar la Ley 1090 del 2006, con el fin de destacar el papel fundamental en cuanto a las obligaciones y el accionar de los profesionales en psicología dentro de los procesos que se llevan a cabo con la población en general, y que aplica de igual forma sin ninguna distinción a la población con diversidad funcional, enfatizando en los principios que rigen el quehacer del profesional como se encuentran descritos en el artículo 2, cimentados en el título V de los derechos, obligaciones y prohibiciones, y de suma importancia, los deberes hacia los usuarios enmarcados en los artículos 33, 34, 35 y 36.

2.2 Diversidad funcional

Teniendo en cuenta la normatividad que se ha venido consolidando a lo largo de los años en el país, las personas con diversidad funcional han sido objeto de debate en términos del ejercicio de sus derechos, donde hasta la terminología con la cual se hace referencia a esta población juega un papel importante. En un inicio se utilizaban términos despectivos que únicamente resaltaban las deficiencias que tenían, lo que creaba una mayor discriminación, estigmatización y prejuicios (Ramírez, 2015). Todo esto viene anudado a una serie de paradigmas y modelos a lo largo de la historia, que han hecho que el concepto evolucione hacia una visión más inclusiva, tal como lo expone Lindón (2018) citado en Castro (2019):

1). Paradigma de prescindencia o tradicional: se caracteriza por concebir a las personas con discapacidad como innecesarias por lo que son objeto de rechazo, refiere el origen de sus características al pecado, y menciona que no tienen nada que brindar a nivel socio-productivo. En este se resalta el modelo eugenésico (no se puede vivir con una discapacidad) y el modelo de la marginación (exclusión por subestimar las capacidades de esta población).

2). Paradigma de la rehabilitación: se caracteriza por centrarse en los aspectos disfuncionales y deficientes del individuo, basados en la idea de que estos pueden ser intervenidos a nivel médico, obteniendo como rehabilitación la desaparición de dichos déficits. Está compuesto por el modelo médico (desviación del estándar normal en cuanto a parámetros definidos culturalmente), y el modelo integrador (perpetuación del paradigma rehabilitador a través de su reformulación).

3). Paradigma de la Autonomía vs Equiparación – DDHH: se caracteriza por enfatizar en los problemas del entorno en lugar de centrarse en las deficiencias de las personas, por lo tanto, intenta revertir la dependencia que esta población ha generado como consecuencia de los paradigmas anteriores. Se constituye, por un lado, del modelo social el cual afirma que las causas de la discapacidad se deben a que la sociedad no puede responder de manera pertinente a las necesidades de dicha población, resaltando el aporte que los individuos con discapacidad pueden brindar en su entorno; y por otro lado, del modelo de diversidad funcional donde se destacan esas potencialidades de cada persona que han sido desvalorizadas años atrás.

En este sentido actualmente se habla de diversidad funcional, dicho término fue introducido en el Foro de Vida Independiente del 2005 en España, como forma de reivindicar los derechos humanos de las personas con cualquier necesidad especial; es importante resaltar que lo anterior fue planteado por la misma población con diversidad (Romañach & Lobato, 2007 citado en Lorca, 2018). Esta nueva propuesta implica ciertos elementos, mencionados por Lidón (2018), que generan una visión más amplia e inclusiva: la desmedicalización, la aclaración de la diferencia entre autonomía moral y funcional, el cambio por una terminología más acorde a las capacidades, el énfasis en el concepto de dignidad, y la generación de debates bioéticos (Castro, 2019). Es por ello que, según Romañach (s.f), la expresión de este término les permite a los individuos con diversidad salir de la celda en la cual han sido atrapados por los sistemas tradicionales, para de esta manera reivindicar sus derechos, su dignidad y su libertad, transformándose en el personaje principal de su destino (Palacios y Romañach, 2006, citado en Márquez, 2015).

Aunque todavía falta mucho por recorrer en tema de derechos, visibilización e inclusión de las personas con diversidad funcional, se ha conseguido desarrollar una mayor conciencia de que los individuos con alguna dificultad a nivel físico, sensorial o mental pueden potenciar sus capacidades y habilidades superando los prejuicios, creencias y estereotipos asignados por la sociedad (Martín et al. 2013).

Por otro lado, Romañach y Lobato (2005) afirman que este término alude a la diferencia en el funcionamiento de las personas al momento de llevar a cabo alguna actividad, es decir que dichas funciones son realizadas de manera diversa en comparación con los demás debido a sus particularidades, ya sea en la forma de desplazarse, leer, aprender, comunicarse o establecer relaciones (Lorca, 2018; Tipán, 2017). Los individuos con diversidad funcional son diferentes a la mayoría ya que tienen características biofísicas distintas, por ello y gracias a las condiciones ambientales que genera la sociedad, son impulsados a llevar a cabo las mismas acciones, pero de otro modo y en algunos casos con ayuda de terceras personas (Alonso, 2017). Esto quiere decir que no se trata de afirmar que el individuo no puede realizar determinada tarea, sino que la manera de hacerla es diversa.

Siguiendo esta línea, este término reconoce que todos los individuos pertenecen a una sociedad, y que de una manera u otra cada uno posee alguna condición diferencial, pero que esto no significa que por esa razón exista algún tipo de marginación, sino que por el contrario todos permanezcan en una condición de igualdad en la cual se tenga en cuenta y se valore la existencia de la diversidad (Rojas et al. 2018). En este sentido, Salas (2016) afirma que esta explica las diferencias a nivel del funcionamiento orgánico que puede poseer un individuo, donde esta población no es caracterizada ni identificada por una incapacidad ya sea total o parcial, sino por tener un funcionamiento diverso y aguantar la discriminación o exclusión que por ello son objeto; “no se atribuye distinto valor a las diferentes maneras de desempeñar una actividad, simplemente se asume que cualquier manera de funcionar es válida si cumple las expectativas de quien la utiliza” (p.16). Por lo anterior, la diversidad es un término que alude a aquellas personas que tienen la capacidad de realizar las cosas de forma distinta, con ayudas técnicas o de

terceros, a partir del reconocimiento de su diferencia biológica; lo que implica analizar sus necesidades y responderlas, de modo que se logre una igualdad (Lidón, 2016).

Como conclusión, se resalta que “esta condición no impide vivir con plenitud y satisfacción pues se trata únicamente de vivir de una manera diversa” (Seoane, 2011 citado en Oviedo, Arias y Hernández, 2019, p. 256).

2.2.1 Tipos de diversidad funcional.

Según Amemiya, Oliveros y Barrientos (2009) citado en Maitta y García (2018), la diversidad funcional implica condiciones que llegan a ser permanentes o temporales, y que se divide según los diferentes grados en que se puede presentar:

1) Leve: presenta dificultades menores en la adaptación al entorno, sin embargo, logra realizar las actividades cotidianas sin apoyos técnicos ni de terceros, superando las barreras impuestas.

2) Moderado: presenta dificultades considerables en la realización de actividades diarias básicas, de manera que necesita apoyos técnicos y de terceros, superando solo algunas de las barreras impuestas.

3) Severa: presenta graves dificultades en la ejecución de las actividades cotidianas básicas si no tiene una ayuda por parte de terceros, por lo que necesita apoyo incondicional, y solo con este puede superar las barreras.

La diversidad funcional puede ser clasificada en: 1) motriz por parálisis o paresias, 2) sensorial, subdividida en visual (moderada, grave, ceguera) y auditiva (hipoacusia, sordera), 3) intelectual como Síndrome de Down o déficit cognitivo, y 4) psicosocial relacionado con el comportamiento o la interacción social (Muñoz y Ovalle, 2017).

Para Zucchi (2009) citado en Maitta y García (2018), teniendo en cuenta las sugerencias de la ONU y la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, la diversidad motriz hace referencia a una condición que compromete el desempeño motor del individuo, la cual puede ser causada por inconvenientes en la gestación o durante el parto, así como lesiones por accidentes, etc.; por otro lado, la

diversidad sensorial alude a la disfuncionalidad en el sentido visual o auditivo; en cambio, la diversidad intelectual se caracteriza por una disminución en el funcionamiento intelectual, el cual se sitúa por debajo de la media generando dificultades en la comunicación, el autocuidado, las actividades básicas, la interacción social, el rendimiento escolar, entre otros; y por último, la diversidad psíquica implica la presentación de trastornos emocionales, psicóticos o de ansiedad que se vinculan a trastornos en el comportamiento adaptativo.

Por otro lado, Gómez (2019) citando a Chocomeli, Falcones y Sánchez (2011), Mañas Viejo y Martínez (2011), así como a Cabrero y Rizzo (2008), determina la clasificación de la diversidad funcional de la siguiente manera: a) de carácter motor, b) de carácter sensorial y comunicativo (diversidad en sus percepciones sensoriales y en su forma de comunicación), c) cognitivo-intelectual (diversidad en ciertas regiones cerebrales causando diferencias en el desarrollo cognitivo), y d) circunstancial o transitoria (diversidad funcional permanente o adquirida por un tiempo).

Siguiendo a este mismo autor, quien citando a Bortija (2016), menciona una clasificación más amplia y detallada de la diversidad funcional:

- Diversidad funcional física o motriz: personas con dificultades en las habilidades motoras las cuales necesitan de ayudas para su movilización.
- Diversidad funcional sensorial: personas con disminución en uno o varios de sus sentidos utilizando otros recursos para poder comunicarse; se puede dividir en: a) auditiva (pérdida de audición, utilizando la lengua de señas), b) visual (pérdidas de visión, usando el sistema Braille para procesos lecto-escritores), y c) multisensorial (dificultades en ambos sentidos).
- Diversidad funcional intelectual, mental o cognitiva: personas con dificultades en la adquisición de aprendizajes básicos, puesto que sus funciones cognitivas se ven afectadas.
- Diversidad funcional psíquica: personas con dificultades en la comunicación y las habilidades sociales, causada por la presentación de trastornos mentales que afectan el comportamiento adaptativo y que pueden generar crisis.

Por último, además de las diversidades mencionadas anteriormente, Jiménez (2015) añade la diversidad de comprensión, de comunicación, así como la orgánica (referida a enfermedades sistémicas que afectan el funcionamiento general en las actividades diarias).

2.2.1.1 Diversidad funcional visual.

Teniendo en cuenta el objeto de la presente investigación, se enfatiza en la diversidad funcional visual la cual implica la deficiencia en el funcionamiento de los órganos visuales que interfiere con el aprendizaje basado en este sentido (Fernández, 2009 citado en Bernal, Narváez y Álvarez, 2011), por lo que es necesario buscar otras formas de compensar la falta de visión para generar un desarrollo pleno e integral en el individuo. Asimismo, García y Moreno (2019) afirman que este tipo de diversidad incluye a todas las personas que presentan dificultades o ausencia en el sentido de la vista, por lo que funcionan de un modo distinto al resto, reaprendiendo el uso de sus otros sentidos (auditivo, táctil y olfativo) y activándolos constantemente de manera que le permitan conocer, explorar e integrarse en su entorno.

De este modo, se incluyen todas las condiciones que ocasionan disminución o pérdida de la vista, provocando alteraciones significativas en la agudeza y/o campo visual, que implica desde una baja visión hasta la ceguera absoluta (Antelo, Fociños, Pousada, Raluca y Seijas, 2018). De la misma manera Douglas, McLinden y Pavey (2009) citados en Guzmán (2015), afirman que esta pérdida incluye aspectos en relación a la agudeza visual, la acomodación (focalizar), el campo de visión, así como la percepción de color y adaptación a la luz. Teniendo en cuenta esto, la agudeza visual hace referencia a la capacidad para reconocer y discriminar detalles en el espacio o en los estímulos (figura y forma de los objetos) a diferentes distancias, mientras que el campo visual, es la zona o espacio que el ojo puede llegar a abarcar, es decir, el conjunto de objetos en un espacio que alcanza a ser visible sin necesidad de realizar movimientos (Ortiz, 2015).

El Consejo Internacional de Oftalmología divide las dificultades visuales en: visión normal, pérdida visual (leve, moderada, severa, profunda o próxima a la ceguera) y ceguera total (Calero, 2015). Por un lado, la baja visión se define como la disminución

en el sentido de la vista (reconocen objetos a pocos centímetros), que dificulta la realización de determinadas actividades y precisan en cierta medida de apoyos o potencialización de otros sentidos para llevarlas a cabo; en cambio, la ceguera hace referencia a la ausencia absoluta de la visión o con una mínima captación de la luz, por lo que necesariamente requieren de ayudas y desarrollo de los demás sentidos (tacto, audición) para aprender y adaptarse al entorno (Torres, 2014; Illa, 2015).

De la misma manera, Arias (2010) afirma que la ceguera es la pérdida total de la vista que obstaculiza el reconocimiento del entorno y sus elementos, sin embargo, cuando esta alteración visual es menor, se denomina baja visión dividida en leve, moderada y severa (Dávila, 2019). Además, en la Resolución ICO (2002) estas categorías se definen en función de dos características: 1) las personas con necesidad de sustituir el sentido de la vista (ceguera), y 2) los individuos que utilizan dispositivos que logran mejorar dicho sentido (baja visión) (Santos, 2015).

La pérdida visual puede darse por razones congénitas, es decir de nacimiento, o por razones adquiridas como consecuencia de enfermedades, traumatismos, glaucoma, tumores que afectan el nervio óptico, entre otros, (García y Moreno, 2019). En cuanto a esta clasificación (según sus causas), además de las mencionadas anteriormente, Navas, Jover y Castejón (2013) también resaltan los orígenes hereditarios y víricos de la condición; siguiendo a este mismo autor, igualmente se pueden categorizar según el órgano afectado: alteraciones en el globo ocular (ceguera ocular) o lesiones en el área cerebral occipital (ceguera cortical).

2.2.1.1.1 Dificultades presentadas en las personas con DFV

Es necesario entender que no todas las personas con diversidad funcional visual tienen las mismas dificultades en su desarrollo, ya que esto depende del grado de visión y del momento desde el cual se presentó la condición (Rodríguez, 2010 citado en Rodríguez, 2017). De la misma manera, González (2003) afirma que se trata de un proceso heterogéneo en el que convergen diferentes aspectos tales como la etiología, aparición y evolución de la pérdida visual, así como la actitud familiar frente a este, los síndromes asociados, la estimulación y el apoyo especializado (Alonso, 2017). Por ello

es importante tener en cuenta la individualidad, aunque también es relevante comprender que hay tendencias que se pueden resaltar.

Considerando esto, la persona que tiene una diversidad funcional visual se enfrenta a una variedad de barreras que obstaculizan su pleno desarrollo, entre estas se resaltan las de “movilidad, comunicación e información, acceso a bienes y servicios, y actitudes negativas hacia la discapacidad” (De Asís, 2005 citado en Corrales, Soto y Villafañe, 2016, p.4); asimismo, Antelo et al. (2018) destaca las barreras ambientales (físicas, de movilidad), sociales (actitudinales) y políticas (leyes o normas ineficientes). Por ello, pueden presentar afectaciones en su autonomía (al realizar actividades cotidianas), su aprendizaje y la seguridad en sí mismos, lo que impactará en la forma en que se auto-perciben, se debilitará su autoestima y estado de ánimo, y probablemente se generará sentimiento de vergüenza frente a sus características (García y Moreno, 2019).

De igual manera, Santos (2015) afirma que pueden tener dificultades en el aprendizaje y aplicación de conocimientos, la comunicación, la movilidad, el autocuidado, las rutinas, las interacciones sociales, la vida socio-comunitaria y cívica. Sin embargo, estas solo se presentarán, si no se le brindan los apoyos, herramientas y ayudas necesarias, para que la falta del sentido de la vista no tenga una mayor afectación en su vida diaria ni en su desenvolvimiento a nivel personal o social. Asimismo, en cuanto al desarrollo escolar, Rosa y Ochaíta (1993), así como Esteban (2000) y Sedeño (2000), mencionan dificultades en la motricidad, aprendizaje, aspectos académicos y conducta socioemocional (Rodríguez, 2017).

Frente al entorno laboral, Reyes y Rubio (2014) resaltan que la autonomía de la población ciega impacta las oportunidades y el acceso a empleos, en relación a esto, la investigación realizada por los autores mencionados arrojó que un 20% de las personas entrevistadas habían asistido a una entrevista laboral, considerando normal la no asistencia a estas por motivos de su nivel educacional y aseverando que su diagnóstico es un obstáculo; adicional a esto, la inserción laboral se ve permeada por las barreras físicas, las relaciones sociales entre el empleado con discapacidad y su ambiente de trabajo, y el clima organizacional, lo cual puede impactar significativamente en la

integración social de las personas con diversidad funcional, con respecto a la seguridad y satisfacción generada en sí mismas.

Algunas de las principales barreras en la población adulta con diagnóstico de ceguera son las de comunicación, no por motivos de falta de reformas en instrumentos o estructuras sino por la poca accesibilidad de la población a estos, otras son las arquitectónicas en las que se evidencia escasez de implementos que aseguren y optimicen la realización de las actividades diarias, como ir de compras o acceder a servicios de salud, y por último, las barreras actitudinales referidas por la Organización Mundial de la Salud (2016) como un obstáculo de tipo contextual, pues impacta en el desarrollo personal dentro cada uno de los entornos, resaltando la falta de participación con otros individuos o en actividades cotidianas y sociales (Alarcón y Vizcarra, 2016).

Asimismo, Reyes y Rubio (2014) mencionan que el hecho de que una persona que posee alguna diversidad funcional ingrese al mundo laboral tiene ventajas y desventajas que trae consigo dos opuestos: la inclusión y la exclusión; esto se da, ya que por un lado se pueden producir efectos como el incremento de la calidad de vida y la realización personal y profesional, mientras que por el otro se da lugar a la precariedad económica y a la marginación social.

Siguiendo estos autores, en la inserción laboral de las personas con discapacidad se debe considerar: 1) la educación y formación, ya que es una herramienta que facilita la integración laboral y social, 2) las redes de apoyo con las que cuenta la persona, en cuanto al acompañamiento que puede tener cada uno de los aspirantes, y 3) la habilitación y rehabilitación, esto desde la perspectiva de ver o evidenciar la capacidad para desenvolverse en la vida social y laboral, la cual pudo ser dotada por primera vez (habilitación) o de manera continua (rehabilitación) para mejorar su calidad de vida e independencia.

Considerando la información anterior, a partir de los resultados de la investigación de Reyes y Rubio (2014) se concluyó que factores como la discriminación, desigualdad de oportunidades, ausencia de redes de apoyo y educación, tienen una relación directa en la exclusión que viven las personas con ceguera al intentar acceder al mundo laboral,

aunado al cambio de perspectiva del empleador al contratar a esta población, lo cual conlleva a que recurran a trabajos informales para solventar sus necesidades.

Por otro lado, se destaca que a nivel socioemocional las personas con diversidad funcional visual pueden presentar déficit en sus habilidades sociales y en su autoestima, tal como lo indican diferentes autores mencionados por Valles y Miñana (1997): dificultades en la adaptación social y aislamiento debido a la exclusión por parte de sus pares, dependencia y pasividad, poca asertividad, problemas en la definición de su autoestima y autoconcepto, así como en las habilidades comunicativas (verbales y no verbales), en la participación de situaciones sociales y en el establecimiento de patrones afectivos, donde la percepción frente a sus competencias se encuentra infravalorada (Ortiz, 2015).

Teniendo en cuenta las dificultades presentadas gracias a las barreras impuestas por la sociedad, se puede destacar que no solo son dichas barreras por las que la población con diversidad funcional ha de enfrentarse a lo largo de su vida, por el contrario, existen factores que se mencionan anteriormente y que convergen con otros de los que se tiene muy poca información; por ello, dado que los acercamientos a este tipo de temáticas no ha sido un pilar en la investigación se hace necesario resaltar lo expuesto por Blake y Rust (2002), quienes en su estudio evidenciaron que uno de los obstáculos principales en los estudiantes universitarios es la autoconfianza, sin embargo, los alumnos con discapacidades más visibles y graves (auditiva, visual y física) tienen una mayor autoeficacia social, puesto que la aceptación de sus dificultades (que no pueden ser escondidas) les permite tener una mejor percepción de sí mismos, y por lo tanto esto influye en cómo son apreciados por los demás, lo cual puede ser debido a que las personas con diversidad que asisten a la universidad consideran que han enfrentado múltiples adversidades y por ello dicha autoeficacia es más alta.

Además, según los autores, lo anterior puede influenciarse por el origen de la diversidad, ya que el individuo que nació con esta probablemente acepta de mejor manera su condición, que una persona que la adquirió después de un tiempo. Sin

embargo, de manera global dentro de dicha investigación se obtuvo que en cuanto a la autoeficacia general las puntuaciones fueron iguales que las de personas regulares.

Por otro lado, respecto a los demás niveles de educación, Kendall y DeMoulin (1993) resaltan que los estudiantes con discapacidad se deben enfrentar a una diversidad de situaciones que implican presiones y desafíos tales como etiquetas y estigmas, problemas en su autoimagen, dificultades en las relaciones sociales, actitudes negativas del personal escolar, falta de preparación de los profesores y estilos de enseñanza rígidos o tradicionales, inconvenientes en la asistencia, trabajos y tareas, calificación y evaluaciones poco pertinentes, así como barreras arquitectónicas; todo esto puede afectar en gran medida tanto su autoconcepto como su autoeficacia.

Sin embargo, a partir de algunas investigaciones llevadas a cabo en población con otros tipos de diversidad funcional, en este caso con dificultades auditivas, Cuevas et al. (2019) encontraron 5 variables que predicen la autoeficacia: locus de control interno, apoyo social, espiritualidad/religiosidad, logro educativo y estado laboral; además, siguiendo a estos autores los cuales citan a Young, Green y Rogers (2008), destacan que con un buen apoyo por parte de los padres y de la institución educativa, los niños pueden desarrollar un nivel de autoeficacia que les sirva como fortaleza interna para enfrentarse a una sociedad que no les brinda las condiciones y adaptaciones necesarias que se requieren ante una discapacidad.

En concordancia con lo anterior, en población con sordera profunda los resultados de la investigación de López (2010) arrojaron que si los individuos son conscientes de sus propias capacidades, esto contribuirá significativamente en el fortalecimiento de su autoeficacia, siendo, como en el caso anterior, el apoyo por parte de la familia y la motivación propia el pilar fundamental en este proceso; además de esto, teniendo en cuenta que una de las mayores dificultades en esta población es la comunicación, pues esto hace al individuo fácilmente permeable a las experiencias negativas afectando directamente su autoeficacia, se recomendaron actividades que posibiliten la interacción y el desarrollo social, con el propósito de generar un impacto positivo en esta dimensión (Aroche, 2012).

Por otro lado, Botero y Londoño (2013) en su investigación incluyeron el estudio de la autoeficacia como factor psicológico predictor de la calidad de vida en personas con discapacidad física de Bogotá; dentro de sus hallazgos se observa que los participantes obtuvieron un puntaje elevado en el nivel de autoeficacia, debido a que hacían parte de un programa de inserción laboral por lo que recibían algún ingreso económico, lo cual generaba un mejoramiento en su calidad de vida y un mayor ajuste a la discapacidad, incrementando de esta manera el sentido de competencia y confianza en sí mismos.

2.3 Autoeficacia

Como se evidencia en los apartados anteriores se hace referencia a varios conceptos que convergen en la población con diversidad funcional, entre ellos la autoeficacia; este constructo se ha edificado sobre bases sólidas desde las consideraciones de Rotter (1996) en Molejón y Fernández (2017), quien reconoce a la autoeficacia dentro del locus de control, es decir las perspectivas y expectativas que se tiene acerca de los resultados obtenidos. Siguiendo esta línea, Morejón (2010) describe la autoeficacia como una característica que hace referencia a qué tanta expectativa se tiene de sí mismo frente a un amplio rango de actividades, las cuales determinan en su mayoría los procesos de toma de decisiones y perseverancia en las metas deseadas o formadas por el individuo, de igual manera define en gran medida los riesgos a tomar y las responsabilidades de las que se va a hacer cargo, en pro del éxito de la tarea. Así pues, “es un constructo que representa juicios, percepciones y creencias que cada individuo tiene sobre sus propias capacidades; por ende, le conduce a elegir y mantener determinadas líneas de acción” (Gutiérrez y Landeros, 2017, p.2).

En concordancia con lo anterior, Bandura (1997) citado en Grasaas et al. (2020), define la autoeficacia como las creencias en que uno mismo puede ejecutar los recursos propios, en beneficio de la realización de acciones y el logro de los resultados que se desean, de igual manera reconoce que el éxito de la tarea se relaciona con la convicción de que se es capaz de llevarla a cabo. Además, existen diversos factores que se encuentran inmersos en la conducta, de los cuales se pueden resaltar los motivacionales

o emocionales, ambientales, cognitivos y personales (Bandura 1986, 1982 en Molejón y Fernández, 2017; Tsuji et al., 2019).

Con relación a estos últimos factores, es reconocido por Perandones y Herrera (2017) que la autoeficacia está estrechamente ligada con la imagen que se tiene de sí mismo, debido a que si se cree que se es fracasado o perdedor, estas expectativas de éxito en la tarea van a disminuir. La autoeficacia juega un rol clave en el funcionamiento humano porque esta afecta la conducta no solo de manera directa, también impacta en otros determinantes como las metas, las aspiraciones, las expectativas, el estado afectivo y la percepción de los impedimentos y oportunidades del ambiente social (Bandura, 2005 en Palacios, 2015).

Teniendo en cuenta la forma en que se ha venido desarrollando este constructo, se puede resaltar que la autoeficacia no solo está influenciada por diferentes factores, también tiene ciertas características principales, las cuales Molejón y Fernández (2017) describen desde diversos autores, condensándolas en cinco puntos importantes, indicando pues que la autoeficacia:

- 1) Es dinámica (Tschannen-Moran y McMaster, 2009) puesto que las experiencias vividas ayudan a que ésta aumente o disminuya.
- 2) Es cíclica porque los individuos no solo viven experiencias sino que también se benefician de ellas (Malinen, Savolainen y Xu, 2012);
- 3) Es multidimensional ya que engloba procesos psicológicos, cognitivos, afectivos, motivacionales y selectivos (Zimmerman, 2000);
- 4) Es específica porque no se puede hablar de poseer una alta autoeficacia en todos los ámbitos y contextos (Knoblauch, Woolfolk-Hoy, 2008);
- 5) Es permeable porque puede verse afectada por cambios, haciendo que se fortalezca o disminuya (Blanco, 2009) (p.612).

Por último, Cuevas et al. (2019) mencionan que fortalecer la autoeficacia se puede reconocer como un rasgo necesario para hacer frente a las adversidades y obstáculos que se presentan en la vida de una persona, fomentando la confianza en sí mismo para superarlos. Asimismo, Palacio (2015) afirma que ese grado de confianza de igual

manera impulsa a que el individuo idee metas más altas y desarrolle una actitud mucho más perseverante, mientras que por otro lado menciona que el nivel de autoeficacia puede llegar a predecir la aparición o involucramiento en conductas de riesgo.

En este sentido, recogiendo las definiciones de este constructo anteriormente desarrolladas, se puede considerar a la autoeficacia como la creencia en que se tiene la facultad para realizar determinadas tareas, o que se cuentan con las herramientas suficientes para hacer frente a las mismas de manera exitosa.

Sin embargo, aunque esta definición se plantea desde una perspectiva global, es importante tener en cuenta que la autoeficacia se ve mediada y evidenciada en diversos contextos, por lo que se han construido escalas para realizar la medición de este constructo en diferentes aspectos, dentro de los cuales se encuentra la autoeficacia general.

2.3.1 Autoeficacia general

Según Sanjuán et al. (2000), la autoeficacia general se define como “un constructo global que hace referencia a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana” (Velásquez, 2012, p.153). Siguiendo esta línea, se destaca que la autoeficacia es una variable fundamental en el impacto de estrategias y de la motivación que influyen en el logro de un objetivo concreto, además de intervenir en las respuestas de índole emocional frente a situaciones complicadas (Blanco, Martínez, Zueck y Gastélum, 2011; Álvarez, Santiviago, López, Dare y Rubio, 2014 ; Prieto, 2001 citados en Borzone, 2017); esto en concordancia con lo determinado por Bandura (1997), quien concreta que la autoeficacia general actúa como intermediario entre las experiencias estresoras y los resultados percibidos de bienestar (Grasaas et al., 2020).

Bandura (1986) citado por Galleguillos (2017) “plantea que la autoeficacia en un campo concreto implica una capacidad generativa en la que es necesario integrar subcompetencias cognitivas, sociales y conductuales en actuaciones encaminadas a alcanzar determinados propósitos” (p.158), de esta forma se resaltan las expectativas

de eficacia referidas a la creencia subjetiva de que cada uno puede realizar con éxito la tarea, y las expectativas de resultado la cual hace alusión a que las conductas y acciones dirigidas a la meta conlleven a los resultados esperados (Covarruvias y Mendoza, 2013).

2.4 Programas dirigidos a población con diversidad funcional en relación a la autoeficacia.

Debido a la relevancia de la autoeficacia, el desarrollo de programas juega un papel importante en esta condición, sin embargo no se han encontrado proyectos que apunten directamente a fortalecer la misma, aunque se pueden resaltar algunos que indirectamente han contribuido a ciertos aspectos de esta, y que igualmente han impactado en la población con diversidad funcional; referente a esto, Romero y Urrego (2015) trabajaron en el diseño de un programa de formación musical para personas con discapacidad sensorial en Bogotá enmarcado en el proceso de inclusión, en el que se identificó que existen 12 programas de formación musical dirigidos a esta población; en cada uno de estos se estudiaron ciertas categorías como fueron las didácticas docentes, disposición de la institución, aceptación y tolerancia, método de evaluación, implementación de TIC's, conocimiento en normatividad y sugerencias para el desarrollo del plan. Lo anterior da cuenta que se están potencializando habilidades musicales que pueden estar relacionadas de cierta manera con la autoeficacia, al ser reconocidas y aceptadas tanto por los mismos individuos como por otras personas.

Sin embargo los resultados de esta investigación permiten evidenciar que, si bien la inclusión es un proceso que se ha trabajado durante años, aún no se realizan acciones 100% efectivas que propendan por una aceptación dentro de un plan académico; además, las políticas y reglamentaciones acerca de la población con discapacidad no llegan a cabalidad a todos, y se resalta que la formación docente debería contemplar la preparación, tanto teórica como práctica, de la inclusión educativa basada en estrategias pedagógicas pertinentes y el uso de las TIC's, para trabajar con población con diversidad funcional, especialmente sensorial, así como con necesidades educativas especiales o talentos excepcionales.

Además, un estudio llevado a cabo por Botero y Londoño (2013) en el que se midió la autoeficacia y demás factores psicosociales en personas con discapacidad física, se resaltó que el programa de inclusión social y laboral en el cual la muestra participaba, les brindaba herramientas y desarrollaba habilidades o competencias, que probablemente podían estar interviniendo en la autoeficacia, provocando un aumento en esta.

De igual manera, en Colombia desde el Ministerio de Trabajo (s.f) se estructuró una guía para el proceso de inclusión laboral, en la que se establecen tanto las conceptualizaciones como la normatividad y el proceso que se debe llevar a cabo, con el fin de crear accesibilidad a la población con diversidad funcional. Este programa se relaciona indirectamente con la autoeficacia, puesto que están creando iniciativas en las que reconocen las potencialidades y competencias de los individuos, y esto a su vez, implica que se empieza a generar un proceso de conciencia en ellos, donde se vuelven capaces de identificarse y desarrollar las habilidades que más tarde serían reconocidas para hacer frente a situaciones cotidianas, que puedan representar un obstáculo o que sean difíciles de afrontar.

Por otro lado, la fundación Arcángeles lidera múltiples procesos en los que los individuos con diversidad funcional son partícipes y cumplen un papel activo, resaltando la iniciativa del club deportivo el cual cuenta con 103 atletas paralímpicos en disciplinas como tenis de campo, tenis de mesa, bolos visuales, rugby en silla de ruedas, goalball, levantamiento de pesas y natación (Arcángeles, 2016); a partir de estos procesos se logra evidenciar el reconocimiento de las habilidades de los individuos, y así pues, se hacen conscientes de estas capacidades trabajando indirectamente la autoeficacia.

Como conclusión, se puede destacar que lo anterior implica que la autoeficacia es un aspecto que escasamente ha sido estudiado e intervenido en la población con discapacidad, aunque se tengan ciertos acercamientos en otros tipos de diversidad funcional diferentes a la de origen visual, lo cual es de vital importancia considerarlo en el presente estudio para profundizar en cuanto a la relevancia de este constructo en la población, permitiendo ampliar la visibilización y comprensión de aquellos factores que cumplen un papel significativo en los procesos de inclusión.

Capítulo 3. Marco Metodológico

3.1 Enfoque

La presente investigación se llevó cabo desde el enfoque cuantitativo ya que se realizó siguiendo un proceso riguroso, secuencial y objetivo en la planeación y ejecución de la metodología, en el cual se buscó medir un fenómeno (autoeficacia) (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.2 Tipo de estudio

El diseño de esta investigación es no experimental-transversal dado que la variable de estudio no fue manipulada, y sus medidas fueron tomadas en un momento determinado, para describirla y analizar su incidencia en dicho momento. Se llevó a cabo partiendo de un alcance exploratorio-descriptivo-comparativo puesto que, aunque la autoeficacia ha sido estudiada en diferentes poblaciones y algunas discapacidades, en aquella que es de tipo visual no hay investigaciones en Colombia que la aborden; y por otro lado, se buscó detallar las características, propiedades y dimensiones de la variable a partir de su medición y comparación entre los grupos participantes (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.3 Población

Adultos con y sin ceguera de Bogotá; la muestra estuvo conformada por 12 adultos ciegos y 12 adultos sin ceguera, su selección se realizó mediante un muestreo por conveniencia, dado que la investigación exploratoria según lo planteado por Kazez (2009), no tiene como fin la generalización de los resultados obtenidos, sino que los individuos partícipes se ajusten para responder la pregunta planteada en el proceso investigativo; por ello, se escogieron los casos más disponibles para su acceso que cumplieron con las características y criterios establecidos (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

3.3.1 Criterios de inclusión.

- Adultos con ceguera de ambos sexos, que actualmente se encuentren viviendo en la ciudad de Bogotá.
- Adultos sin ceguera de ambos sexos, que actualmente se encuentren viviendo en la ciudad de Bogotá.

3.3.2 Criterios de exclusión.

- Adultos con multidiscapacidad o discapacidad mixta.
- Adultos residentes de otras ciudades de Colombia.
- Menores de edad.

Debido a que la literatura menciona que la autoeficacia puede estar influenciada por distintos factores (Vignera, 2019), se procedió a la utilización de una comparación homogénea de manera que los participantes de ambos grupos tuvieran las características más similares posibles, reduciendo así la incidencia de variables extrañas como el número de participantes, la edad, el sexo y el origen de la diversidad funcional visual en los resultados sobre la diferencia de autoeficacia en la muestra con y sin ceguera.

3.4 Procedimiento

Para efectos del presente estudio y con la finalidad máxima de mantener cada etapa dentro de un proceso riguroso, se establecieron cuatro fases que guiaron el desarrollo de la investigación distribuidas a lo largo de 8 meses; para que cada uno de estos pasos fueran concretados, se realizó una evaluación de los factores involucrados en el proceso. A continuación, se esquematizan mes a mes cada uno de los períodos y su correspondiente paso a paso en los cuales el presente proyecto está soportado.

Tabla 1. *Cronograma de las fases de la investigación.*

DESCRIPCIÓN GENERAL	TRABAJO DE GRADO I				TRABAJO DE GRADO II																			
	MES 1				MES 2				MES 3				MES 4											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4

representativa de 690 estudiantes de psicología entre el primer al décimo semestre de ambos sexos, quienes estaban matriculados en una universidad privada en la ciudad de Bogotá. No se evidenciaron cambios o modificaciones del instrumento en su versión en español.

La presente escala mide la percepción de la propia capacidad para enfrentar situaciones estresantes en un contexto cotidiano, basándose en la teoría propuesta por Bandura (1977). El instrumento está compuesto por diez ítems en escala Likert con 4 opciones de respuesta (incorrecto, no tan cierto, moderadamente cierto y cierto), obteniendo en torno a las calificaciones un puntaje máximo de 40 y mínimo de 10, en la que a mayor puntaje mayor nivel de AEG; esta escala puede ser administrada individual o colectivamente.

Con relación a las consideraciones de confiabilidad, este instrumento obtuvo un valor de 0.83 a partir del alfa de Cronbach, indicando un alto nivel de consistencia interna. En cuanto a la validez, el instrumento arrojó correlaciones positivas con eficacia, confianza, autoconcepto y estabilidad emocional del Cuestionario de Personalidad Situacional (Fernández, Seisdedos y Mielgo 1998), así como correlaciones negativas con la dimensión de ansiedad del mismo cuestionario, por lo que se evidenció la validez convergente y discriminante de la escala a partir del estudio de Juárez y Contreras (2008).

Para efectos de la presente investigación, este instrumento fue autoaplicado de forma digital mediante el software JAWS, donde se les envió a los participantes las escalas en un formulario Google para que ellos diligenciaran las respuestas allí; teniendo en cuenta lo anterior, se resalta que ni los ítems ni su comprensión se vio afectada, ya que la escala está estandarizada en población adulta colombiana, se ha utilizado en investigaciones con otro tipo de diversidades funcionales, y además ya hizo parte de un proceso de revisión previamente llevado a cabo por una persona con ceguera.

3.6 Técnicas e Instrumentos para el análisis de la información.

Los datos recolectados se analizaron estadísticamente mediante tablas y gráficos a través del software Minitab, e interpretados a partir de estos.

3.7 Consideraciones éticas

Aludiendo al desarrollo que tuvo la presente investigación, es necesario resaltar la normatividad que guio este proceso, la cual proporcionó parámetros indispensables que se siguieron con el fin de llevar a cabo un estudio bajo los estándares éticos. Para ello, considerando la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2006), se atendieron a los principios del respeto a la dignidad humana, los derechos humanos, la autonomía, la igualdad, la integridad personal y la diversidad, además de la no discriminación, la potencialización de beneficios directos e indirectos y la minimización de riesgos, la protección de la información privada y la necesidad de realizar un consentimiento informado.

Asimismo, dado que se realizó investigación con humanos, fue importante reconocer el derecho de las personas a decidir voluntariamente ser partícipe de la investigación, y a la libertad de retirarse si en algún momento lo desean, teniendo en cuenta que si existe alguna restricción en la autonomía de los individuos (por edad o cierta discapacidad) se recurrirá a terceros que puedan representarlos; además, se brindó información veraz y completa de todo el proceso investigativo a los posibles participantes, incluyendo los riesgos y beneficios (los cuales fueron ser valorados), y la distribución igualitaria de estos, atendiendo así a los principios de beneficencia, respeto por las personas y justicia, tal como se menciona en el Informe de Belmont (Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, 1979).

De esta manera, es de vital importancia resaltar los principios y responsabilidades en los que se edificó el presente proceso investigativo, destacando la honestidad, cortesía y buena gestión; reconociendo y cumpliendo la normatividad, y haciendo frente a las consecuencias derivadas de la investigación; se veló por la transparencia con relación a los conflictos de cualquier índole que pudieran comprometer el proceso; y en cuanto a la

información, además de haber sido tratada con la más alta confidencialidad, esta fue clara y precisa con el objetivo de que sea replicada o verificada (Declaración de Singapur sobre la Integralidad de la Investigación, 2010).

Por otro lado, en cuanto a la reglamentación específicamente en la psicología, se tuvo en cuenta la Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogas y Psicólogos, por lo que se propendió por el bienestar de otros y la integridad manteniendo la veracidad, así como la confidencialidad, la imparcialidad al máximo y la evitación del beneficio de índole personal, profesional o financiera, además de asumir la responsabilidad profesional y científica con la sociedad con el fin último de que todo proceso sea en beneficio de los otros, enfatizando el valor de la disciplina en el desarrollo y uso de las actividades científicas y profesionales (Comisión Directiva de la Asociación Internacional de Psicología, 2008).

En este sentido, en virtud de lo contemplado en la Ley 1090 de 2006 y el código deontológico y bioético, el cual reglamenta el ejercicio del profesional en psicología, se tuvo en consideración los principios generales, así como los derechos y deberes tanto de los participantes como de los investigadores, los cuales han de ser previstos dentro de todo proceso, ejercicio y aplicación del quehacer psicológico, en este caso, a partir de las características particulares con las que la investigación se vio envuelta. Principalmente, entró en rigor el artículo 22 el cual sostiene que en cualquier momento, si el participante desea abandonar el estudio, no se le debe negar esta posibilidad; además, se resaltó el compromiso de guardar la confidencialidad, sopesando sus causales de disolución tanto individualmente como por parte del proceso con alguna institución (artículos 25 y 26).

Por otro lado, y retomando los deberes con los participantes de la investigación, se consideró el artículo 36, para lo cual se realizó un buen uso del material psicotécnico aceptado y reconocido, entendiendo las necesidades del proceso y ejecutando el mismo, a partir de la utilización del consentimiento informado.

Siguiendo este último aspecto, para que el consentimiento fuera válido requirió que su estructura incluyera determinados criterios; así pues, se registró la justificación y los

objetivos del estudio, el nivel de riesgos y beneficios, los procedimientos utilizados, la posibilidad de realizar preguntas y que estas fueran debidamente respondidas, la libertad de retractar el consentimiento y retirarse del estudio, la garantía de mantener la confidencialidad, el compromiso de brindar resultados actualizados, y por último, la asunción de los gastos adicionales por parte de los dirigentes del estudio, según lo estipulado en la Resolución 008430 (1993); y además, asegurando que dicha información se haya brindado de forma completa, y la presentación del documento sea adaptada a la capacidad de comprensión del participante, tal como se menciona en el Informe de Belmont (Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, 1979). Para ello, el consentimiento fue construido por las investigadoras y sometido al Comité de Ética de la institución para su aprobación; incluyó la firma del participante, así como la entrega de una copia del documento a este (Resolución 008430, 1993).

Teniendo en cuenta la población de estudio, los posibles riesgos se justificaron por la importancia de los beneficios directos e indirectos obtenidos, considerando que para el presente proyecto investigativo el nivel de riesgo fue mínimo, ya que se utilizaron pruebas psicológicas que no alteraron de alguna manera la conducta del participante (Resolución 008430, 1993).

Por otro lado, la realización de investigaciones dentro de la Corporación Universitaria Iberoamericana está regida por la Resolución 379 del 2014, en la que se dictan las consideraciones para ejecutar dichos procesos; por lo cual el presente estudio se sustentó a partir del artículo 10, donde se indican las disposiciones respecto a los cursos teórico-prácticos de formación investigativa y metodológica. Asimismo, la construcción y ejecución de este se llevó a cabo dentro del espacio de semillero de investigación, el cual es definido como una organización que busca el desarrollo de competencias investigativas, promoviendo espacios para la elaboración y ejecución de estrategias, proyectos y actividades, fomentando además la creatividad, reflexividad e interés por la solución de retos sociales (artículos 12,13 y 14).

En virtud del cumplimiento con los criterios de miembro del semillero y sujeto a las responsabilidades asignadas (artículo 18), este proyecto de semillero se inscribió bajo la modalidad de investigación como opción de grado (artículo 27), en concordancia con los requisitos evaluados y aprobados que se contemplan en el artículo 52 y 53, frente a la postulación de la propuesta y su aceptación por Comité Focal; y finalmente, su sometimiento al Comité de Ética (artículo 78).

Por último, ya que dentro de las características del presente proceso investigativo se incluyó una muestra conformada por adultos con ceguera, fue necesario considerar la Ley Estatutaria 1618 de 2013 por la cual se deben garantizar los derechos de todas las personas con discapacidad, facilitando los procesos de inclusión y eliminando toda forma de exclusión o discriminación por motivo de su diversidad funcional.

Capítulo 4. Análisis de Resultados

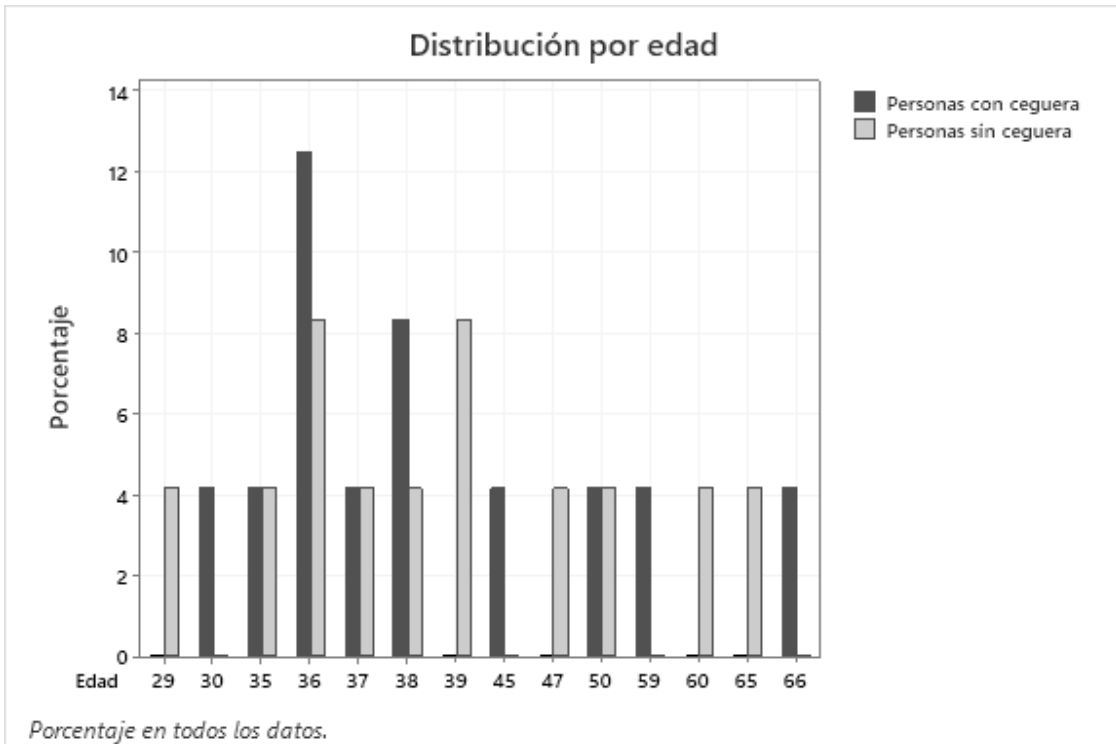
A continuación, se presentan los resultados derivados del proceso investigativo, incluyendo en primera instancia, la descripción de las características sociodemográficas de ambos grupos (con y sin ceguera), y posteriormente, los hallazgos más relevantes acerca de la autoeficacia en cada muestra, así como la diferencia entre las puntuaciones obtenidas.

4.1 Características sociodemográficas

4.1.1 Distribución por edad

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la muestra, se observa que la edad oscila entre 30 y 66 años para las personas con ceguera ($M=42,16$), mientras que las personas sin ceguera se encuentran en un rango de 29 a 65 años ($M= 42,58$). De esta manera, se puede evidenciar que la edad más significativa en los individuos con ceguera fue de 36 y 38 años con una mediana de 37,5, mientras que en el grupo sin ceguera fue 36 y 39 años con una mediana de 38,5 (ver figura 1).

Figura 1. Distribución por edad de las personas con y sin ceguera.

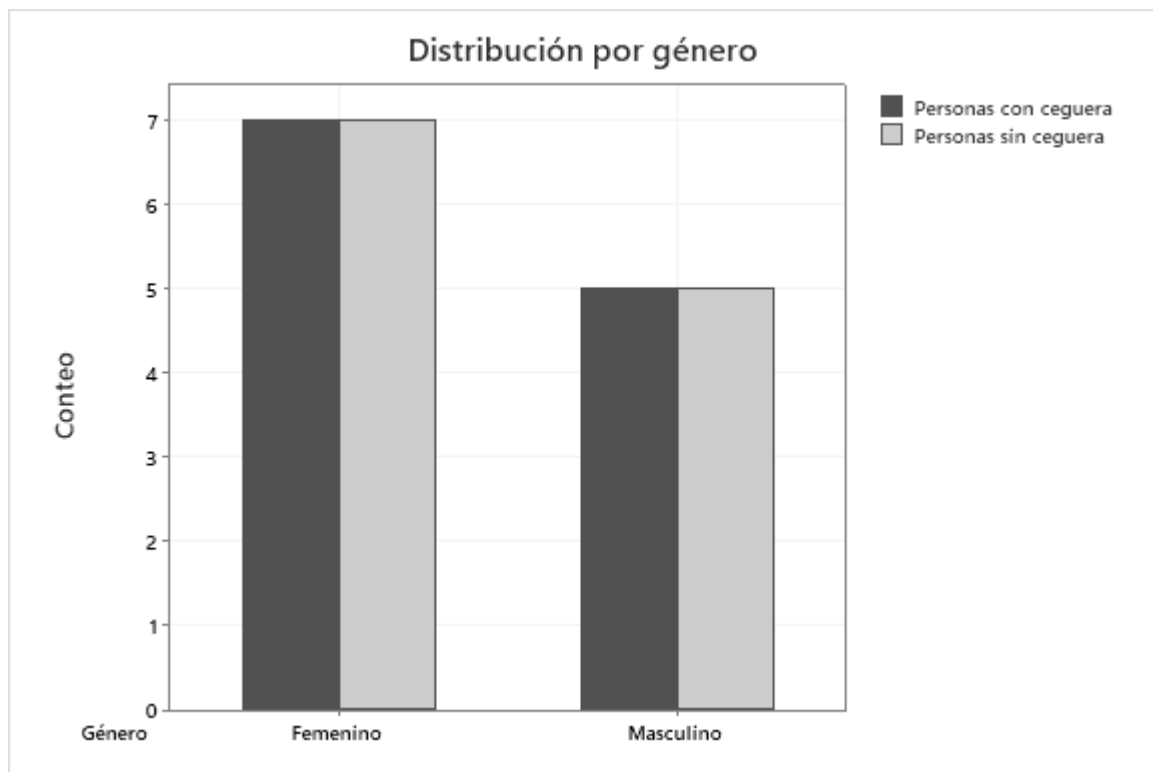


Fuente: Base de datos de la investigación.

4.1.2 Distribución por género

En cuanto al género se evidencia que, de las 12 personas con ceguera, 7 de ellas son de género femenino (58%), mientras que 5 son de género masculino (42%), observándose de la misma manera para las personas sin ceguera, por lo que se identifica una muestra con predominancia del género femenino (ver figura 2).

Figura 2. Distribución por género de las personas con y sin ceguera.



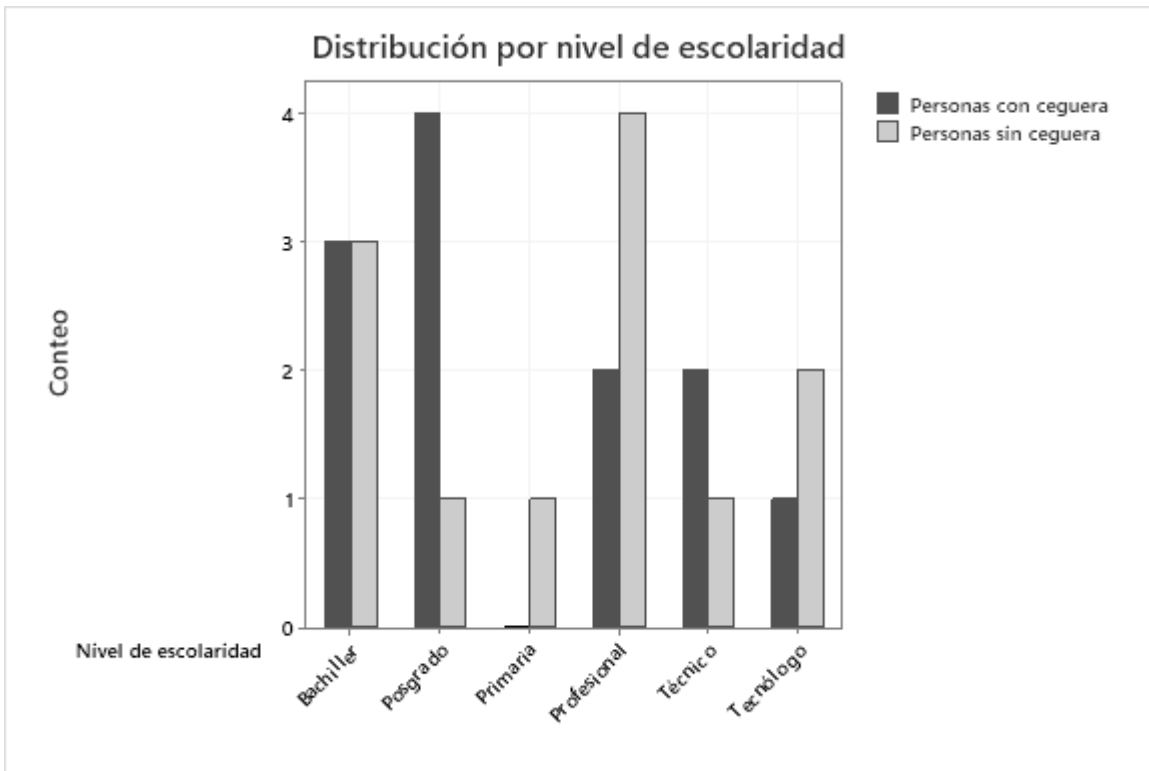
Fuente: Base de datos de la investigación.

4.1.3 Distribución por nivel de escolaridad

Frente al nivel de escolaridad en el cual se encuentra la muestra, se observa que solo una persona sin ceguera se sitúa en primaria, 6 personas en el nivel de bachillerato (3 con ceguera y 3 sin ceguera), 3 en técnico (2 con ceguera y 1 sin ceguera), 3 en tecnólogo (1 con ceguera y 2 sin ceguera), 6 en profesional (2 con ceguera y 4 sin ceguera), y finalmente, 5 en posgrado (4 con ceguera y 1 sin ceguera) (ver figura3).

A partir de lo anterior se observa que el nivel de posgrado es en el que se encuentran más personas con ceguera (33%), mientras que en el profesional se sitúan mayormente las personas sin ceguera (33%).

Figura 3. Distribución por nivel de escolaridad de las personas con y sin ceguera.

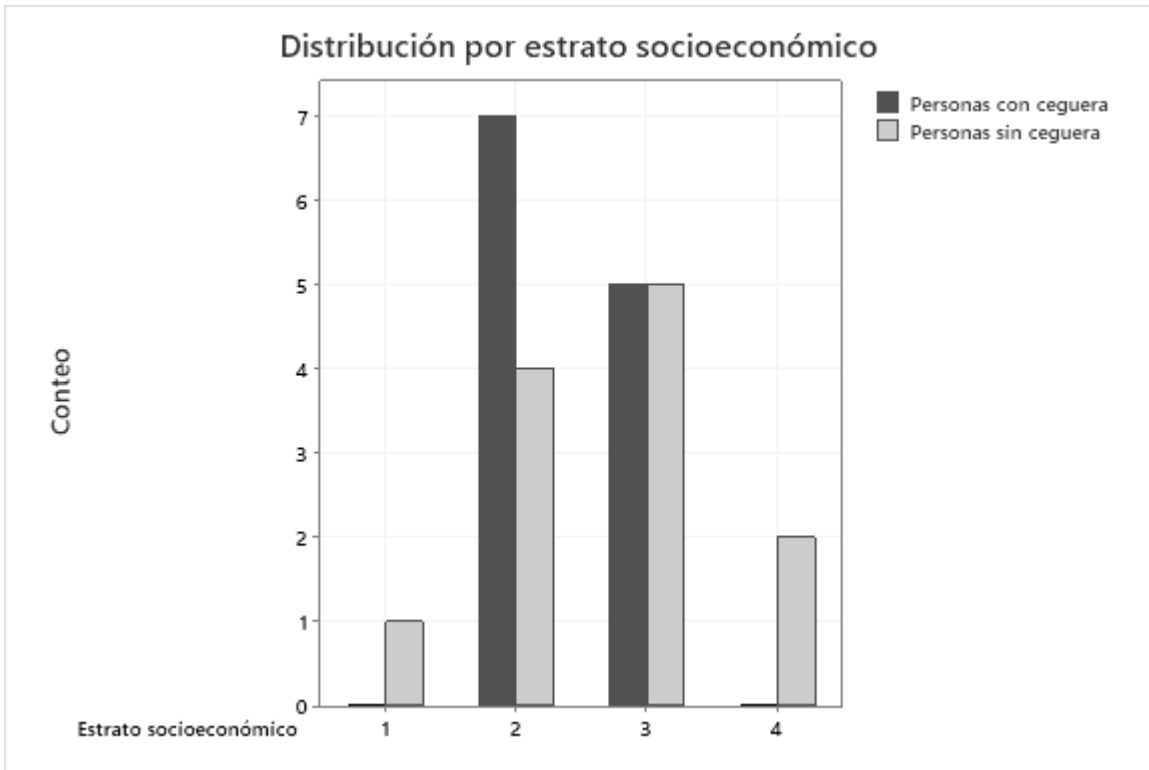


Fuente: Base de datos de la investigación.

4.1.4 Distribución por estrato socioeconómico

Respecto al estrato socioeconómico, se identifica que las personas con ceguera se encuentran en el estrato 2 (58%) y 3 (42%), mientras que de las personas sin ceguera el 8% se sitúan en el estrato 1, el 33% en el 2, el 42% en el 3, y el 17% en el 4. Por lo tanto, se evidencia que las muestras se ubican mayormente en los estratos 1 y 2 (ver figura 4).

Figura 4. Distribución por estrato socioeconómico de las personas con y sin ceguera.

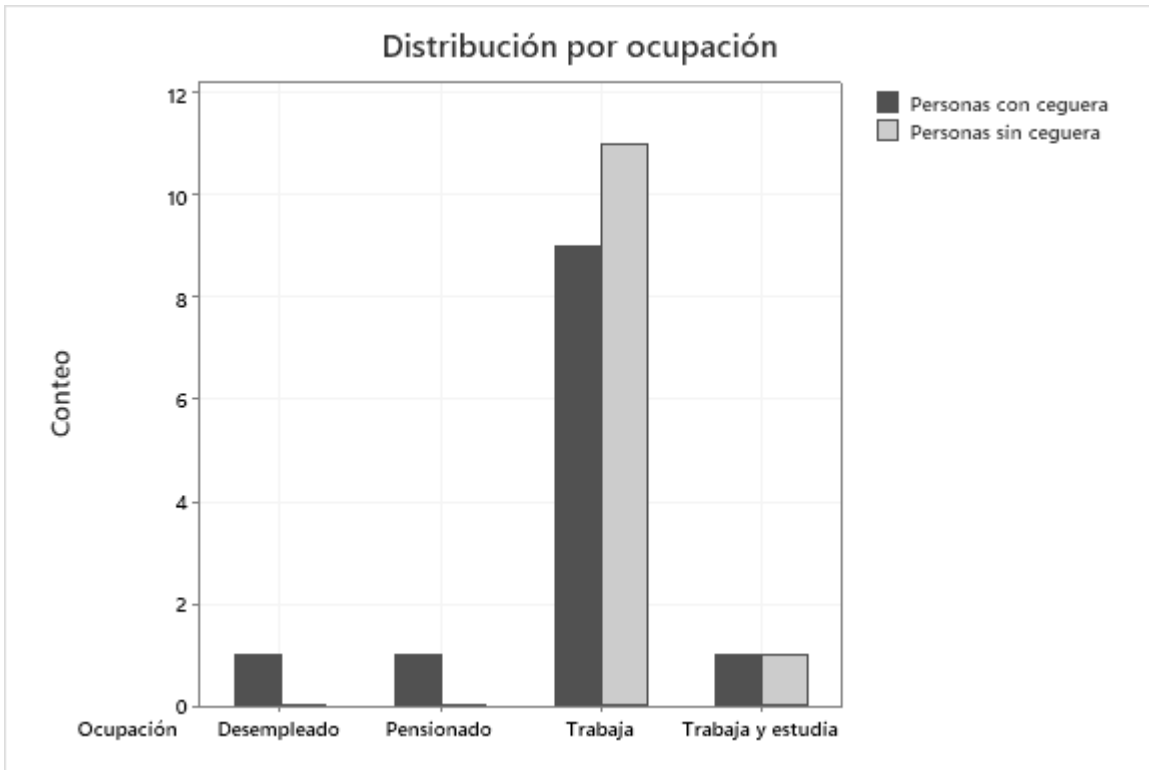


Fuente: Base de datos de la investigación.

4.1.5 Distribución por ocupación

Se evidencia que, frente a la ocupación de la muestra, de las 12 personas con ceguera 1 es desempleada, 1 pensionada, 1 trabaja y estudia, y 9 solo trabaja. Por otro lado, se observa que 11 personas sin ceguera solo trabajan, mientras que 1 trabaja y estudia, identificándose que la principal ocupación en ambas muestras corresponde a “trabaja” (ver figura 5).

Figura 5. Distribución por ocupación de las personas con y sin ceguera.



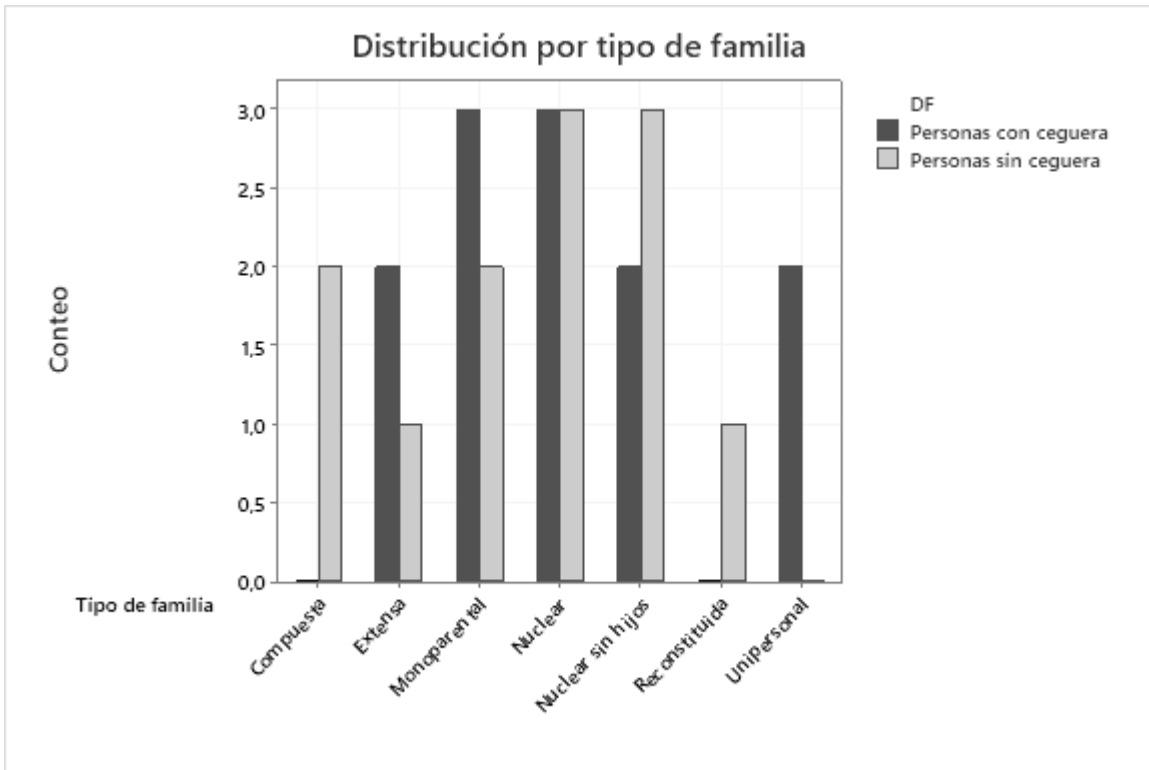
Fuente: Base de datos de la investigación.

4.1.6 Distribución por tipo de familia

En cuanto al tipo de familia se evidencia que, de las 12 personas con ceguera, 2 se encuentran actualmente en la categoría de unipersonal, 3 en nuclear conformada por padres e hijos, 3 monoparental con solo un padre o madre, 2 en nuclear sin hijos, y 2 en extensa con presencia de abuelos, tíos, sobrinos, etc., evidenciándose mayormente el tipo monoparental y nuclear (ver figura 6).

Respecto a las 12 personas sin ceguera, se observa que 3 de ellas hacen parte del tipo de familia nuclear, 2 de monoparental, 3 de nuclear sin hijos, 1 de extensa, 1 de reconstituida por padres e hijos de uniones anteriores, y finalmente, 2 de compuesta por amigos o individuos sin vinculo de consanguinidad, identificándose mayormente el tipo nuclear y nuclear sin hijos (ver figura 6).

Figura 6. Distribución por tipo de familia de las personas con y sin ceguera.

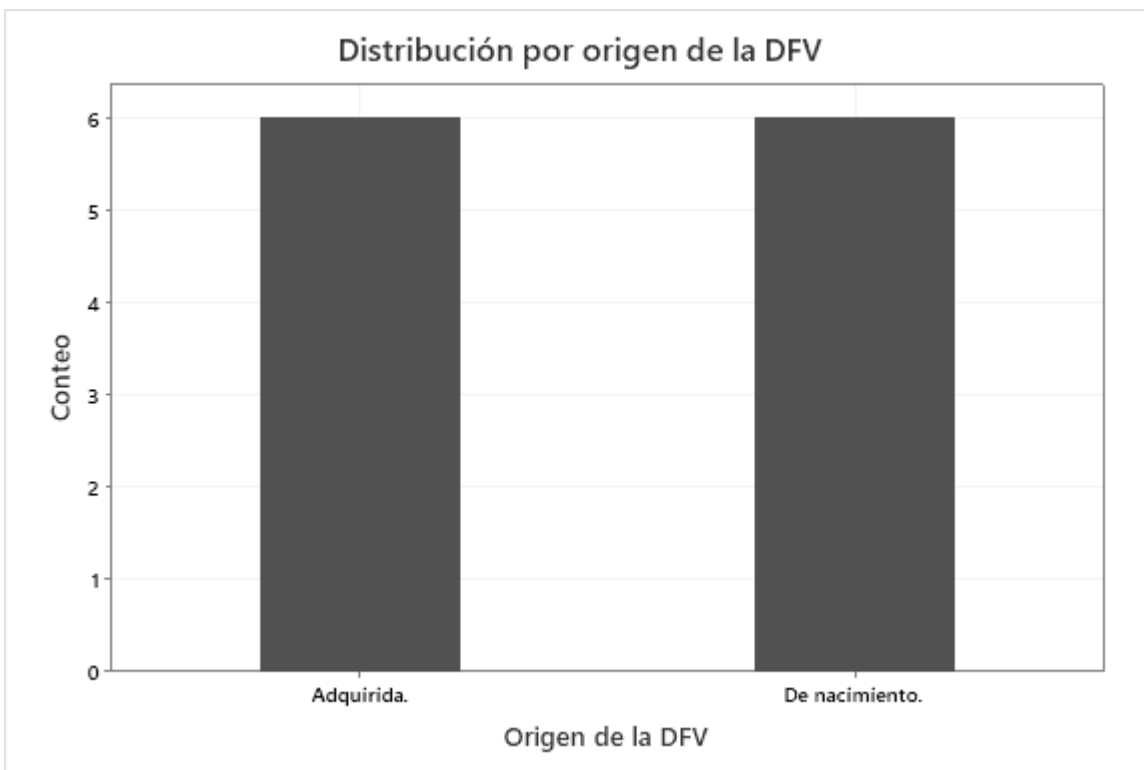


Fuente: Base de datos de la investigación.

4.1.7 Distribución por origen de la diversidad funcional visual

Centrándose un poco en la diversidad funcional visual, se observa que, de las 12 personas con diagnóstico de ceguera, 6 de ellas afirman que el origen de su pérdida visual se dio desde nacimiento (50%), y 6 refieren haberla adquirido (50%) (ver figura 7).

Figura 7. Distribución por origen de la diversidad funcional visual.



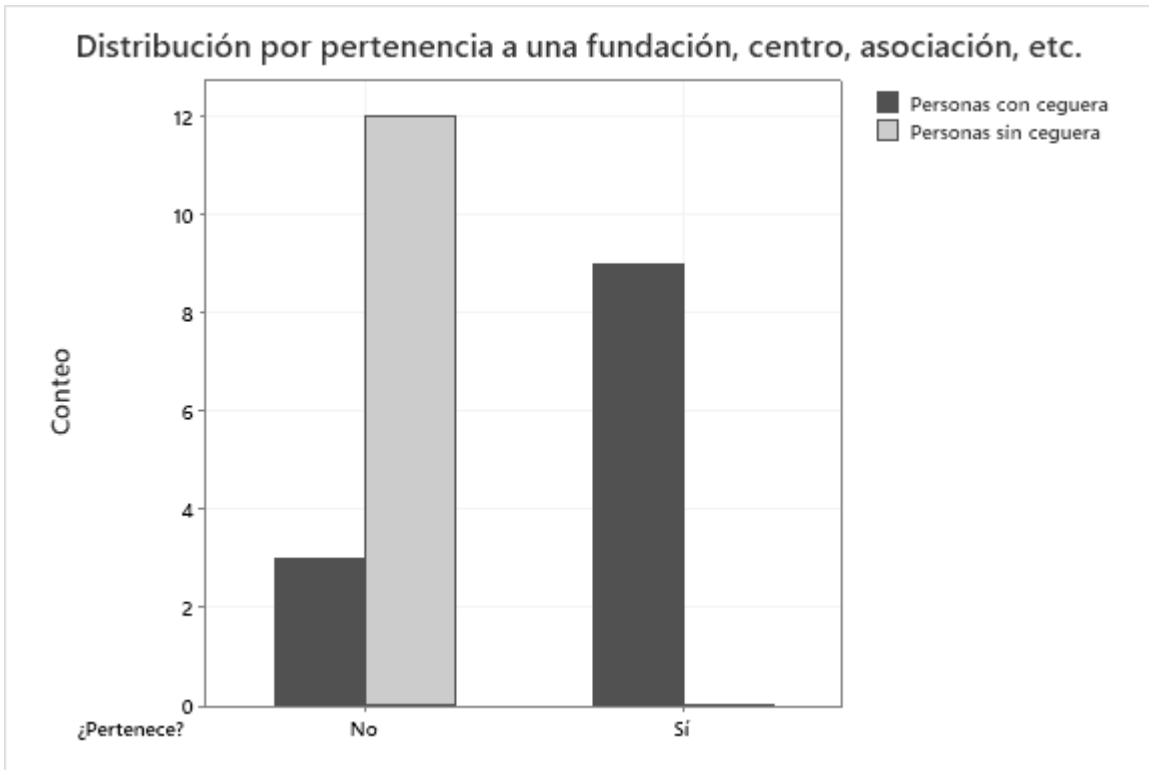
Fuente: Base de datos de la investigación.

4.1.8 Distribución por pertenencia a una fundación, centro, asociación, etc.

Frente a la pregunta de si la persona hace parte de alguna institución, centro, asociación, fundación, red, entre otras, de las 12 personas con ceguera 9 refirieron pertenecer a alguna de estas (75%), mientras que 3 afirmaron que no (25%). Por otro lado, según la gráfica, ninguna de las personas sin ceguera hace parte de alguna de estas instituciones (ver figura 8).

Lo anterior puede deberse a que las personas con ceguera requieren de apoyos de instituciones que faciliten sus procesos de inclusión y desarrollo.

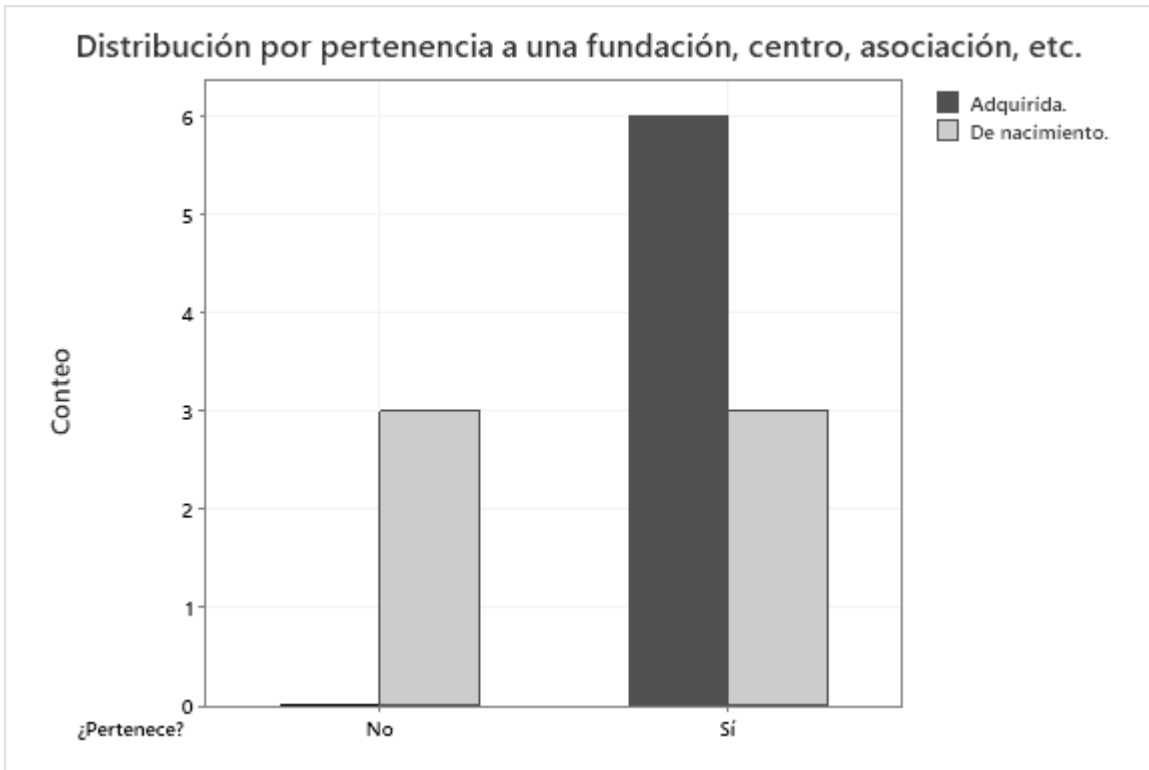
Figura 8. Distribución por pertenencia a una fundación, centro, etc., de las personas con y sin ceguera.



Fuente: Base de datos de la investigación.

Teniendo en cuenta que las personas con ceguera difieren en la condición de origen de su diversidad funcional, se evidencia que todas aquellas que son adquiridas si hacen parte de alguna institución, mientras que de las que provienen desde el nacimiento 3 pertenecen y 3 no lo hacen (ver figura 9).

Figura 9. Distribución por pertenencia a una fundación, centro, etc., de las personas con diversidad funcional visual.

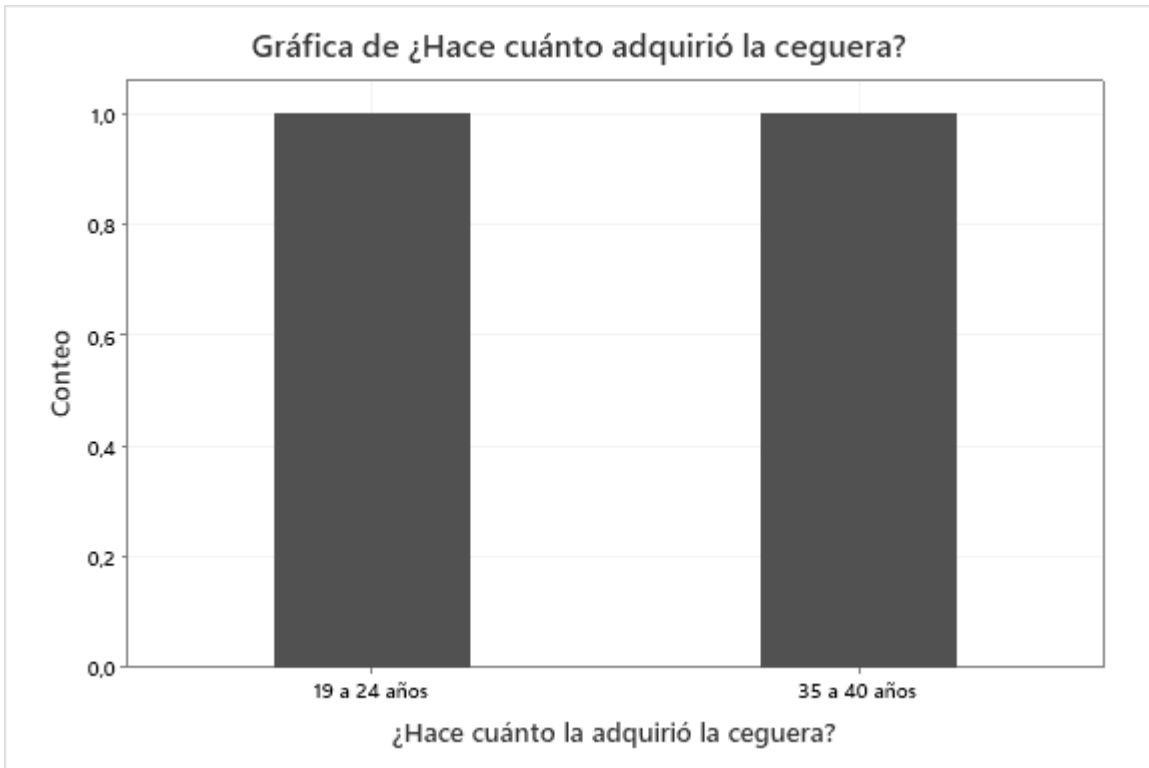


Fuente: Base de datos de la investigación.

4.1.9 Distribución por el tiempo desde que adquirió la DFV

Frente al grupo de personas con ceguera de origen adquirida en relación al tiempo en que ello ocurrió, ninguna de las afirmaciones referidas por los participantes coincidía, por lo que se agruparon en dos conjuntos que incluyeron un intervalo de 5 años para cada uno; de esta manera, 3 personas afirmaron haber perdido la visión hace aproximadamente 20 años, mientras que las otras 3 personas mencionaron que adquirieron esta condición hace alrededor de 38 años (ver figura 10).

Figura 10. Distribución por tiempo transcurrido a partir de la adquisición de la ceguera.



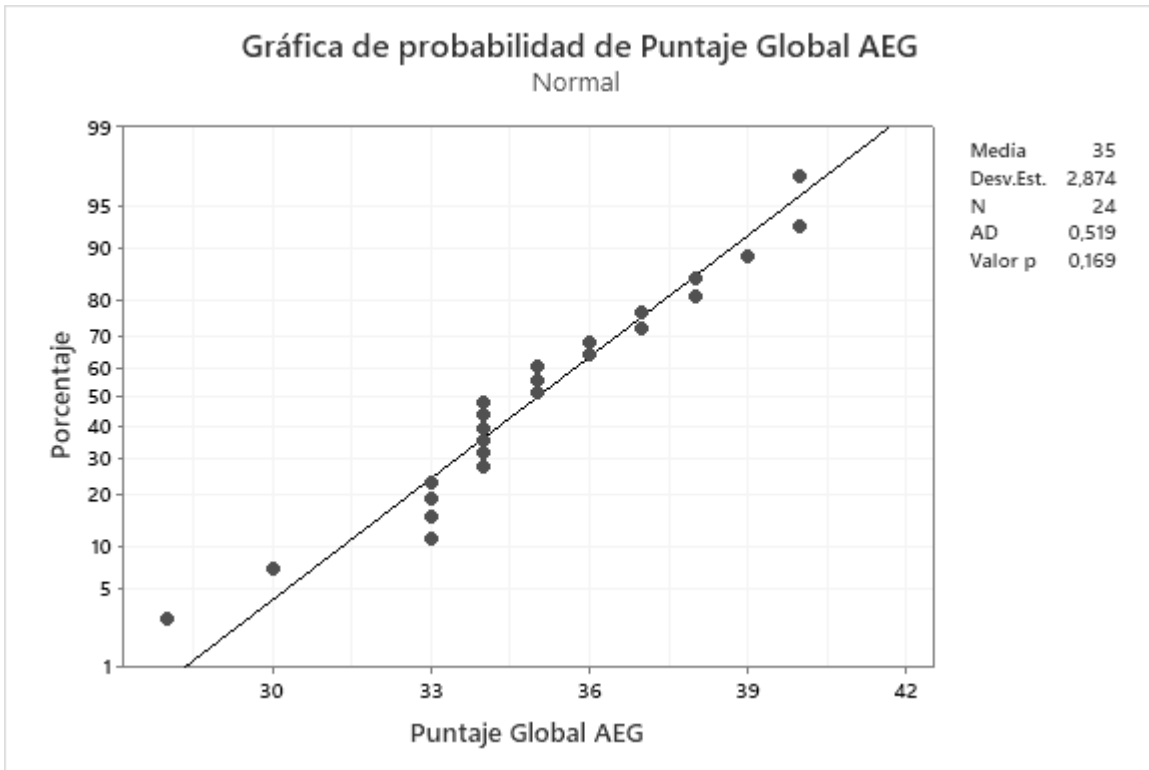
Fuente: Base de datos de la investigación.

4.2 Resultados de autoeficacia

4.2.1 Autoeficacia en personas con ceguera y sin ceguera

Inicialmente se realizó una prueba de normalidad con el fin de evidenciar esta característica en los datos de la muestra (ver figura 11), encontrándose que si se cumple con este supuesto pues los valores tienden a la media y el p-valor es de 0.169 siendo mayor que 0.05 (nivel de significancia).

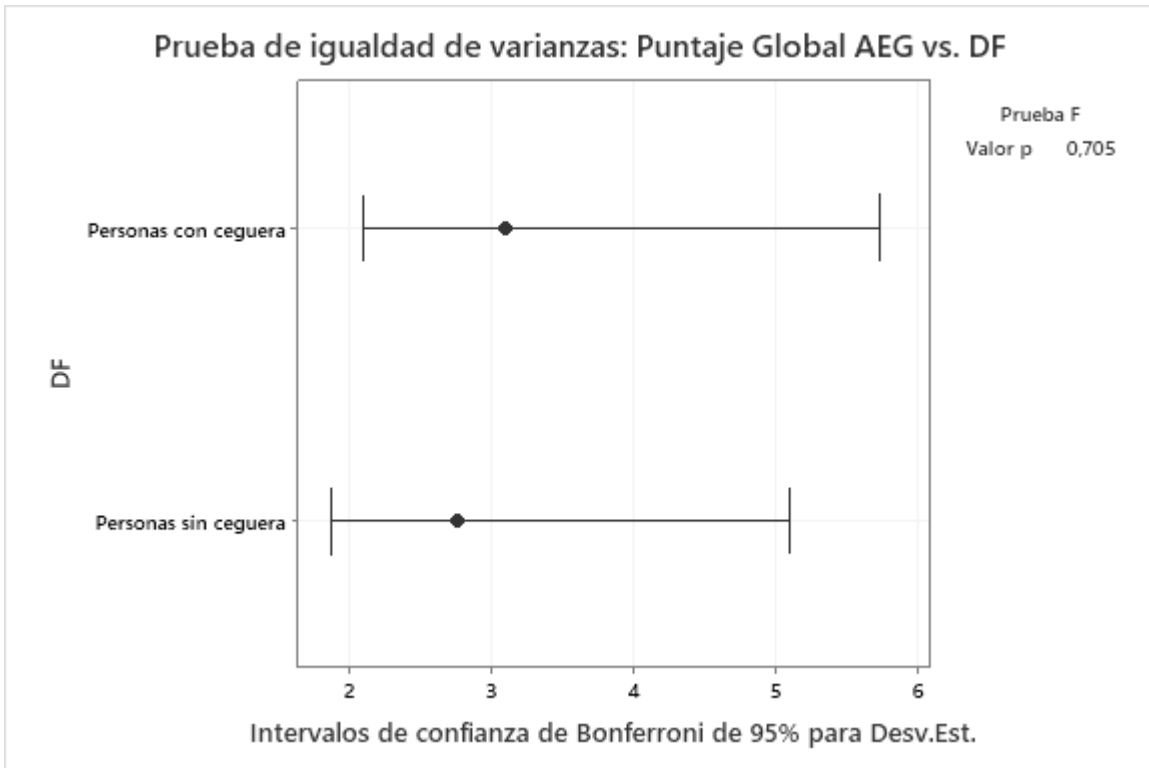
Figura 11. Prueba de normalidad de los datos.



Fuente: Base de datos de la investigación.

Posteriormente, se llevó a cabo la prueba de Fisher con el propósito de identificar la equivalencia de varianzas, evidenciándose que los datos cumplen con esta característica, ya que el p-valor es de 0.705 (ver figura 12).

Figura 12. Prueba de igualdad de varianza de las muestras.



Fuente: Base de datos de la investigación.

Una vez cumplidas las características de normalidad y homocedasticidad de los datos, se procedió a aplicar la prueba T-Student de muestras independientes para evidenciar la existencia de diferencias significativas en el nivel de autoeficacia entre personas con ceguera y sin ceguera (ver tabla 2).

Tabla 2. *Prueba T de muestras independientes para comparar la autoeficacia entre ambos grupos.*

Estadísticos descriptivos: Puntaje Global AEG

DF	N	Media	Desv.Est.	Error estándar de la media
Personas con ceguera	12	34,83	3,10	0,89
Personas sin ceguera	12	35,17	2,76	0,80

Fuente: Base de datos de la investigación.

En la tabla anterior se puede observar que el N de la muestra es el mismo número para personas con y sin ceguera (12), la desviación estándar es de 3,10 para el primer

grupo y 2,76 para el segundo, las medias de las puntuaciones de autoeficacia de ambos grupos no difieren en gran medida, pues para las personas con ceguera es de 34,83 y para las personas sin esta condición es de 35,17, hallándose una diferencia de 0.34.

Por ello, en la prueba de hipótesis que se muestra a continuación (ver tabla 3), la diferencia entre la muestra con y sin ceguera no es significativa, pues el p-valor es de 0.783 ($p > 0,05$).

Tabla 3. *Prueba T de muestras independientes, comprobación de hipótesis.*

Prueba

Hipótesis nula $H_0: \mu_1 - \mu_2 = 0$

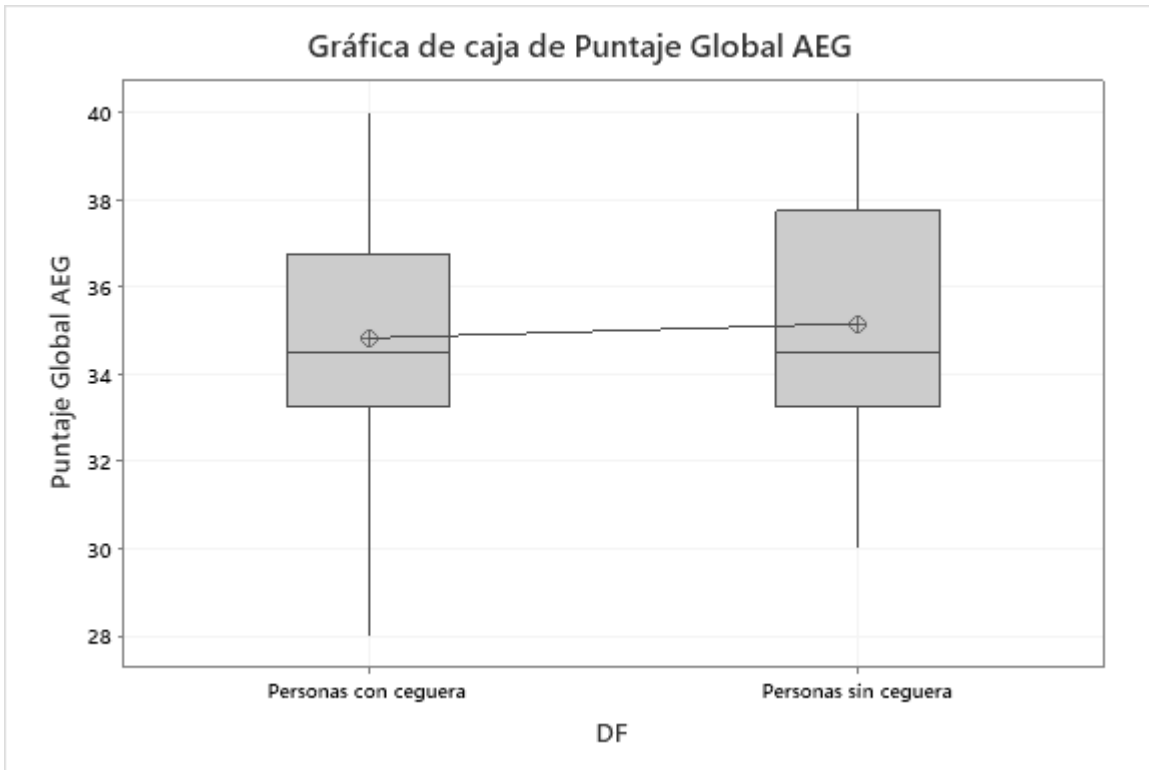
Hipótesis alterna $H_1: \mu_1 - \mu_2 \neq 0$

Valor T	GL	Valor p
-0,28	22	0,783

Fuente: Base de datos de la investigación.

A continuación, para ilustrar este resultado, se presenta un diagrama de cajas a partir de la prueba T-Student para muestras independientes (ver figura 13).

Figura 13. Gráfica de cajas a partir de la prueba T-Student de muestras independientes para comparar la autoeficacia en ambos grupos.



Fuente: Base de datos de la investigación.

En esta gráfica se puede observar que la media de las personas sin ceguera (35) es ligeramente mayor que la de las personas con ceguera (34). Además, se evidencia que la mayoría de individuos ciegos puntuaron en la escala dentro de los valores de 33 a 36 siendo el menor puntaje de 28 y el mayor de 40, mientras que en los individuos sin esta condición la mayoría de puntuaciones se ubicaron entre los valores de 33 a 37 siendo el menor puntaje de 30 y el mayor de 40, lo que permite identificar que no hay diferencias significativas.

Discusión y conclusiones

La población con diversidad funcional visual se enfrenta a distintas dificultades con respecto al ajuste en la sociedad y en las tareas diarias, Antelo et al. (2018) considera que estas barreras son de tipo ambiental, social y política, las cuales podrían generar afectaciones en el individuo con respecto a su auto percepción, autoestima, autonomía, autoeficacia, entre otras (García y Moreno, 2019; Kendall y DeMoulin 1993; Ortiz, 2015; García, Villatoro y Sahagún, 2015), siendo esta última un aspecto de vital importancia para afrontar, vencer y sobreponerse a las adversidades y obstáculos de la vida cotidiana, de manera que aumenta la autoconfianza para superarlos en el futuro (Cuevas, et al., 2019). Teniendo en cuenta lo anterior, el presente proceso investigativo se encargó de analizar estas características y determinar si el nivel de autoeficacia en la muestra con ceguera y la muestra sin ceguera tenía alguna diferencia significativa, sin embargo, los hallazgos arrojaron resultados que contradicen los preceptos de la teoría. Con respecto a la gráfica que señala esta comparación se evidencia que la media de ambos grupos difiere en un 0.34, siendo el grupo de personas sin ceguera ligeramente más alto que el grupo de personas con ceguera, así se comprueba de manera fehaciente que no existe una diferencia significativa en la autoeficacia de estas dos muestras, lo cual concuerda con el estudio llevado a cabo por Blake y Rust (2002) en el que realizó una comparación de este constructo entre individuos con distintas diversidades funcionales y sin estas, hallando que las puntuaciones no diferían entre ambos.

Al aplicar el instrumento en ambas muestras y teniendo en cuenta las puntuaciones alcanzadas en cada uno de los grupos, se consideraba que esta posibilidad de la inexistencia de diferencias significativas podría ser viable, por lo tanto, queda por reflexionar sobre una concepción de Alonso (2017) quien señala que estas personas necesitan del apoyo de algún elemento o herramienta, pero esto no quiere decir que ello interfiera en la realización de sus actividades; de modo que, a partir de los hallazgos se asegura que la población con diversidad funcional, si bien se enfrenta ante ciertas barreras, logran superar los obstáculos y consideran que tienen las habilidades, capacidades y aptitudes para afrontar situaciones adversas; el punto clave de estas concepciones es que realizan las mismas actividades y hacen frente a múltiples

situaciones de una manera distinta, y este hecho no ocasiona una pérdida o afectación de la seguridad en sí mismos.

De esta manera, en una sociedad que está desarrollando procesos inclusivos que se enfocan en que la población con diversidad afiance sus capacidades en distintos entornos, debe considerar a estas personas no por las características físicas o cognitivas diferenciales, sino por las potencialidades, habilidades, capacidades y demás características que forman al sujeto, al individuo como figura independiente dentro de la sociedad y capaz de generar aportes valiosos a esta.

Al finalizar el proceso se obtuvo un resultado contundente, no existe ninguna diferencia significativa en la autoeficacia de adultos con ceguera y sin ceguera, por lo que se concluye que las personas ciegas creen en sus capacidades para afrontar situaciones estresantes con éxito, al igual que las personas sin esta condición, alcanzando los resultados esperados a pesar de las barreras que se les presentan a diario.

En cuanto a las limitaciones que se pueden resaltar del presente estudio se encuentra el tamaño de la muestra, así como el enfoque y tipo de investigación, las cuales no permitieron el conocimiento de algunos aspectos relacionados con la autoeficacia; además, debido a la situación de aislamiento social por el Covid-19, se dificultó el contacto con más participantes y la posibilidad de recolectar los datos fácilmente. Por lo anterior, se considera que para reducir el vacío teórico en el territorio y reformular o reconstruir los conceptos actuales acerca de la discapacidad mediante la ejecución de futuros estudios, se recomienda replicar procesos investigativos de esta índole con muestras más amplias, en distintos grupos etarios, en población de otras ciudades, así como contemplar la realización de estudios que evalúen la AE en población con diversidad funcional visual teniendo en cuenta el origen de esta (adquirida o congénita), ya que es una variable que podría intervenir; asimismo, se sugiere relacionar la pertenencia y rol cumplido en corporaciones, fundaciones, asociaciones o instituciones diferentes al entorno laboral o educativo en cuanto a la autoeficacia; de igual forma, se recomienda realizar investigaciones mixtas que relacionen características sociales y de

desarrollo puntuales, además de considerar estudios longitudinales con el fin de analizar las variaciones o evolución del constructo en la población con esta diversidad; finalmente, es importante abordar la influencia de las nuevas variables que puedan impactar en la autoeficacia, como la pandemia, y la manera de comunicarse efectivamente con los participantes en entornos virtuales.

Referencias

- Albá, S. y Flores, V. (2015). Aspectos psicológicos y su relación con la calidad de vida en pacientes con baja visión. *Gaceta*, (499), 18-24. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5355863>
- Alarcón, C y Vizcarra, M. (2016). Personas en situación de discapacidad visual relación a las barreras y estrategias que afectan las actividades de la vida diaria instrumentales. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Vol. 16 (2), 153-162. Recuperado de <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/44759>
- Alegre, A. (2014). Autoeficacia académica, autorregulación del aprendizaje y rendimiento académico en estudiantes universitarios iniciales. *Propósitos y Representaciones*, Vol. 2 (1), 79-120. Doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.54>
- Alonso, D. (2017). *La educación artística en las personas con diversidad funcional. Habilidades bio-psicosociales y calidad de vida*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense De Madrid, Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/43487/>
- Antelo, J., Fociños, D., Pousada, T., Raluca, E. y Seijas, S. (2018). *UDC sin #etiquetas Jornadas de sensibilización sobre Diversidad Funcional*. Recuperado de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/24742/Pousada_Thais_2018_UDC_Sin_Etiquetas.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Arcángeles. (26 de febrero de 2016). Club deportivo arcángeles [Entrada de Blog]. Recuperado de <https://arcangeles.org/blog/club-deportivo-arcangeles/>
- Aroche, A. (2012). *Autoeficacia en adolescentes de la Escuela Integrada para niños y jóvenes adolescentes trabajadores de La Antigua Guatemala Sacatepéquez NUFED No. 39*. (Trabajo de grado). Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Aroche-Andrea.pdf>
- Beatriz, L. (2017). Valores Normativos de la Escala Multidimensional de Autoeficacia Infantil para Población Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, Vol. 2 (44), 172-181. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4596/459653861014>
- Bernal, J., Narváez, L. y Álvarez, W. (2011). *Diseño de alternativas específicas de educación inclusiva para estudiantes con discapacidad visual del Cantón Cuenca*. (Tesis de maestría). Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca-Ecuador. Recuperado de <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/1404>
- Blake, T. y Rust, J. (2002). Self-esteem and self-efficacy of college students with disabilities. *College Student Journal*, Vol. 36 (2), 214+. Retrieved from <https://link-gale-com.iberobasesdedatosezproxy.com/apps/doc/A89809972/PPPC?u=ibero&sid=PPPC&xid=7c3c449f>

- Borzzone, M. (2017). Autoeficacia y experiencias académicas con estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 20 (1), 266-274. Doi: 10.14718/ACP.2017.20.1.13
- 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*, Vol. 16 (2), 125-137. Doi: 10.41718/ACP.2013.16.2.12
- Calero, M. (2015). *Características clínicas-epidemiológicas y factores asociados a la clasificación de grupo funcional de los pacientes con baja visión atendidos en la consulta externa de glaucoma y retina del centro nacional de oftalmología en el periodo de Enero a Abril 2015*. (Tesis de especialización). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua. Recuperado de <http://repositorio.unan.edu.ni/3008/>
- Castro, G. (2019). *Calidad de vida en el ámbito laboral de las personas con diversidad funcional en empresa privada, del sector acuicultor de la ciudad de Guayaquil*. (Trabajo de Grado). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil. Recuperado de <http://192.188.52.94/bitstream/3317/12939/1/T-UCSG-PRE-JUR-MD-TSO-35.pdf>
- Comisión Directiva de la Asociación Internacional de Psicología. (2008). Declaración Universal de Principios Éticos para Psicólogas y Psicólogos. Berlín, Alemania. Recuperado de https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/DeclaracioUniversaldeprincipiosEticos.pdf
- Corrales, A., Soto, V. y Villafañe, G. (2016). Barreras de aprendizaje para estudiantes con discapacidad en una universidad chilena. Demandas estudiantiles – desafíos institucionales. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, Vol. 16 (3), 1-29. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/aie/v16n3/1409-4703-aie-16-03-00067.pdf>
- Covarrubias, C. y Mendoza, M. (2013). La teoría de autoeficacia y el desempeño docente: el caso de Chile. *Hemisferios y Estudios Polares*, Vol. 4 (2), 107-123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4457452>
- Covarrubias, C. y Mendoza, M. (2016). Determinantes e impacto de los sentimientos de autoeficacia en los profesores. *Educación y Educadores*, Vol. 19 (3), 339-354. Doi: 10.5294/2016.19.3.2
- Cuevas, S., Vang, C., Chen, R., & Saladin, S. (2019). Determinants of Self-Efficacy among Individuals who are Hard-of-Hearing. *The Journal of Rehabilitation*, Vol. 85(2), 37+. Retrieved from <https://link-gale-com.iberobasededatosezproxy.com/apps/doc/A593027159/PPPC?u=ibero&sid=PPPC&xid=98dcd2d0>
- Dávila, S. (2019). *Escape room educativo para la inclusión del alumnado con discapacidad visual en educación física*. (Trabajo de grado). Universidad de Cádiz, Cádiz. Recuperado de <https://rodin.uca.es/xmlui/handle/10498/21596>

- Declaración de Singapur sobre la Integralidad de la Investigación (2010). Conferencia Mundial sobre Integridad en la Investigación. Singapur, Singapur. Recuperado de <https://www.conicyt.cl/fondap/files/2014/12/DECLARACION-SINGAPUR.pdf>
- Decreto N° 1421. Ministerio de Educación Nacional, Bogotá, Colombia. 29 de agosto de 2017. Recuperado de es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201421%20DEL%2029%20DE%20AGOSTO%20DE%202017.pdf
- Decreto N° 2082. Ministerio de Educación Nacional, Bogotá, Colombia. 18 de noviembre de 1996. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-103323_archivo_pdf.pdf
- Decreto N° 366. Ministerio de Educación Nacional, Bogotá, Colombia. 9 de febrero de 2009. Recuperado de https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-182816_archivo_pdf_decreto_366_febrero_9_2009.pdf
- Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. (1979). *Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Recuperado de <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Ferrari, H., Nunes, M. y Marín, F. (2017). Autoeficacia en el trabajo: revisión bibliométrica entre 2004 y 2014 en la base de datos EBSCO – Academic Search. *Psicología desde el Caribe*, Vol. 34 (3), 204-218. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/7798/11141>
- Galleguillos, P. (2017). Autoeficacia académica y rendimiento escolar: un estudio metodológico y correlacional en escolares. *Reidocrea*, Vol. 6 (14), 156-169. Recuperado de <https://www.ugr.es/~reidocrea/6-14.pdf>
- 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*, Vol. 2 (14), 7-14. Doi: 10.21892/01239813.55
- García, P. y Moreno, C. (2019). Aproximación a las formas de representación socio-espacial en personas con diversidad funcional visual en Manizales (Colombia). *Revista de Antropología y Sociología: VIRAJES*, Vol. 21 (1), 151-179. Doi: 10.17151/rasv.2019.21.1.7
- Gómez, M. (2019). *La convivencia y la diversidad funcional en el ámbito educativo*. (Trabajo de grado). Universidad de Valladolid, Valladolid. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/37130/TFG-B.1348.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Grasaas, E., Helseth, S., Fegran, L., Stinson, J., Småstuen, M. y Haraldstad, K. (2020). Health-related quality of life in adolescents with persistent pain and the mediating role of self-efficacy: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, Vol. 18 (19), 1-10. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12955-020-1273-z>

- Gutiérrez, A. y Landeros, M. (2017). Autoeficacia académica y ansiedad, como incidente crítico, en mujeres y hombres universitarios. *Revista Costarricense de Psicología*, Vol. 37 (1), 1-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v37i01.01>
- Guzmán, F. (2015). *Discapacidad visual en niños/as y adolescentes, una situación a considerar*. Informe de la comisión asesora presidencial sobre inclusión de personas en situación de discapacidad, Chile. Recuperado de http://archivospresidenciales.archivonacional.cl/uploads/r/archivo-presidencia-de-la-republica/b/1/f/b1fde8c91fd6bfe8ce35e5e448a941e508ab7a45dfcd5c2eebd073682c701803/Audiencia_61_b.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª ed. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hernández, E. y Velásquez, H. (2016). Comprensiones del discurso normativo sobre inclusión educativa en Colombia. *El Ágora usb*, Vol. 16 (2), 493-509. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4077/407755354008.pdf>
- Illa, N. (2015). *Los niños con discapacidad visual en la escuela ordinaria: el uso de la Tiflotecnología y Tecnologías de la Información y la Comunicación en el área de Lengua castellana y licenciatura en Educación Secundaria*. (Tesis de maestría). Universidad Internacional de La Rioja, La Rioja. Recuperado de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/3283/ILLA%20VILAGUT%2C%20NADIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jiménez, L. (2015). *Judo como incentivo para el desarrollo social de personas con diversidad funcional*. (Trabajo de grado). Universidad de Carabobo, Valencia. Recuperado de <http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/123456789/3620/3/12817.pdf>
- Juárez, F y Contreras, F. (2008). Psychometric properties of the general self-efficacy scale in a colombian sample. *International Journal of Psychological Research*, Vol. 1 (2), 6-12. Recuperado de <https://revistas.usb.edu.co/index.php/IJPR/article/view/907/633>
- Kazez, R. (2009). Los estudios de caso y el problema de la selección de la muestra, aportes del sistema de matrices de datos. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, Vol. 13, 71-89. Recuperado de https://www.uces.edu.ar/institutos/iaepcis/8_jornada_desvalimiento/kazez.pdf
- Kendall, R. y DeMoulin, D. (1993). Mainstreaming students with disabilities using self-efficacy. *Education*, Vol. 114 (2), 201+. Retrieved from <https://link-gale-com.iberobasededatosezproxy.com/apps/doc/A15324593/PPPC?u=ibero&sid=PPPC&xid=00381fee>
- Ley N° 1090. Congreso de la República, Bogotá D.C, Colombia, 6 de septiembre de 2006. Recuperado de http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf

- Ley N° 1618. Congreso de la República, Bogotá, Colombia, 27 de febrero de 2013.
Recuperado de <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L1618013.pdf>
- Ley N° 30. Congreso de la República, Bogotá, Colombia, 20 de diciembre de 1992.
Recuperado de http://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic2_col_ley_30_sp.pdf
- Ley N° 361. Congreso de la República, Bogotá, Colombia, 11 de febrero de 1997.
Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0361_1997.html
- Lidón, L. (2016). *La discapacidad en el espejo y en el cristal: Derechos humanos, discapacidad y toma de conciencia, artículo 8 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, un camino previo por recorrer*. Recuperado de http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2018/02/17_Espejo.pdf
- Loayza, D. (2019). *Autoconcepto y autoeficacia percibida en estudiantes de secundaria de una institución educativa particular de Villa María Del Triunfo*. (Trabajo de grado). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima Perú. Recuperado de http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/2774/UNFV_LOAYZA_GONZALES_DORIS_DYARA_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lorca, V. (2018). *Diversidad funcional y tic. Conocimiento y formación de directores y jefes de estudio en Sevilla capital*. (Trabajo de grado). Universidad de Sevilla, Sevilla. Recuperado de <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/81894/Lorca%20Bermejo,%20Ver%F3nica.%20Grado%20en%20Pedagogia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Maitta, I. y García, A. (2018). Inserción laboral de los graduados con discapacidades en la universidad técnica de Manabí. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/insercion-laboral-ecuador.html>
- Márquez, G. (2015), Los estudiantes universitarios con diversidad funcional visual. Sus desafíos. *Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES)*, Vol. 6 (17), 135-158. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rides.2015.02.002>
- Martín, E., Sarmiento, P. y Coy, L. (2013). Educación inclusiva y diversidad funcional en la Universidad. *Revista de la Facultad de Medicina*, Vol. 61 (2), 195-204. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/39695>
- Ministerio de Salud. (2016). Análisis de situación de salud visual en Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/asis-salud-visual-colombia-2016.pdf>
- Ministerio de Trabajo. (s.f). *Guía ara el proceso de inclusión laboral de personas con discapacidad*. Recuperado de <https://www.mintrabajo.gov.co/documents/20147/59111836/GUIA+PARA+EL+PROCESO+DE+INCLUSION+LABORAL+DE+PCD.pdf/1d8631c0-58d5-8626-69cb-780b169cdf7?version=1.0>

- Mogollón, D. y Falla, B. (2014). La escuela inclusiva: Desafíos y oportunidades del psicólogo escolar. *Alteridad, Revista de Educación*, Vol. 9 (2), 92-107. Doi: <https://doi.org/10.17163/alt.v9n2.2014.01>
- Molejón, L. y Fernández, A. (2017). Todos somos diversos y todos somos capaces: las inteligencias múltiples y su influencia en la autoeficacia. En Rodríguez, A., *Prácticas innovadoras inclusivas en Educación Infantil y Primaria*, (pp. 611-618). Oviedo: Universidad de Oviedo. Recuperado de <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/50055/1/Todos.pdf>
- Morejón, R. (2010). *Género, Autoeficacia y Proyección Profesional La transición Universidad - Mundo Laboral*. Recuperado de https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_subvencionadas2/es_def/adjuntos/902E-Genero-Autoeficacia.pdf
- Muñoz, D. y Ovalle, J. (2017). *La práctica de la natación como reconstrucción del proyecto de vida de militares con diversidad funcional después de la guerra*. (Trabajo de grado). Universidad de Cundinamarca, Fusagasugá. Recuperado de [http://repositorio.ucundinamarca.edu.co/bitstream/handle/20.500.12558/2198/Informe%20Final%20\(TESIS\).pdf?sequence=1](http://repositorio.ucundinamarca.edu.co/bitstream/handle/20.500.12558/2198/Informe%20Final%20(TESIS).pdf?sequence=1)
- Navas, L., Jover, I. y Castejón, J. (2013). Dificultades de desarrollo y aprendizaje asociadas a la discapacidad visual. En Castejón, J. y Navas, L. (eds.), *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioiberoamericanasp/detail.action?docID=3214736>.
- Ortiz, G. (2015). *Evaluación del autoestima como generador de entornos positivos en mujeres con discapacidad visual*. (Tesis de maestría). Universidad politécnica Salesiana, Cuenca-Ecuador. Recuperado de <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/7551/1/UPS-CT004488.pdf>
- Oviedo, M., Arias, S. y Hernández, A. (2019). Configuración histórica de la discapacidad visual y sus implicaciones para la salud pública. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, Vol. 51 (3), 252-261. Doi: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v51n3-2019008>
- Palacios, J. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, Vol. 24 (1), 1-7. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179837738001>
- Parra, C. (09 de junio de 2020). Los ciegos en el Censo 2018 [Entrada de Blog]. Recuperado de <http://www.inci.gov.co/blog/los-ciegos-en-el-censo-2018#:~:text=De%20otro%20lado%20la%20poblaci%C3%B3n,948.332%20personas%20con%20discapacidad%20visual>.
- Perandones, T. & Herrera, L. (2017). Autoeficacia docente y fortalezas y virtudes personales en docentes de república dominicana. *International Journal of Developmental and*

Educational Psychology, Vol. 3 (1), 387-396. Doi:
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.1006>

Pereyra, C., Rionchieri, C., Rivas, A., Trueba, D., Mur, J. y Páez, N. (2018). Autoeficacia: una revisión aplicada en diversas áreas de la psicología. *Ajayu*, Vol. 16 (2), 299-325. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612018000200004&script=sci_abstract&lng=pt

Pérez, C. (2016). *Diferencias en autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en adolescentes institucionalizados y adolescentes en contextos sociales de riesgo*. (Tesis de maestría). Universidad Pontificia Comillas ICAI-ICADE, Madrid. Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/13119/TFM000396.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Pérez, C. (s.f). *La respuesta educativa a los estudiantes con discapacidad visual*. Recuperado de <https://www.google.com/search?q=oei+editorial&oq=oei+&aqs=chrome.0.69i59j0j69i57j69i60l3.4648j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Ramírez, M. (2015). *Desarrollo histórico de la educación especial para niños con discapacidad cognitiva en Medellín*. (Trabajo de grado). Universidad EAFIT, Medellín. Recuperado de <https://repository.eafit.edu.co/handle/10784/8282>

Ramírez, W. (2017). La inclusión: una historia de exclusión en el proceso de enseñanza-aprendizaje. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, Vol. (30), 211-230. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/clin/n30/0121-053X-clin-30-00211.pdf>

Resolución N° 008430. Ministerio de salud, Bogotá, Colombia. 4 de octubre de 1993. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Resolución N° 379. Consejo superior de la Corporación Universitaria Iberoamericana, Bogotá, Colombia, 06 de marzo de 2014. Recuperado de <http://aulavirtual.iberoamericana.edu.co/repositorio/Cursos-Matriz/Licenciaturas/TS/Trabajo-de-grado-l%E2%80%93modalidad-asistentes/MD/Resolucion%20379%20Marzo%206%20de%202014.pdf>

Reyes, D. y Rubio, J. (2014) *Discriminación e inserción laboral de personas con discapacidad visual*. (Trabajo de grado). Universidad academia de humanismo cristiano, Santiago. Recuperado de <https://www.google.com/amp/s/docplayer.es/amp/11131195-Discriminacion-e-insercion-laboral-de-personas-con-discapacidad-visual-alumnas-denisse-reyes-sepulveda-javiera-rubio-rodriguez.html>

Rodríguez, A. (2017). *Alumnos con discapacidad visual: análisis del procedimiento de apoyo educativo realizado desde la ONCE*. (Trabajo de grado). Universidad de Cantabria, España. Recuperado de

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/12772/RodriguezFernandezAnaCristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodríguez, A. y Sánchez, Y. (2018). *Acompañamiento docente a estudiantes con diversidad funcional visual para la comprensión de las matemáticas escolares*. (Trabajo de grado). Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Bogotá D.C. Recuperado de <http://repository.udistrital.edu.co/handle/11349/15273>

Rojas, L., Arboleda, N. y Pinzón, L. (2018). Caracterización de población con discapacidad visual, auditiva, de habla y motora para su vinculación a programas de pregrado a distancia de una universidad de Colombia. *Revista electrónica Educare*, Vol. 22 (1), 1-28. Doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.22-1.6>

Romero, M. y Urrego, S. (2015). *Inclusión de personas con discapacidad sensorial (ciegos y sordos) en los programas de formación musical universitaria de la ciudad de Bogotá, D.C.* (Tesis de maestría). Universidad Piloto de Colombia, Bogotá D.C. Recuperado de <http://polux.unipiloto.edu.co:8080/00002391.pdf>

Salas, (2016). *Interfaces, diversidad funcional e interacción lúdica. Caso: Tetris Escape. Prototipo de juego de control por sonido sin reconocimiento del habla*. (Tesis de maestría). Universidad Politécnica de Valencia, Valencia. Recuperado de <https://riunet.upv.es/handle/10251/77107>

Santos, C. (2015). *Programa de optimización de la eficiencia lectora en vista de personas con baja visión (EFILECT)*. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, Extremadura. Recuperado de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/3974/TDUEX_2016_Santos_Plaza.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Silveira, R. (2015). *Calidad de vida de personas con baja visión o ceguera y las nuevas tecnologías*. (Tesis de maestría). Universidad de Salamanca, Madrid. Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/127189/TFM_SilveiraMart%C3%ADnR_Calidaddevida.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Suría, A., Rosser, A. y Villegas, E. (2016). Estudiantes universitarios con discapacidad: análisis del empoderamiento y rendimiento académico. *Psicología y educación: Presente y futuro*, Vol. 5 (1), 2541-2548. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/64388/1/Psicologia-y-educacion_305.pdf

Tipán, D. (2017). *Representaciones sociales del mundo laboral de los empleados con diversidad funcional. Caso: Una industria manufacturera de la ciudad de Durán- Ecuador*. (Trabajo de grado). Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil. Recuperado de <http://192.188.52.94:8080/bitstream/3317/8048/1/T-UCSG-PRE-JUR-TSO-54.pdf>

Torres, S. (2014). *Caracterización de la situación de la población con diversidad funcional en el municipio de Nobsa, Boyacá, según diagnóstico realizado por el Hospital Regional de Sogamoso durante el año 2013*. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de

Colombia, Sogamoso. Recuperado de <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/50413/41381340.2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Tsuji, H., Tetsunaga, T., Tetsunaga, T., Keiichiro, N., Haruo, M. y Toshifumi, O. (2019). The factors driving self-efficacy in intractable chronic pain patients: a retrospective study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, Vol. 14 (473). Doi: 10.1186/s13018-019-1535-9

UNESCO. (2006). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Recuperado de http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Velásquez, A. (2012). Revisión histórico-conceptual del concepto de autoeficacia. *Revista Pequén*, Vol. 2 (1). 148-160 Recuperado de www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/265/8%20REVISIÓN%20HISTÓRICO-CONCEPTUAL%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20AUTOEFICACIA.pdf

Vignera, M. (2019). *El sexo y la identidad de género y su relación con variables psicoeducativas en estudiantes universitarios*. (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/103755>

Yepes, M. (16 de marzo de 2020). La intermediación en la inclusión laboral de la población con discapacidad visual [Entrada de Blog]. Recuperado de <http://www.inci.gov.co/blog/la-intermediacion-en-la-inclusion-laboral-de-la-poblacion-con-discapacidad-visual>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Autoeficacia de personas con y sin ceguera de la ciudad de Bogotá.

Investigadoras a cargo: Michel Andrea Alfonso Rojas y Paula Andrea Casallas Consuegra
Corporación Universitaria Iberoamericana

Estimado participante.

¿En qué consiste la investigación?

Se busca determinar la diferencia en la autoeficacia de los individuos con y sin ceguera; la autoeficacia en pocas palabras se refiere a qué tanto las personas creen en sus capacidades para realizar actividades o comportamientos con éxito, así como para enfrentar determinadas situaciones.

El estudio de la autoeficacia es importante puesto que esta se relaciona con diferentes aspectos de la vida diaria como el rendimiento académico o laboral, la motivación, la evitación de conductas de riesgo, entre otras, que son cruciales para el desarrollo del individuo; sin embargo, la autoeficacia puede verse afectada por las posibles barreras a las cuales se enfrentan las personas debido a la discapacidad.

¿En qué consiste la participación?

La participación implica contestar una escala que evalúa las creencias en sí mismo para afrontar situaciones estresantes, con el propósito de medir la autoeficacia y cumplir de esta manera con el objetivo del estudio; la realización de dicho instrumento tendrá una duración aproximada de 10 minutos.

Además, la participación es totalmente voluntaria, y en caso de que decida retirarse del proceso de investigación, tendrán la completa libertad de hacerlo en cualquier momento, sin necesidad de brindar explicaciones ni tener consecuencias por ello.

¿Implica algún riesgo?

Esta investigación representa un riesgo mínimo, debido a que utiliza pruebas psicológicas sin alterar de alguna manera la conducta del participante.

¿Esto beneficiará en algo?

Los beneficios están encaminados al conocimiento de la autoeficacia y su importancia, lo que derivará en un impacto positivo para el individuo a nivel personal, académico y

laboral, esto al entender y hacer visibles las necesidades que deben ser atendidas, para generar así un mayor desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida.

¿Y la confidencialidad?

La información obtenida será utilizada solo con los fines de la presente investigación, y se guardará completa confidencialidad frente a los datos que involucren la identificación de los participantes.

¿Esto tiene algún costo?

La participación no implica ningún costo.

¿Y si tengo dudas sobre el proceso?

Se asegurará la resolución de dudas, al inicio o en cualquier momento del proceso, con las investigadoras durante los encuentros o por medio de los siguientes correos electrónicos pcasall1@iberoamericana.edu.co y malfons4@iberoamericana.edu.co

¿Qué pasará con los resultados obtenidos?

Luego de la aplicación de las escalas, los resultados serán analizados y se les informará acerca de los mismos de forma clara y oportuna.

Por lo anterior, solicito su autorización para participar de forma voluntaria en el estudio. Recuerde que puede hacer preguntas acerca del proceso, las cuales serán respondidas antes de iniciar la aplicación del instrumento, para resolver cualquier duda o inquietud. Si está de acuerdo diligencie la siguiente información.

Yo _____ participo voluntariamente en la investigación mencionada; certifico que he sido debidamente informado(a) acerca del proceso que se llevará a cabo, sus condiciones y los derechos que tengo como participante, y además se me han sido resueltas todas las dudas.

Firma

Fecha: día/mes/año

Firma de las investigadoras

Anexo 2. Escala de Autoeficacia Generalizada (Schwarzer y Jerusalem, 1995) adaptada por Juárez y Contreras (2008).

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL (EAG)

A continuación, encontrará 10 frases que se refieren a cómo las personas evalúan su capacidad para resolver problemas.

Debajo de cada una de las preguntas se encuentran sus 4 opciones de respuesta: Incorrecto, No tan cierto, Moderadamente cierto y Cierto.

Por favor, seleccione la opción que mejor se aplica a usted mismo.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, solo responda con sinceridad.

Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto
- 4 Cierto

Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto
- 4 Cierto

Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto
- 4 Cierto

Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto
- 4 Cierto

Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto

4 Cierto

Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo (a) porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto
- 4 Cierto

Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto
- 4 Cierto

Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto
- 4 Cierto

Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto
- 4 Cierto

Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo

- 1 Incorrecto
- 2 No tan cierto
- 3 Moderadamente cierto
- 4 Cierto