

REPUBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
UNIBE



ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Impacto de la discapacidad visual en el paciente que asisten a la
Fundación Dominicana de Ciegos y la efectividad del abordaje
psicoeducativo para trabajar su autoestima.**

Periodo abril 2020 a mayo 2022

Sustentante:

Bernabé Payano González

21-0815

Asesor(a):

Gloriannys Báez Rodríguez

Santo Domingo D.N.

Junio 2022

Discapacidad visual y baja autoestima.

Intervención grupal con abordaje psicoeducativo para mejorar la autoestima.

Bernabé Payano González

Universidad Iberoamericana (UNIBE)

Nota del autor

La Correspondencia relativa a este artículo debe dirigirse a Bernabé Payano González, Escuela de Graduados, Universidad Iberoamericana (UNIBE), Av. Francia No. 129, Gazcue, Santo Domingo, Rep. Dom.

E-mail: bernabepayanog@gmail.com

Tabla de contenido

Introducción.....	8
Objetivo general.....	13
Hipótesis	13
Método.....	14
Participantes.....	14
Instrumentos.....	14
Procedimiento	15
Plan de análisis.....	16
Evaluación del Programa	19
Análisis de Datos	20
Resultados y discusión.....	20
Resultados descriptivos.....	21
Resultados de Prueba t de muestras independientes	22
Resultados de Prueba t para muestras relacionadas	25
Resultados cualitativos.....	26
Discusión	32
Limitaciones.....	34
Recomendaciones	34
Referencias	36
ANEXOS	38

Índice de Tablas

Tabla 1. <i>Programa de Intervención para mejora del Autoestima</i>	16
Tabla 2. <i>Frecuencia de escolaridad</i>	21
Tabla 3. <i>Modo de adquisición de la discapacidad</i>	21
Tabla 4. <i>Frecuencia de apoyo familiar que perciben los participantes</i>	22
Tabla 5. <i>Niveles de autoestima antes de realizada la intervención</i>	23
Tabla 6. <i>Niveles de autoestima luego de realizada la intervención</i>	24
Tabla 7. <i>Prueba t para muestras independientes</i>	24
Tabla 8. <i>Supuesto de normalidad con Shapiro-Wilk</i>	24
Tabla 9. <i>Supuesto de homogeneidad de varianzas con Levene's</i>	25
Tabla 10. <i>Prueba t para muestras relacionadas</i>	26
Tabla 11. <i>Supuesto de normalidad con Shapiro-Wilk</i>	26
Tabla 12. <i>Cualidades positivas y negativas identificadas por los participantes</i>	28

Dedicatoria

Dedico primeramente este trabajo de investigación a Dios, porque ha sido quien me ha ayudado a lograrlo

A mi padre, Julio Cesar Payano, porque aún con sus 98 años de edad sigue dándome buenos consejos.

También a mi madre, Dulce María González, que siempre ha estado preocupada por mi bienestar.

No puedo dejar de mencionar a mi esposa Nataly Odali Ramírez Hungría. Siempre con su orientación me decía cosas que yo no sabía y fue un apoyo fundamental para lograr este proyecto.

Por otro lado, se encuentran mis hijos, Levy Bernardo Payano y Daly Verónica Payano, por ser mi motivación para superarme y salir adelante.

Esta dedicatoria también va para la señorita Lidia Payano, quien ha sido una de las personas que siempre procuraba prepararme mi ropa para yo asistir a la Universidad.

Igualmente, al Licenciado José Luis González que siempre estuvo dándome esa fuerza necesaria para yo poder salir hacia delante y sus buenos consejos que nunca faltaban.

Asimismo, le dedico esta investigación a mi primo, Jorge Amancio Payano, quien siempre estuvo dándome ese empujón para yo salir hacia adelante.

Y por último a todos mis hermanos por ser parte de estos logros.

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a Dios porque me permitió lograr la realización de este proyecto aún con mi discapacidad visual.

Por otro lado, le agradezco a la Universidad UNIBE, por darme la oportunidad de participar en una maestría

También a los profesores tanto dominicanos como los maestros de España de la universidad de Salamanca por su paciencia y sensibilidad, por hacer el esfuerzo de venir al país, y de enseñarnos a través de los distintos medios de comunicación de manera online.

Además, doy las gracias a mi maestra Gloriannys porque, aún fuera del horario de clases, me contestaba los mensajes que le enviaba. Ella fue muy asertiva y buscó la manera de que yo no me quedara rezagado y de recomendarme personas que me puedan ayudar.

También a Leuny por el apoyo para la realización de este trabajo de investigación, a pesar de mis limitaciones.

Y, por último, le doy las gracias al Licenciado Luis King, que es mi compañero de labor, y siempre estuvo orientándome. Fue una gran persona que me ayudó a buscar el permiso del Test de Rosenberg. Siempre me orientó para que pudiera llevar a cabo este hermosísimo trabajo.

Resumen

La presente investigación busca determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de autoestima de personas con discapacidad visual después de realizar una intervención mediante un abordaje psicoeducativo. La misma se desarrolló con una muestra de 10 participantes en la población que asiste a la Fundación Dominicana de Ciegos, República Dominicana, en el periodo marzo-junio de 2022. Se utilizó un tipo de investigación mixto, debido a que los datos demográficos y las escalas se trabajaron de manera cuantitativa, y se empleó análisis de contenido para la entrevistas. Los resultados arrojaron que sí hubo una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de autoestima de los participantes, por lo que la intervención realizada fue exitosa y se cumplió el objetivo propuesto en esta investigación. Al finalizar las sesiones del programa de intervención, los participantes verbalizaron tener una mejor actitud hacia sí mismos y reconocieron el hecho de tener un mejor autoconcepto.

Palabras claves: *discapacidad visual, baja visión, ceguera, autoestima, intervención.*

Impacto de la discapacidad visual en pacientes que asisten a la fundación Dominicana de ciegos y la efectividad del abordaje psicoeducativo para trabajar su autoestima.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), más de 100 millones de personas sufren de algún tipo de discapacidad. Es importante señalar que estos números van en aumento debido al crecimiento y envejecimiento de las poblaciones y al creciente número de personas que padecen enfermedades no transmisibles.

En adición a esto, debemos destacar las dificultades de las personas con algún tipo de discapacidad al momento de necesitar el acceso a los servicios de salud o cualquier otro servicio requeridos por estas personas y que no sean vulnerados sus derechos de cualquier índole, debido a que las personas con discapacidad visual suelen encontrar obstáculos, en particular obstáculos físicos, que les impiden acceder a los establecimientos de salud; obstáculos informativos que impiden su acceso a información sanitaria; y obstáculos generados por actitudes discriminatorias que afectan gravemente los derechos de las personas discapacitadas.

Mencionando solo una parte de las dificultades que experimentan o viven las personas con discapacidad, en este caso, las personas con discapacidad visual, ya que muchas de estas personas se ven impactadas por el abandono o rechazo de las personas más cercanas a ellas, incluyendo padres, parejas e hijos. Es importante señalar que las personas con discapacidad experimentan, por lo anterior planteado, de alguna manera algún tipo de duelo por su condición que los limita en su desarrollo como persona u otras áreas de su vida.

La OMS (2021) define la discapacidad como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Tomando con premisa esta definición de la OMS (2021) sobre la discapacidad en su forma amplia, es evidente que las personas con discapacidad sobreviven con limitaciones desde su propia integridad física, así como también para el desenvolvimiento en su día a día, condición que también limita su interacción con las demás personas de su entorno.

Según un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Altman, 2019) en República Dominicana, 1, 160,847 personas viven con algún tipo de discapacidad, representando aproximadamente el 12% de la población. El 70,2% de la población dominicana es considerada pobre o vulnerable, haciendo evidente que la pobreza es a su vez causa y consecuencia de la discapacidad. El 64% de las personas con discapacidad, en República Dominicana, no tiene acceso a un trabajo decente.

Esto datos reflejan la posible vulnerabilidad en el sentido de independencia de la persona y genera mayores gastos y responsabilidades para sus familiares. Las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la familia, en línea directa hasta el segundo grado, y en línea colateral hasta el primer grado, en lo referente al

acceso a los servicios de la educación, la capacitación, la inserción socioeconómica, la salud o la subvención mínima para su sustento.

La familia debe procurar y promover la salud integral de la persona con discapacidad, asegurándole el acceso a los dispositivos de apoyos requeridos para su integración e inclusión en la sociedad, así como la orientación y apoyo necesario para la vida independiente. Para tales fines, la familia recibirá la ayuda necesaria. Corresponde a la familia procurar a sus miembros/as con alguna discapacidad el acceso a los servicios de evaluación, diagnóstico, rehabilitación y tratamiento, incluida su inserción en programas de estimulación temprana, encaminados a dotarlos/as de formación socioeducativa, tratamientos terapéuticos y de los dispositivos de apoyo adecuados que les permitan alcanzar un desempeño vital equiparable al resto de la ciudadanía.

De acuerdo con Suárez Escudero (2011), la discapacidad visual y la ceguera ocupan el primero o segundo tipo de discapacidad humana con mayor prevalencia mundial, y se definen en la actualidad por medio de cinco categorías del deterioro visual. La discapacidad visual y la ceguera suman más o menos 314 millones de personas (48% del global de discapacidad). Por tanto, el 4% de la población mundial tiene discapacidad visual o ceguera, y la discapacidad visual representa alrededor del 85% de los casos.

Según lo propuesto por *El proceso de duelo y la baja visión* (2015), cuando una persona vive el hecho que le produce la pérdida de visión, se observa que atraviesa por un proceso de duelo tanto ella como su familia.

De acuerdo con estos datos, se hace evidente que las personas que atraviesan por la pérdida de la visión no están exentas de vivir un proceso de duelo como cualquier

otro ser humano que haya atravesado por algún tipo de pérdida. El duelo es un estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se experimenta la persona como consecuencia de algún tipo de pérdida, ya sea el de una persona, animal, algo material o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales.

De acuerdo con los datos obtenidos a través de Inoa (2022) quien es el psicólogo de la Fundación dominicana de ciegos, refiere que las personas que experimentan la discapacidad visual, muchas veces son víctimas de abandono por las personas que representan su círculo de apoyo primario, como sus padres, parejas e hijos. Dicha sensación de abandono podría motivar síntomas de baja autoestima en estas personas, afectando su desarrollo personal, para afrontar los retos de salir adelante, al llegar a la institución en busca de apoyo, se evidencia algunas características de abandono o descuido personal, llámese no higienizados, posible desnutrición, entre otras. En esta Fundación se les enseña a las personas habilidades de la vida diaria, como movilidad, cursos de informática, de braille, de locución, de químicos, elaboración de paños, elaboración de suapes, entre otros. La asociación de ciegos de san Cristóbal envía personas con discapacidad visual a rehabilitarse a la Fundación Dominicana de ciegos, en donde pueden mejorar mediante un programa de rehabilitación mediante cursos para desarrollar habilidades de la vida diaria, y así poder ser insertados en la vida laboral.

Una de las estrategias para el abordaje de conflictos a nivel socioemocional es la psicoeducación. La psicoeducación es el proceso a través del cual podemos potencializar las capacidades y fortalezas de los pacientes mediante el uso de metodologías didácticas que les permiten tener mayor comprensión sobre lo que les ocurre (Tena, 2020). Se ha identificado que el uso de esta estrategia, específicamente en contextos grupales trae beneficios significativos, incluyendo el fomento de las redes de apoyo social informal, especialmente en situaciones que puedan mostrar dificultad; proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en el que se

favorece el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos; y permite economizar tiempo y esfuerzo a los profesionales de la salud responsables de la atención a personas (Correa-Builes, Bedoya-Hernández, 2006; Hidalgo-García y cols, 2009, citado por Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017).

A pesar de que existen instituciones que trabajan para apoyar a las personas que sufren discapacidad visual, que realizan una labor en beneficio específicamente de las personas con discapacidad y que logran avances en su integración a la sociedad, esto no evita en su totalidad de los diversos maltratos y abandono que sufren las personas con discapacidad, en muchas ocasiones por parte de los miembros de su propia familia.

De acuerdo a lo anterior planteado, nos surge la iniciativa sobre desarrollar el abordaje psicoeducativo con personas que tengan discapacidad visual, que no hayan tenido el apoyo de su círculo primario.

Objetivo general

Determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de autoestima de personas con discapacidad visual después de realizar una intervención mediante un abordaje psicoeducativo.

Hipótesis

El nivel de autoestima de los participantes aumentó de manera estadísticamente significativa luego de realizar la intervención psicoeducativa.

Método

Participantes

La muestra inicial para este estudio estuvo compuesta por 11 participantes, adultos mayores de 18 años, dominicanos, que en condición de discapacidad visual y que a su vez muestren posible baja autoestima o riesgo de. Los mismos fueron convocados a través un contacto inicial con la Fundación Dominicana de Ciegos, en su Departamento de Psicología y posteriormente se realizó un muestreo no probabilístico de selección a conveniencia para la selección de la muestra. La muestra final estuvo compuesta de 10 adultos dominicanos.

Se pretendió identificar la presencia de sintomatología de baja autoestima o riesgo a través de la aplicación la escala de Autoestima de Rosenberg. Primero se llevó a cabo un pre test a la muestra ya identificada y que hayan sido orientadas, firmado su consentimiento, posteriormente se realizaron intervenciones grupales, para luego aplicarles el post test.

Ser mayor de 18 años, tener discapacidad visual, y asistir a la Fundación Dominicana de Ciegos fueron los criterios de inclusión tomados en cuenta para la selección de la muestra.

Instrumentos

Uno de los instrumentos de investigación utilizados fue un cuestionario elaborado en base a los objetivos generales y específicos. Además, para la recolección de la información de la autoestima se utilizó:

La Escala de Autoestima de Rosenberg, el cual es el instrumento psicológico más utilizado para medir la autoestima. Esto se debe a que se administra con gran rapidez, al

constar sólo de 10 ítems, y a que su fiabilidad y su validez son elevadas. La Escala de Autoestima de Rosenberg presentó calificaciones altas en las áreas de confiabilidad; la consistencia interna fue de 0,77, el coeficiente de reproducibilidad mínimo fue de al menos 0,90 (M. Rosenberg, 1965 y comunicación personal, 22 de abril de 1987).

Para la corrección de la Escala de Rosenberg, en los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. La puntuación de 30-40 puntos indica autoestima elevada; 26-29 autoestima media y de 25 a menos es baja autoestima.

Por otro lado, se realizó un cuestionario con preguntas semiestructuradas de acuerdo con las variables de estudio que permitieran obtener informaciones de las emociones personales y familiares, así como reacciones ante las situaciones vividas por los participantes del estudio.

Procedimiento

Tras la autorización por parte del Comité de ética de UNIBE, se realizó un encuentro con parte de la personal administración de la Fundación Dominicana de Ciegos que, en conjunto con la Fundación Tecnológica Luis Braille, llevan a cabo internados con personas con discapacidad visual de escasos recursos que residen en provincias donde se tiene poco acceso a la formación para personas con discapacidad, donde se les planteó el objetivo de esta investigación e inmediatamente aprobaron el estudio.

Después se procedió a implementar el plan de intervención grupal psicoeducativa aplicado a los sujetos de la muestra, luego del consentimiento por cada uno de los participantes. En base a los resultados obtenidos en la fase diagnóstica del pre test, fundamentado en la Escala de Autoestima de Rosenberg y una ficha psicológica complementaria, se elaboró la propuesta implementada durante 8 sesiones, con una hora por sesión, y con una frecuencia semanal de aplicación, la cual tuvo por

objetivo el fortalecimiento de la autoestima en los participantes con discapacidad.

Plan de análisis

Para el plan de análisis se llevó a cabo la aplicación de un pre-test evidenciando mediante los resultados cualitativos y cuantitativos una visión del progreso de cada sujeto en cuanto a la concepción de sí mismo. Se puede visualizar en la Tabla 1 el plan de intervención empleado para mejorar la autoestima de los participantes.

Tabla 1

Programa de Intervención para mejora del Autoestima.

Sesiones	Objetivo	Descripción	Técnicas
Sesión I	Aplicación de la prueba Rosenberg y motivación	Aplicar prueba psicométrica y motivar para la promover la asistencia a todas las sesiones del programa de intervención.	
Sesión II. 12 de mayo	1- Retroalimentar y ampliar el concepto de autoestima 2- Hacer conscientes a las cualidades y capacidades que tienen cada uno y fortalecer la empatía. 3- Socializar los conceptos anteriormente expuestos 4- Razonar sobre cualidades positivas y negativas.	1- El terapeuta amplía el concepto de autoestima y sus niveles. Tiempo: 5 minutos 2- Los participantes ejemplifican un juego de rol donde representan a un negociante de suapers y tienen que convencer a un inversionista de que debe elegirlos a ellos. Luego el inversionista elige a uno. Se les pide a los participantes que describan como se sintieron. Tiempo: 25 Minutos	1- Exposición 2- Roleplay 3- Retroalimentación 4- Tarea

		<p>3- Los participantes razonaran sobre los conceptos de autoestima y lo visto en el roleplay. Tiempo: 10 minutos.</p>	
<p>Sesión III. 16 de mayo</p>	<p>1- Se explica más sobre la autoestima 2- Realización de cuadro con las cualidades de los participantes 3- Aprender a pensar de una forma más racional. 4- Socializar conceptos</p>	<p>1- Retroalimentar y ampliar el concepto de autoestima. 5 minutos. 2- Revisión de la tarea dejada la sesión pasada. 10 minutos 3- La joven con discapacidad que acude a la fundación “Tú puedes”. 25 minutos 4- Socializar e identificar los conceptos anteriormente expuestos y vistos en el roleplay. 10 minutos. 5- Traer algunas frases de como pensaba antes y cómo piensa ahora. 5 minutos.</p>	<p>1- Exposición 2- Revisión de tarea 3- Roleplay 4- Retroalimentación 5- Tarea</p>
<p>Sesión IV. 17 de mayo</p>	<p>1- Retroalimentar conocimientos adquiridos 2- Reconocer diferencias del pensamiento 3- Discusión sobre autoconcepto 4- Reconocimiento de verdades 5- Asignar tarea</p>	<p>3- El terapeuta expondrá sobre el autoconcepto 4- El hermano gemelo. El concurso de la verdad, donde por cada verdad que la persona se diga a sí misma, ganará dinero. 5- Declarar como se autoperciben.</p>	<p>1- Retroalimentación sesión anterior 2- Revisión de tarea 3- Exposición 4- Roleplay 5- Tarea</p>
<p>Sesión V. 18 de mayo</p>	<p>1- Afianzar conocimientos 2- Socializar la autopercepción 3- Aprendizaje de nuevos conceptos 4- Práctica de cómo resolver situaciones de la vida real 5- Socialización</p>	<p>3- Exposición por el terapeuta sobre el miedo y la inseguridad. 4- El Nuevo Integrante con discapacidad visual. Consiste en que un hombre llega a la institución de funtel para integrarse al grupo, pero usted es el profesor que le va a orientar a la movilidad y le ayudará a entender como una</p>	<p>1- Retroalimentación sesión anterior 2- Revisión de tarea 3- Exposición 4- Roleplay 5- Socializar 6- Tarea</p>

	6-Identificar miedos e inseguridades	<p>persona con discapacidad puede llegar a andar solo.</p> <p>5- Socializar sobre lo que vieron en el diálogo y en el roleplay.</p> <p>6- Para la próxima deben decir cosas de las que temían e inseguridades.</p>	
Sesión VI. 22 de mayo	<p>1-Conocimiento de las emociones</p> <p>2-Identificación de la emoción</p> <p>3-Retroalimentación sobre la actividad</p> <p>4-Revisión de tarea</p>	<p>1-Se explican distintas emociones y la función y beneficio de sentir las. Se expone qué son las emociones.</p> <p>2-Roleplay sobre identificar la emoción a través de dramatizaciones.</p> <p>3-Aprovechar el conocimiento adquirido sobre las emociones.</p> <p>4-Revisión de la tarea dejada la sesión pasada.</p>	<p>1-Exposición</p> <p>2-Roleplay</p> <p>3-Retroalimentación</p> <p>4-Revisión tarea</p>
Sesión VII. 24 de mayo	<p>1-Enseñar un nuevo concepto</p> <p>2-Identificar momentos de falta de asertividad</p>	<p>1- Se les explicó a los participantes en que consiste la asertividad: Es el establecimiento de límites y expresión de lo que me gusta y de lo que no me gusta. No dejarse manipular, tiene que ver con principios. Contar la historia de los viejos en el campo con los negocios. Discutir sobre la influencia de la gente sobre uno.</p> <p>2- Se les solicitó a los participantes que hablaran de momentos de su vida donde no fueron asertivos.</p>	<p>1-Exposición y conversatorio</p> <p>2-Feedback</p>
Sesión VIII	<p>1-Identificar aprendizaje de las sesiones dadas</p>	<p>1-Cada participante expresó sus aprendizajes</p> <p>2-Fueron evaluados de manera individual</p>	<p>1-Retroalimentación</p> <p>2-Evaluación</p> <p>3-Compartir</p>

2-Evaluarlos luego de la intervención	3-Se realizó un compartir.
3-Mejorar la unión del grupo	

Para la aplicación de dicho programa, que constaba de ocho sesiones, se trabajó una intervención psicoeducativa, que consistió en la aplicación de las siguientes estrategias:

Roleplay: ayudan al participante a practicar, ensayar, dramatizar una situación determinada y las consecuencias que traen consigo dichas acciones. Esta dinámica hace que los actores y los demás participantes puedan analizar, ver y palpar en acciones, lo que ya se ha explicado en teoría.

Socialización de contenidos: Ofrece información sobre el porqué de las cosas, en este caso, la carencia de asertividad. Facilita utilizar los propios recursos del participante para fortalecer determinada área.

Reestructuración cognitiva: Por medio a la cual se invita a las participantes a identificar y cuestionar sus pensamientos erráticos, una vez hecho esto, entonces buscar alternativas racionales. Esta técnica, permite que los participantes puedan identificar sus emociones y cómo estas se manifiestan en su cuerpo.

Feedback: Consiste en retroalimentar a los demás de los aprendizajes, en motivar y reforzar los aspectos positivos y aquellos puntos que se han de trabajar para mejorar.

Evaluación del Programa

Luego del inicio y culminación de cada sesión se realizaba una evaluación de los conceptos y técnicas aprendidas. El objetivo de cada sesión se confirmaba en el desenvolvimiento de los participantes tras la realización de roleplay, así como la

evaluación permanente por medio a la observación y preguntas individuales.

Análisis de Datos

Los datos de carácter cuantitativo, conformados por la aplicación de la Escala de Rosenberg y la información sociodemográfica, fueron procesados en Microsoft Excel, y luego introducidos en el programa estadístico JASP, finalmente, se realizó un análisis de tipo descriptivo, y pruebas t de diferencia de grupos. El análisis de los datos cualitativos fueron resultados de los análisis de los testimonios, entrevistas y observación como técnica durante todo el proceso; así como de las evaluaciones verbales, que se realizaron al inicio y final de cada sesión.

Resultados y discusión

La muestra inicial de esta investigación estuvo conformada por 11 participantes. Con un rango de edad de los 21 a 50 años. La totalidad de la muestra fueron personas de género masculino, con discapacidad visual (no videntes y baja visión), y que provenían de familias de nivel social bajo. Durante el proceso de la intervención desertó un participante, por lo que la muestra final estuvo conformada por 10 personas

Con el propósito de responder el objetivo de este estudio, “determinar si existe una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de autoestima de los participantes antes y después de realizar una intervención mediante un abordaje psicoeducativo”, se analizó la variable autoestima, que es el aprecio o consideración que una persona tiene de sí misma, además de tomar en cuenta los resultados del plan de intervención planteado y los dos grupos de participantes: quienes padecían de ceguera total y quienes tenían baja visión. Los resultados de dicha variable se presentan a continuación:

Resultados descriptivos

Basado en los resultados arrojados por la muestra de estudio, 6 de los participantes padecen de ceguera total (60%) mientras que 4 de los participantes padecen de baja visión (40%). Respecto a la escolaridad, de las dos personas que reportaron no haber alcanzado ninguno nivel, uno mencionó estar alfabetizado (ver Tabla 2). Además, todos los participantes reportaron encontrarse desempleados actualmente (100%). Por otra parte, la razón más común por la que los participantes habían adquirido su discapacidad visual fue por accidente (en el 40% de los casos), como se observa en la tabla #:

Tabla 2

Frecuencia de escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Bachiller	5	50%
Básica	2	20%
Ninguno	2	20%
Solo hasta 6to grado	1	10%

Tabla 3

Modo de adquisición de la discapacidad

Manera en la que adquirió la discapacidad	Porcentaje
Por accidente	40%
Por nacimiento, siendo uno por glaucoma y otro por estrabismo	20%
Por nacimiento y accidente	10%
Por genética	10%
Por desgaste del nervio óptico y por genética	10%

Por la enfermedad de meningitis	10%
Por catarata congénita y desprendimiento de retina	10%

Tabla 4

Frecuencia de apoyo familiar que perciben los participantes

Apoyo familiar	Frecuencia	Porcentaje
Muy bajo	3	30%
Bajo	1	10%
Regular o medio	3	30%
Bueno	2	20%
Excelente	1	10%

Además de lo visualizado en la tabla anterior, el 90% de la muestra comentó que sí necesita más apoyo de parte de su familia. Por otra parte, el 50% de los participantes han percibido rechazo de algún familiar, mientras que el otro 50% no reporta haber percibido este rechazo. Sobre el nivel de ingreso, el 70% de la muestra reporta encontrarse en un nivel socioeconómico bajo, y el 30% se encuentra en un nivel muy bajo.

Resultados de Prueba t de muestras independientes

Pre test

Los datos de ambos grupos (baja visión y ceguera total) tienen una distribución normal, según lo evaluado por el estadístico Shapiro-Wilk, $p > 0.05$. Hubo homogeneidad de varianzas según lo evaluado por la prueba de Levene, $p = 0.72$

Se realizó una Prueba t de muestras independientes para ver si había diferencias entre los sujetos según su tipo de discapacidad visual (ceguera total y baja visión). Antes

de la intervención, los sujetos con baja visión (4 personas) tenían una puntuación promedio de 31.00 ($DE=5.35$), esto es un nivel de autoestima elevado. Por su parte, los sujetos con ceguera total (6 personas) presentaron una media de 29.17($DE=3.76$), lo que corresponde a una autoestima media. Los resultados apuntan a que no existen diferencias significativas, $t_{(8)}=0.64$; $p=0.54$.

Tabla 5

Niveles de autoestima antes de realizada la intervención

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Baja	1	10%
Media	3	30%
Elevada	6	60%
Total	10	100%

Post test

Los datos de ambos grupos (baja visión y ceguera total) tienen una distribución normal, según lo evaluado por el estadístico Shapiro-Wilk, $p>0.05$. Hubo homogeneidad de varianzas según lo evaluado por la prueba de Levene, $p=0.97$

Se realizó una Prueba t de muestras independientes para ver si había diferencias entre los sujetos según su tipo de discapacidad visual (ceguera total y baja visión).

Luego de realizada la intervención, los sujetos con baja visión (4 personas) tenían una puntuación promedio de 36.75 ($DE=3.40$), esto es un nivel de autoestima elevado. Por su parte los sujetos con ceguera total (6 personas) presentaron una puntuación de 37.33($DE=2.87$), lo que también corresponde a una autoestima elevada. Los resultados apuntan a que no tampoco existen diferencias significativas entre estos dos grupos independientes, $t_{(8)} = -0.29$; $p=0.77$.

Tabla 6*Niveles de autoestima luego de realizada la intervención*

Nivel de autoestima	Frecuencia	Porcentaje
Baja	0	0%
Media	0	0%
Elevada	10	100%
Total	10	100%

Tabla 7*Prueba t para muestras independientes*

	t	df	p	Cohen's d	95% CI for Cohen's d	
					Lower	Upper
Pre	0.641	8	0.539	0.414	-0.879	1.682
Pos	-0.293	8	0.777	-0.189	-1.452	1.085

Note. Student's t-test.**Tabla 8***Supuesto de normalidad con Shapiro-Wilk*

		W	p
Pre	Baja visión	0.963	0.798
	Ceguera total	0.990	0.988
Pos	Baja visión	0.923	0.556
	Ceguera total	0.895	0.343

Tabla 9*Supuesto de homogeneidad de varianzas con Levene's*

	F	df	p
Pre	0.143	1	0.715
Pos	0.002	1	0.969

Resultados de Prueba t para muestras relacionadas

Se realizó una Prueba t para muestras relacionadas para identificar si existía una diferencia significativa en la autoestima de los sujetos antes y después de realizar la intervención. La diferencia de las puntuaciones tiene una distribución normal, según lo evaluado por el estadístico Shapiro-Wilk, $p=0.67$.

Según los resultados obtenidos, en la pre intervención la media fue de 29.90 ($DE=4.28$), equivalente a un nivel de autoestima media, mientras que luego de la intervención la media obtenida fue de 37.10 ($DE=2.92$), lo que significa una autoestima elevada. Los resultados muestran que existe una diferencia significativa y hubo un aumento en el nivel de autoestima presentado por los participantes, $M = 7.2$, IC 95% [4.36, 10.04], $t(9) = 5.74$, $p < .001$. Por otro lado, la d de Cohen se utilizó para determinar el tamaño de efecto de la intervención, el cual resultó ser de tamaño grande ($d=1.8$).

Tabla 10*Prueba t para muestras relacionadas*

1	2	t	df	p	Mean Difference	SE Difference	95% CI for Mean Difference		Cohen's d
							Lower	Upper	
Pos	-Pre	5.740	9	< .001	7.200	1.254	4.363	10.037	1.815

Tabla 11*Supuesto de normalidad con Shapiro-Wilk*

	W	p
Pos - Pre	0.951	0.678

Según los resultados visualizados, no se reconocen diferencias significativas entre el nivel de autoestima de los participantes de acuerdo a si padecen de ceguera total o de baja visión. Sin embargo, sí se identifica una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de autoestima de los participantes luego de la intervención, en comparación a sus niveles de autoestima antes de realizada la intervención. Por lo que se concluye que no necesariamente el padecer de ceguera total o baja visión haga un cambio significativo en el nivel de autoestima, pero sí se logra mejorar este aspecto mediante la intervención propuesta en este trabajo de investigación.

Resultados cualitativos

Actitudes y Comentarios de los Participantes Durante el Proceso de Intervención

Primera sesión. Después de aplicarse el pre test, se dio inicio a la aplicación del

programa de intervención para el mejoramiento de la autoestima. Durante este estudio, se utilizó como principal herramienta de evaluación la observación. A través de esta técnica, el investigador logró identificar comportamientos y actitudes que requerían modificaciones para mejora. Se pudieron identificar expresiones que denotaban poco valor hacia sí mismos, tales como considerar que no tienen buenas cualidades, o sentimientos de incapacidad para hacer las cosas bien.

Segunda sesión. En la primera sesión se mostró que, ante el fracaso, los participantes estaban dispuestos a intentarlo de nuevo, a buscar otras maneras de conseguir sus objetivos y ser perseverantes. Además, se alegraban del triunfo de sus compañeros y les ofrecían su ayuda en sus metas. Ante el triunfo, por otro lado, los participantes estuvieron de acuerdo en trabajar en equipo para conseguir su objetivo. Los sujetos concluyeron que no todo en la vida es ganar, y que ante un fracaso siempre se puede buscar la manera de aprender y mejorar para la próxima oportunidad.

Tercera sesión. Los participantes mencionaron cuáles son sus cualidades positivas y negativas (ver Tabla 12). Además, durante la reflexión de la actividad, concluyeron que deben esforzarse y no rendirse, mientras trabajan en tener una buena autoestima, buscando ayuda y aceptando cuando los demás le tienden la mano. Reconocieron la importancia de la autoestima para ellos, puesto que si se dejan llevar de la opinión de los demás y les baja la estima que tienen de sí mismos, podrían llegar hasta el suicidio.

Tabla 12*Cualidades positivas y negativas identificadas por los participantes*

Participante.	Cualidades positivas.	Cualidades negativas
D.A	Sinceridad, servicial, educado y atento.	Sinceridad, orgullo, come demasiado.
E.W.	Puede hacer cosas buenas, aprende nuevas cosas, se concentra en sus objetivos.	Pensar que no iba a salir a camino, siempre quedándose atrás. (E.W. demostró que piensa mucho en el pasado).
N.C.	Matemática, dominó y ser amistoso.	Ser “enredado”, considera que molesta demasiado y se percibe malo en el braille.
A.D.	Aprende fácil, tiene empatía y es amistoso.	No controla sus ataques de risa, se considera hiperactivo y se percibe malo en lectura braille.
R.F.	Sincero, capaz de ser pacificador y consejero, se siente útil.	Si alguien le hace algo malo se siente muy enojado, se siente mal si lo acusan de cosas negativas, y no le acepta a nadie lo mal hecho.
L.Z.	Solidario, honesto, responsable.	Ingenuo, risa nerviosa y negativo.
V.O.	Está aprendiendo a manejar sus emociones, se le dan muy bien los negocios y es confiable.	Se le hace difícil perdonar, le molestan las mentiras y tiende a pensar mucho las cosas.
R.D.	Se considera leal, amable y cariñoso.	Orgullosa, no perdona fácilmente y le gusta el “coro”.
A.R.	Trabajador honesto y serio.	No le gusta relacionarse con personas “indecentes”, ni que le mientan.
A.M.	Es amistoso, le gusta compartir y estudiar.	Orgullosa, se incomoda si le hacen algo malo y le cuesta perdonar.

Cuarta sesión. Se trabajó sobre la autopercepción, sobre cómo se ven ellos y cómo los ven los demás. Los participantes mencionaron que a pesar de la discapacidad tienen el poder de seguir adelante, y que no se deben llevar de la gente, porque muchas personas buscan humillarlos por su condición de discapacidad. Por lo tanto, no deben darle importancia a las palabras negativas, sino seguir adelante, porque siempre habrán piedras de tropiezo, y les toca derribarlas. Por otro lado, un sujeto mencionó que necesitan tener un enfoque específico y concentrarse para lograr lo que necesitan, y que nadie es perfecto, por lo que deben sacar provecho a sus cualidades positivas y mejorar las negativas. Se destaca que L.Z. mencionó “cuando yo estoy en la calle, siento que se alejan de mí”.

Quinta sesión. Durante esta sesión los participantes recordaron que llegan destrozados cuando asisten por primera vez al centro, pero que en ese lugar encontraron un buen apoyo y buena vibra. A pesar de que en un pasado alguno haya pensado que no existe solución para la situación en la que se encuentra, han aprendido habilidades y tienen estrategias para trabajar, por lo que ya cuentan con una solución a esa problemática.

Sexta sesión. En esta sesión se habló sobre las emociones y los participantes reconocieron que estas pueden ser positivas o negativas, dependiendo de lo que estén viviendo en el momento, y que los guían o motivan, por lo que tienen una utilidad en nosotros. Las emociones son apropiadas siempre y cuando no tomen el completo control de la persona. Explicaron que, en caso de estar molestos por alguna razón, no deben desquitarse con una persona inocente, sino procurar hacer ejercicios de respiración y calmarse, así que se trabajó la inteligencia emocional. También reconocieron que ante un daño que les haga otra persona, deben identificar si tal daño fue intencional o no, porque en ocasiones las personas nos hieren, pero no se logran dar cuenta o no tenían

esa intención. Por otro lado, identificaron que hay consecuencias por sus actos que pueden ser desagradables, pero deben aceptar con responsabilidad las cosas que ocurren partiendo de que sucedieron por sus acciones. Sin embargo, reconocieron que es dañino negar u ocultar las emociones, así que deben aprender a dejarlas fluir y manejarse de una manera inteligente emocionalmente, sin enterrar la emoción o dejarse controlar por esta.

Séptima sesión. Durante esta sesión se trabajó sobre la asertividad. Los participantes demostraron que podían identificar momentos en los que habían sido asertivos y momentos en los que no lo habían sido y, en estos últimos, reconocieron que pudieron comportarse de mejor manera. Dieron ejemplos concretos de situaciones donde se mostraba la asertividad o la falta de esta, así que tienen la capacidad de reconocerla y de accionar de esta manera.

Octava sesión. En la última sesión los participantes expresaron cuáles fueron sus aprendizajes luego de la intervención, los cuales se podrán leer a continuación. Como se puede ver, a los participantes les impactó el trabajo realizado sobre la autoestima, las emociones y la asertividad en el proceso de las ocho sesiones realizadas.

D.A.: *“Los ejemplos que pusieron me recordaron mi propio caso, lo cual me consuela. Aprendí sobre asertividad, el manejo de las emociones y sobre autoestima”.*

E.W.: *“Estuve abierto a aprender nuevas lecciones cada día, y a respetar a los demás”.*

N.C.: *“Me has gustado todos sus contenidos, y aprendí cómo uno puede desprenderse de muchas cosas. La relación de los negocios y autoestima, además de aconsejar a una persona que tenga la autoestima baja, vale mucho, mucho”.*

A.D.: *“Más que aprender me pude dar cuenta que mi autoestima ha estado muy alta, gracias a Dios. Los ejemplos fueron dinámicos, me gustó bastante la intervención”*.

L.Z.: *“Aprendí a nunca bajar la autoestima, y mantener una actitud positiva”*.

V.O.: *“Como tener mi autoestima alta, valorarme más, ser más asertivo, no dejarme dominar ni manipular sabiendo la respuesta. ¿Cómo mantendría mi estima alta? Respetándome, amándome, haciendo lo que está bien según mis principios.*

R.D.: *“La autoestima es el cariño y el respeto que tenemos por nosotros mismos. Me gustó la historia de animales, debemos ser como la rana, quien fue persistente, así que así debemos ser nosotros”*.

A.R.: *“A ser más independiente y mantener mi autoestima en alto”*.

G.D.: *“Me llamó la atención el tema de la asertividad, porque no lo había escuchado. Se puede aplicar al diario vivir y disfrutar con los consejos”*.

D.G.: *“Pude desahogarme porque estaba trancado en mis sentimientos”*.

A.M.: *“Aprendí a no rendirme, con la ayuda de Dios todo se puede”*.

Al finalizar las sesiones del programa de intervención, los participantes verbalizaron tener una mejor actitud hacia sí mismos y reconocieron el hecho de tener un mejor autoconcepto. Las actividades del roleplay les sirvieron para identificarse con los personajes y de esta forma visualizarse en ellos.

Discusión

En el presente trabajo de investigación se buscó determinar si una intervención psicoeducativa provocaba cambios estadísticamente significativos en el nivel de autoestima de personas con discapacidad visual pertenecientes a la Fundación Dominicana de Ciegos. Se encontró que sí existía una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de autoestima de la muestra, por lo que la intervención realizada fue exitosa y se cumplió el objetivo propuesto en esta investigación.

En cuanto a los aspectos que afectan el autoestima de las personas con discapacidad mencionados en la presente tesis, se destacaron los vividos por los participantes de la intervención. Entre estos se reconocen los obstáculos generados por las actitudes de discriminación o el abandono del que son víctimas las personas con discapacidad visual por su círculo primario. Según los resultados cualitativos, los participantes pudieron reconocer que la opinión de los demás podrían afectar su autoestima gravemente, e incluso mencionaron el suicidio como posible consecuencia de esto, además mencionaron ser humillados por personas de la calle por su condición y que sienten que se alejan de ellos. Se refleja cómo estas situaciones afectaban a los participantes previo a la intervención, pues sus niveles de autoestima se encontraron generalmente en nivel medio. De este mismo modo, la literatura sugiere que la discapacidad visual en los distintos niveles en que se presenta afecta el autoestima de las personas que la padecen (Mogro Jines, 2015).

Por otro lado, sobre las limitaciones en las actividades, restricciones en la participación y dificultad para obtener empleo, se encontró que todos los participantes de la muestra estaban desempleados, y se mencionó durante las intervenciones que estos

llegaban a pensar que no existía solución para la situación en la que se encontraban, lo que afectaba su autoestima. Sin embargo, según los hallazgos de este estudio, los participantes pudieron desarrollar habilidades y estrategias que les podrían ayudar a buscar una solución a esta limitante en las actividades y participación descrita en la definición de discapacidad por la OMS (2021). Esto se corresponde a la literatura, puesto que el desarrollo de recursos personales y habilidades sociales, de la vida diaria, de desplazamiento, entre otras, inciden en el autoestima de las personas con discapacidad (Setién Santamaría, 2000), pues el autoestima se eleva cuando la persona con discapacidad percibe que puede desarrollar buenas habilidades sociales y personales, es decir, cuando tiene mayor autonomía (Mogro Jines, 2015).

A través de este trabajo de investigación y la utilización del abordaje psicoeducativo, se pudieron modificar los pensamientos distorsionados y disfuncionales de los participantes que les impedían alcanzar niveles de autoestima elevados y les provocaban tener un autoconcepto negativo, por lo que se transformaron las percepciones negativas sobre sí mismos, y sobre su alrededor. Este tipo de terapia a nivel grupal ha demostrado ser eficaz para el abordaje del autoestima (Narvárez et al., 2008), razón por la que se utilizó en el presente trabajo de investigación. Esto se demuestra mediante los comentarios sobre ser persistentes en lograr sus metas, utilizar mejores estrategias para conseguir un objetivo, y estar conscientes de cuidar su autoestima y de cual concepto tienen de sí mismos. Además, se demostró mediante el aumento del nivel de autoestima en la mayoría de los participantes de la muestra, siendo en promedio elevado luego de la intervención.

Limitaciones

Entre las limitaciones se encuentra la cantidad reducida de participantes, debido a que se dificultó conseguir una muestra mayor, ya que a la Fundación asisten dos veces al año grupos de personas con discapacidad visual de distintos pueblos que necesitan rehabilitación, y en la ocasión en que se realizó esta investigación estaba estipulado recibir solo hombres en el centro, razón por la cual solo se pudo contar con la participación de este grupo. Esta muestra limitada pudo afectar los resultados del análisis de comparación de grupos. Por otro lado, al haber realizado las intervenciones de manera virtual, hubieron problemas de conexión que dificultaron una de las sesiones. Por último, se reconoce como una limitación que, al no poder ver, los participantes no pueden llenar los tests por sí mismos, sino que se les debe llenar otra persona haciéndoles las preguntas, por lo que se necesita un colaborador que se encargue de esa área.

Recomendaciones

Se recomienda replicar el estudio con una muestra mayor, para así tener más certeza de los resultados del análisis realizado. Por otro lado, se recomienda realizar intervenciones de manera presencial, para así evitar problemas de conexión a internet, posible distracción de los participantes y garantizar un mejor rapport, al poder tener contacto personal con los sujetos. Se igual forma, es recomendable realizar un estudio con una muestra que incluya participantes de ambos sexos, y sería interesante explorar la variable de autoestima en menores de 18 años con discapacidad visual. Para poder alcanzar una muestra mayor se podría recurrir a otras instituciones como el Patronato de ciegos, la Fundación de trabajadores ciegos, además de instituciones que laboran con personas con discapacidad.

Por otro lado, se recomienda para futuras réplicas del estudio que la persona encargada de realizar las intervenciones se contacte con alguien que haya trabajado con personas con discapacidad visual. De este modo es más fácil contactar con ellos y trabajar junto a la muestra. Además se recomienda tener muy presente las debilidades y fortalezas de esta población, y cultivar la paciencia y sensibilidad. Por último, se menciona que la motivación continua es fundamental para que las personas pertenecientes a la muestra puedan colaborar y trabajar en el objetivo que se ha propuesto la investigación, debido a que se suelen desmotivar fácilmente por el contexto en que viven por su condición.

Referencias

- Altman, O. (2019, 3 diciembre). *Discapacidades vemos, capacidades no sabemos...*
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
<https://www.undp.org/es/dominican-republic/blog/discapacidades-vemos-capacidades-no-sabemos>
- Consejo Nacional de Discapacidad (CONADIS). (2020). *Consecuencias sociales y económicas de la exclusión laboral de la población con discapacidad en República Dominicana* (1.ª ed.) [Libro electrónico]. <http://conadis.gob.do/wp-content/uploads/2020/08/Estudio-Consecuencias-sociales-y-econ%C3%B3micas-de-la-exclusi%C3%B3n-laboral-de-la-poblaci%C3%B3n-con-discapacidad-en-Rep%C3%ABlica-Dominicana.pdf>
- El proceso de duelo y la baja visión*. (2015, 3 septiembre). MATI.
http://www.webmati.es/index.php?option=com_content&view=article&id=21:el-proceso-de-duelo-y-la-baja-vision&catid=13&Itemid=160
- Correa-Builes MV, Bedoya-Hernández MH. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 463-475.
- Cuevas-Cancino, J.J, Moreno-Pérez, N. E. (2017, 8 julio). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*. 207-218. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf>
- Hidalgo-García, M.V., Menéndez-Álvarez, D.S., Sánchez-Hidalgo J, et al. (2009). La intervención con familias en situación de riesgo psi-cosocial. Aportaciones desde un enfoque psicoeducativo. *Apuntes de Psicología*. 413-426.
- Mogro Jines, L. E. (2015). *Relación entre autoestima y autonomía en las personas con discapacidad visual del Centro Diurno de Desarrollo Integral de Discapacidad - Ministerio de Inclusión Económica y Social, Quito - Ecuador*. [Tesis de grado].

Universidad Central del Ecuador.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7180/1/T-UCE-0007-280c.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021, 29 mayo). *Información actualizada sobre la 74.a Asamblea Mundial de la Salud – 29 de mayo de 2021*

[Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/29-05-2021-update-from-the-seventy-fourth-world-health-assembly-29-may-2021>

Setién Santamaría, M. L. (2000). Ocio, calidad de vida y discapacidad. *Documentos de estudios de ocio*, (9), 1-157. [http://www.deusto-](http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio9.pdf#page=111)

[publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio9.pdf#page=111](http://www.deusto-publicaciones.es/ud/openaccess/ocio/pdfs_ocio/ocio9.pdf#page=111)

Suárez Escudero, J. C. (2011). Discapacidad visual y ceguera en el adulto: revisión de tema. *Medicina U.P.B.*, 30(2), 170-180.

<https://www.redalyc.org/pdf/1590/159022496008.pdf>

Tena-Hernández, F.J. (2020). Psicoeducación y Salud Mental. *Revista Científico Sanitaria*. 36-45.

https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

ANEXOS

